



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Renata Hellen Silva Andrade

Adesão ao tratamento em usuários hipertensos em um município de Sergipe

Rio de Janeiro

2019

Renata Hellen Silva Andrade

Adesão ao tratamento em usuários hipertensos em um município de Sergipe

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís de Souza Riscado

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: Treatment adherence in hypertensive patients in a city of Sergipe

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

A553 Andrade, Renata Hellen Silva.
Adesão ao tratamento em usuários hipertensos em um município de Sergipe/ Renata Hellen Silva Andrade. -- 2019.
87 f. : il.

Orientador: Jorge Luís de Souza Riscado
Coorientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Hipertensão/prevenção & controle. 2. Tratamento Farmacológico.
3. Pesquisa Qualitativa. 4. Adesão à Medicação/prevenção & controle.
5. Fatores Socioeconômicos. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.132098141

Renata Hellen Silva Andrade

Adesão ao tratamento em usuários hipertensos em um município de Sergipe

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovado em: 06 de junho de 2019

Banca Examinadora

Prof.a Dra. Lenilda Austrilino Silva
Universidade Federal de Alagoas

Prof.a Dra. Divanise Suruagy Correia
Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Jorge Luís de Souza Riscado (Orientador)
Universidade Federal de Alagoas

Prof.a Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

À professora, doutora, psicóloga e coordenadora do curso, Márcia Raposo, não só pela orientação, mas também pelo incentivo, confiança e compreensão nos momentos que mais precisei;

Ao professor Jorge Riscado, pela paciência, conhecimentos transmitidos e orientação;

Aos demais professores que compuseram o corpo docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família- PROFSAUDE, pela importante colaboração;

Aos meus companheiros de jornada, Adilson, Celso, Deysianne, Geraldo e Rubens, vocês me deram força em todo encontro. Vocês não têm noção o quanto a cumplicidade e apoio foram essenciais para a conclusão dessa fase.

Ao meu esposo, Jefferson, pela paciência, compreensão, incentivo e proteção;

Aos meus pais, por me apoiarem sempre, em tudo o que faço;

Às minhas avós, pelos notáveis exemplos de força;

Às tias e primos, por torcerem sempre por mim;

Aos amigos de trabalho, pela paciência;

A minha equipe de saúde da família, em especial aos meus agentes comunitários de saúde, pela ajuda e condescendência;

A meus alunos, pela compreensão;

E principalmente aos sujeitos da pesquisa. Todo esse esforço foi para melhorar o serviço ofertado a vocês.

RESUMO

Referência: ANDRADE, Renata Hellen Silva. **Adesão ao tratamento em usuários hipertensos em um município de Sergipe**. 2019. 89 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

A hipertensão arterial é uma patologia que acomete 25,7% da população brasileira. Devido ao alto índice de prevalência de hipertensos, precisa ser dada a devida atenção às ações de prevenção e tratamento visando minimizar as consequências advindas da falta de terapêutica adequada. Adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores. Diversos obstáculos podem impedir a adesão à terapêutica. Dessa forma, investigar os motivos que levam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população assistida faz-se necessário. O método de pesquisa adotado foi transversal e exploratório dentro de uma perspectiva qualitativa. Foi elaborado um roteiro de entrevista para guiar as interlocuções com usuários hipertensos com mais de 40 anos e cadastrados a mais de 6 meses no HiperDia. Doze participantes foram selecionados por amostra não probabilística por conveniência. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática e derivaram em seis temas principais: influência da condição socioeconômica, do serviço de saúde, da doença, do tratamento, dos aspectos vinculados ao usuário e internalização do discurso profissional pelo usuário. O fator mais prevalente para não adesão ao tratamento foi a influência da condição socioeconômica através da dificuldade de obtenção das medicações e da disfunção familiar não promovendo uma rede de apoio ao tratamento. A distância percorrida em busca da distribuição gratuita da medicação e o período entre as consultas de acompanhamento dos usuários com pressão arterial descontrolada foram citadas como motivos associados à influência do serviço de saúde. A ausência de sintomas, a associação com outras patologias, o surgimento de efeitos adversos associado à medicação anti-hipertensiva e a falta de informação sobre a patologia também contribuíram para o não cumprimento das orientações prescritas. Este trabalho procura cooperar para construção de estratégias individuais e coletivas que visam elevar a taxa de adesão ao tratamento e ressaltar a importância de profissionais de áreas plurais ao cuidado em saúde do indivíduo que enriquece a abordagem global à doença e ao usuário. Recomenda-se uma abordagem mais individualizada e integral acerca da adesão terapêutica de usuários hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Tratamento Medicamentoso. Qualitativa. Adesão ao Tratamento. Tratamento não medicamentoso.

ABSTRACT

Reference: ANDRADE, Renata Hellen Silva. **Treatment adherence in hypertensive patients in a city of Sergipe**. 2019. 89 p. Dissertation (Professional Master in Family Health - PROFSAÚDE) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Arterial hypertension is a pathology that affects 25.7% of the Brazilian population. Due to the high prevalence rate of hypertensive patients, due attention must be paid to prevention and treatment actions to minimize the consequences of the lack of adequate therapy. Adherence to treatment is a multidimensional phenomenon determined by the interaction of a set of factors. Several obstacles can prevent adherence to therapy. Thus, investigating the reasons that lead to non-adherence to antihypertensive treatment in the assisted population is necessary. The research method adopted was transversal, exploratory within a qualitative perspective. An interview script was elaborated to guide the interlocutions with hypertensive users over 40 years of age and registered more than 6 months in Hyperdia. Twelve participants were selected by a non-probabilistic sample for convenience. The reports were submitted to content analysis, thematic modality and derived in six main themes: influence of socioeconomic status, health service, disease, treatment, aspects linked to the user and internalization of professional discourse by the user. The most prevalent factor for non-adherence to treatment was the influence of socioeconomic status through the difficulty of obtaining medications and family dysfunction by not promoting a treatment support network. The distance traveled in search of the free distribution of medication and the period between the follow-up consultations of users with uncontrolled blood pressure were cited as reasons associated with the influence of the health service. The absence of symptoms, the association with other pathologies, the emergence of adverse effects associated with anti-hypertensive medication and the lack of information about the pathology also contributed to the failure to comply with the prescribed guidelines. The work seeks to cooperate to construct individual and collective strategies that aim to increase the rate of adherence to treatment and to emphasize the importance of professionals from plural areas to the health care of the individual who enriches the global approach to the disease and to the user. A more individualized and integral approach is recommended regarding the therapeutic adherence of hypertensive users.

Keywords: Hypertension. Drug Treatment. Qualitative. Adherence to Treatment. Non-drug treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dimensões da adesão a tratamentos de longo prazo	29
Quadro 2 - Sugestão de ações para melhoria da adesão ao tratamento	37
Quadro 3 - Método AIDES.....	39
Quadro 4 - Caracterização do perfil dos usuários hipertensos entrevistados	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCP	Controle comportamental percebido
DAP	Doença Arterial Periférica
DASH	<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DVP	Doença Vascular Periférica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL Colesterol	Lipoproteínas de Alta Densidade
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo Do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IR	Insuficiência Renal
JNC	Joint National Committee
LDL-Colesterol	Lipoproteína de Baixa Densidade
LOA	Lesão de Órgão Alvo
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MCC	Modelo de Cuidados Crônicos
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MCS	Modelo de Crenças em Saúde

MESA	Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
MEV	Mudança do Estilo de Vida
MRPA	Monitorização residencial da pressão arterial
NHLBI	National Heart, Lung, and Blood Institute
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
TAR	Teoria da Ação Racional
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TG	Triglicerídeos
TMR	Taxa Metabólica de Repouso
TSC	Teoria Social- Cognitiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	GERAL.....	16
3.2	ESPECÍFICOS	16
4	REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	16
4.1.1	Promoção à saúde na hipertensão arterial sistêmica	18
4.1.2	Papel da estratégia de saúde da família no controle à hipertensão arterial sistêmica	23
4.2	ADESÃO AO TRATAMENTO	26
4.2.1	Fatores de influência na adesão ao tratamento	29
4.2.2	Hipertensão arterial e estratégias de adesão ao tratamento	36
4.3	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ADESÃO	40
4.3.1	Modelo de crenças de saúde.....	41
4.3.2	Teoria da Ação Racional / Teoria do Comportamento Planejado.....	42
4.3.3	Teoria social-cognitiva.....	46
4.3.4	Teoria Social Cognitivo x Teoria da Ação Racional / Teoria do Comportamento Planejado	48
4.3.5	Percepção de saúde X Prontidão para mudança.....	49
5	METODOLOGIA	54
5.1	TIPO DE ESTUDO	54
5.2	POPULAÇÃO ALVO.....	54
5.3	TAMANHO E FORMA DE SELEÇÃO DA AMOSTRA	54
5.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
5.5	PLANO PARA CONSTRUÇÃO DOS DADOS	55
5.6	PLANO PARA ANÁLISE DOS DADOS	56
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	56
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6.1	FATOR SOCIOECONÔMICO.....	60
6.2	SERVIÇO DE SAÚDE	63
6.3	DOENÇA	66
6.4	TRATAMENTO	68

6.5	ASPECTOS VEICULADOS AO USUÁRIO.....	69
6.6	INTERNALIZAÇÃO DO DISCURSO PROFISSIONAL PELO USUÁRIO	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS	77
	ANEXO A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS	
	SELECIONADOS COM BAIXA ADESÃO	85

1 INTRODUÇÃO

A adesão à terapia de longo prazo foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o comportamento de uma pessoa, uma vez que ela toma medicação, segue uma dieta, e/ou executa mudanças de estilo de vida, corresponde às recomendações indicadas por um profissional de saúde. Adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Diversos obstáculos podem impedir a adesão ao tratamento. As barreiras podem ser intencionais ou não intencionais. As barreiras intencionais se desenvolvem devido às crenças e percepções dos pacientes sobre seus medicamentos e doenças. Esses empecilhos podem ser subdivididos em barreiras cognitivas e emocionais. As barreiras não intencionais dependem da capacidade, dos recursos e das impossibilidades práticas. Além das crenças pessoais, a adesão depende do tipo de doença, mas também pode variar no mesmo paciente ao longo do tempo (HORNE *et al.*, 2013).

Os aspectos mais comuns previamente associados à adesão à medicação, incluem dados sociodemográficos, perfil psicossocial, comorbidades, capacidade cognitiva e crenças de saúde. Embora a maioria das características sociodemográficas (por exemplo, idade, gênero, raça) e comorbidades sejam não-modificáveis, outras variáveis relacionadas ao paciente são potencialmente modificáveis (GELLARD; GRENARD; MARCUM, 2011). Além disso, a experiência do paciente no momento do atendimento em um serviço de saúde tem sido fortemente relacionada com adesão ou não ao cuidado proposto pelo profissional de saúde (DOYLE; LENNOX; BELL, 2013).

Segundo Stewart *et al.* (1995),

[...] uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem, pois: diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta sua satisfação, diminui queixas por má prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes.

Apesar do exercício do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) ao longo dos atendimentos, observa-se uma falta de adesão ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso de longa duração por diversos fatores, por vezes, relatados na consulta médica.

De forma geral, a porcentagem de adesão à terapia de longo prazo encontra-se entre 30 e 50% em países desenvolvidos. A magnitude e o impacto da má adesão nos países em desenvolvimento são ainda mais elevados, dada a escassez de recursos e desigualdade no acesso a cuidados de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

No Brasil, um problema de saúde pública com grande magnitude é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), por apresentar elevada prevalência e por ser um dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares, maior causa de mortalidade no país (DUNCAN *et al.*, 2013).

A hipertensão arterial é uma patologia que acomete 25,7% da população brasileira (BRASIL, 2016). Em Sergipe, o número de hipertensos é 26,3% da população (BRASIL, 2016). Devido ao alto índice de prevalência de hipertensos, a atenção precisa ser dada às ações de prevenção e tratamento visando minimizar as consequências advindas da falta de terapêutica adequada. O curso assintomático da hipertensão contribui, entre outros fatores, para que muitos pacientes não compreendam a doença e a importância da medicação, implicando numa elevada taxa de não adesão à terapia anti-hipertensiva prescrita (MACIEL, 2012).

Na população adstrita da equipe 12, correspondente ao bairro Cidade Nova no município de Estância, o programa HiperDia contém 257 usuários hipertensos cadastrados. A maior parte possui mais de 60 anos, é dependente dos serviços do Sistema Único de Saúde e adquire suas medicações por programas do Governo como “Farmácia Popular” ou na Farmácia Municipal localizada no centro do município a 4,6 km da Unidade de Saúde. Nos últimos meses, conta-se regularmente com serviço de Educador Físico e Auxiliar de Enfermagem que integram o programa municipal intitulado Estância Ativa. Às terças, quartas e quintas-feiras esse programa promove atividades aeróbicas e alongamento na praça principal da Cidade Nova. No mês de março de 2018, foi adicionada uma nutricionista à lista de profissionais que atendem na Unidade Básica de Saúde Leonor Barreto Franco.

Apesar da atuação da equipe multiprofissional que participa do cuidado aos usuários hipertensos, nota-se uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. As diferentes motivações para não adesão são compartilhadas por diferentes perfis de usuários e conhecer as peculiaridades dos usuários e suas possíveis razões para a não adesão é essencial para uma melhoria na abordagem multiprofissional no intuito de reverter tal situação.

Estudos quantitativos sobre adesão como o de Strelec, Pierin e Mion (2003) apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, na qual a vivência de cada paciente,

seus valores, crenças e práticas culturais sejam reconhecidos e abordados. Para tanto, é importante trabalhar o contexto social e psicossocial do paciente. O envolvimento com a problemática de saúde, expresso por atitudes e sentimentos positivos, parece tender ao favorecimento da adesão ao tratamento e conseqüente ao controle da hipertensão, além da interação efetiva com a equipe multidisciplinar em um processo de aceitação e respeito mútuos.

Dessa forma, faz-se necessário pesquisar os motivos que levam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população assistida. Tal estudo pode contribuir para construção de estratégias individuais e coletivas que visam elevar a taxa de adesão ao tratamento e ressaltar a importância de profissionais de áreas plurais ao cuidado em saúde do indivíduo que enriquece a abordagem integral à doença e ao usuário. Neste sentido, objetiva-se analisar as motivações da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população cadastrada no HiperDia da equipe 12 e dialogar com a literatura sobre o tema.

2 JUSTIFICATIVA

Após o episódio de morte súbita de uma usuária hipertensa não aderente ao tratamento, a vontade de conhecer os motivos que levam a não adesão se manifestaram de forma pujante. Com mais de 5 anos de atuação na mesma área, a boa relação médico-paciente e a escolha da melhor droga anti-hipertensiva para cada caso não era suficiente para promover proteção contra eventos cardiovasculares. Havia particularidades que brotavam e impediam a total adesão ao tratamento. O interesse por essas singularidades moveu este trabalho.

Ao ser iniciado o Mestrado Profissional em Saúde da Família promovido nacionalmente pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com apoio regional da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), o entusiasmo por levantar os fatores foi intensificado e lapidado pelos orientadores, professores e alunos em aulas, fóruns e seminários presenciais. A idealização do uso de escores ou testes foi preterida ao conhecimento dos pormenores dos usuários não aderentes. Assim adveio o esqueleto do estudo.

Deu-se preferência ao estudo na área de atuação da profissional em questão visando um retorno científico e aperfeiçoamento à nova abordagem de usuários hipertensos de forma mais eficaz e voltada para laboração multiprofissional. O conhecimento das particularidades que agem na não adesão seriam abordados de forma mais específica pela equipe responsável pelo paciente.

Em seguida, houve a fase de aprofundamento teórico no tema onde diversas fontes foram consultadas e comparadas. Teorias sobre os mecanismos psicológicos que elucidavam o comportamento de não adesão foram descritos e serviram como base para esta análise. Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através de sorteio, as entrevistas foram marcadas. A elaboração de um roteiro de entrevista norteou as interlocuções entre a médica da área e os usuários não aderentes hipertensos.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo levantar os motivos que levam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos usuários do sistema de saúde de um município sergipano através da abordagem qualitativa.

As etapas do estudo tiveram o objetivo de coletar informações que atendessem o objetivo da pesquisa. Foi utilizada na análise dos dados desta pesquisa a Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Seus resultados permitiram construir um artigo com considerações que contribuem para construção de estratégias individuais e coletivas, que visam elevar a taxa de adesão ao tratamento e ressaltam a importância de profissionais de áreas plurais ao cuidado

em saúde do indivíduo que enriquece a abordagem integral à doença e ao usuário, fornecendo meios mais eficazes de controle da hipertensão e conseqüentemente do risco cardiovascular.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Levantar os motivos que levam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos usuários do sistema de saúde de um município sergipano.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os sujeitos da pesquisa, conforme o sexo, idade, raça/cor, religião, situação conjugal, escolaridade, presença de renda própria e comorbidades;
- Identificar fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
- Apontar estratégias utilizadas por usuários para facilitar a adesão ao tratamento;
- Indicar recomendações voltada ao serviço de saúde para potencializar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

No começo da década de 1920 e posteriormente em 1959, no *Build and Blood Pressure Study*, estudo que analisou cerca de 5 milhões de adultos entre 1934 e 1954, foi constatada a intensa relação direta entre o nível de pressão arterial (PA) e o risco de complicações clínicas e morte. Na década de 1960, esses achados foram confirmados em uma série de relatórios do *Framingham Heart Study*. Os relatórios do *Veterans Administration Cooperative Study Group* de 1967 e 1970 anunciaram a era do tratamento efetivo para a hipertensão arterial (HA). A primeira diretriz que abrangia detecção, avaliação e tratamento da HA foi publicada em 1977, sob o patrocínio do *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI). Nos anos subsequentes, uma série de diretrizes do *Joint National Committee* (JNC) foram publicadas com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde e melhorar a prevenção, conscientização, tratamento e controle da HÁ (WHELTON *et al.*, 2018).

Estudos observacionais documentaram uma incidência relativamente alta de hipertensão no período de 5 a 10 anos de acompanhamento. Assim, há uma carga populacional muito maior de hipertensão a longo prazo já que a PA aumenta progressivamente com a idade. Vários estudos estimaram a incidência cumulativa a longo prazo do desenvolvimento de hipertensão. No MESA (*Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*),

o percentual da população que desenvolveu hipertensão durante a vida foi maior em afro-americanos e hispânicos do que em brancos e asiáticos. Para adultos com 45 anos de idade sem hipertensão, o risco de desenvolver hipertensão em 40 anos foi de 93% para afro-americanos, 92% para hispânicos, 86% para brancos e 84% para adultos chineses. No *Framingham Heart Study*, aproximadamente 90% dos adultos não hipertensos aos 55 ou 65 anos desenvolveu hipertensão ao longo de suas vidas (WHELTON *et al.*, 2018).

A HAS, doença com elevada prevalência na população adulta e idosa, apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com uma linha demarcatória que considera valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou de Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg validados por medidas repetidas, em condições ideais, em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem lesão de órgão alvo (LOA) detectada (ZANGIROLANI, 2018; MALACHIAS, *et al.*, 2016).

A HAS é uma condição de grande magnitude. Atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, o que representa 36% da população masculina adulta e a 30% das mulheres adultas. A HAS abrange mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (MALACHIAS *et al.*, 2016; VASCONCELOS; SILVA; MIRANDA, 2017). Junto com a diabetes mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e acidente vascular encefálico - AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Possui baixa taxa de controle no Brasil (18%), ocasionando custo médico-social, principalmente por suas complicações (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No cenário mundial, a média europeia de controle da HAS na Atenção Primária à Saúde (APS) é de 8%. Nos Estados Unidos da América (EUA), em torno de 18%. O Canadá, seguido de Cuba, apresentam os melhores indicadores no tocante à prevalência (22% e 20% respectivamente da população em geral e 50% em maiores de 50 anos), o diagnóstico (87%-78%), tratamento (82%-61%) e controle (66% -40%). Na América Latina a média apresenta uma prevalência de 46,5% (MALACHIAS *et al.*, 2016; DANTAS *et al.*, 2018).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de acidente vascular encefálico (AVE), 75% com insuficiência cardíaca (IC) e 60% com doença arterial periférica (DAP). A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A HAS, condição clínica multifatorial, desponta como um grave problema de saúde pública no cenário nacional e mundial, demandando medidas assistenciais que conduzam ao seu controle e, por conseguinte, a diminuição da ocorrência de complicações, internações e mortalidades (DANTAS *et al.*, 2018).

Nesse contexto, ressalta-se que as doenças crônicas representam um problema importante em diversos países, pela carga de sofrimento, incapacidade, perda da produtividade e morte prematura. Chamada de “assassina silenciosa”, muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se difícil o diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o mesmo só ocorre na presença das complicações (RODRIGUEZ, 2017).

A HAS e as doenças relacionadas são responsáveis pela alta frequência de internações, reabilitação e perda de produtividade devido às incapacidades físicas geradas. Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral. No Brasil, em 2012 ocorreram 81.137.024 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo global de R\$ 2.381.639.909,14. Dessa maneira, a HAS configura-se como importante problema de saúde pública no Brasil (NUNES, 2017).

4.1.1 Promoção à saúde na hipertensão arterial sistêmica

A maior expectativa de vida, a transição nutricional e o estilo de vida contemporâneo, que se traduzem em comportamentos pouco saudáveis, contribuem para os crescentes níveis de hipertensão arterial na população (ZANGIROLANI *et al.*, 2018).

Corrigir os erros alimentares, a inatividade física e o consumo excessivo de álcool que causam a PA elevada é uma abordagem fundamentalmente importante para a prevenção e o manejo da HAS, seja por conta própria ou em combinação com a terapia farmacológica. A prevenção e o tratamento da hipertensão são abordagens complementares para reduzir o risco de DCV na população, mas a prevenção da hipertensão fornece os meios ideais para reduzir o risco e evitar as consequências indesejáveis (WHELTON *et al.*, 2018).

As práticas educativas na atenção primária em saúde devem além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a auto percepção da doença e a corresponsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, por meio de por exemplo, oficinas educativas em grupos e orientações domiciliares. Além disso concluíram também que agregar os familiares às atividades de educação em saúde mostrou-se importante por facilitar

as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do hipertenso ao tratamento (ZANGIROLANI *et al.*, 2018).

Estilo de vida pode ser conceituado como um conjunto de decisões e atitudes individuais, passíveis de algum nível de controle, que exercem influência sobre a saúde. Consiste, portanto, em um padrão de comportamento que reflete valores, atitudes e oportunidades, capaz de influenciar positivamente ou negativamente o nível de saúde do homem e, portanto, sua qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Assim, uma pessoa que adota estilo de vida saudável, possivelmente estará prevenindo ou controlando o risco da HAS, ou até mesmo controlando este agravo, evitando o surgimento de complicações. Embora existam muitas evidências a respeito das condutas gerais que compõem o estilo de vida saudável, não existe apenas um, mas vários tipos de estilos de vida salubres, que se modificam de acordo com o contexto em que o indivíduo se encontra inserido e suas necessidades específicas. Ressalta-se que as características e condições que aumentam o risco de ocorrência de HAS são bem conhecidos e podem ser classificadas como: fatores de risco constitucionais, dentre os quais podemos citar a idade, raça, sexo e histórico familiar, e os fatores de risco associados ao estilo de vida adotado, como obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e ingestão excessiva de sódio (FUCHS, 2012).

Por conseguinte, as condutas de estilo de vida saudável ou adequado à prevenção do risco e ao controle da HAS constituem-se de: alimentação adequada (baixo teor de sódio e gorduras, bem como refeições fracionadas com predomínio de vegetais e carnes brancas); prática regular de exercício físico; gerenciamento do estresse; abstenção de vícios (álcool, tabaco e drogas ilícitas) e uso regular da medicação anti-hipertensiva (MALACHIAS *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Para que mudanças no estilo de vida ocorram de forma satisfatória é preciso que as pessoas compreendam os riscos relacionados aos comportamentos insalubres, assim como, os benefícios advindos da correta realização do tratamento. Para tanto, é necessário que conheçam os fatores que aumentam o risco de desenvolver doenças crônicas (RODRIGUES *et al.*, 2018; BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Intervenções não farmacológicas podem ser realizadas por meio de estratégias comportamentais voltadas para mudanças no estilo de vida, prescrição de suplementos alimentares ou implementação de intervenções alimentares que modifiquem diretamente os elementos da dieta. Em nível social, as mudanças nas políticas podem aumentar a disponibilidade de alimentos saudáveis e facilitar a atividade física. O objetivo pode ser reduzir modestamente a PA na população em geral ou realizar uma redução mais severa da

PA em adultos com hipertensão ou com alto risco de desenvolver hipertensão. A intenção da abordagem da população em geral é alcançar uma leve mudança progressiva na população geral, o que seria esperado que resultasse em benefícios substanciais à saúde da comunidade (WHELTON *et al.*, 2018).

A abordagem direcionada enfoca a redução da PA em adultos com maior risco de desenvolver DCV relacionada à PA, incluindo indivíduos com hipertensão, bem como aqueles com risco aumentado de desenvolver hipertensão, especialmente negros e adultos com excesso de peso, com consumo de grandes quantidades de sódio, de álcool, ou que são fisicamente inativos. A abordagem direcionada tende a ser intensiva, com uma meta mais ambiciosa para a redução da PA. Ambas as abordagens são complementares e se reforçam mutuamente, e os estudos de modelagem sugerem que elas provavelmente proporcionarão benefícios similares à saúde pública. No entanto, quando são utilizadas ferramentas de previsão de risco, as estratégias de prevenção direcionadas que se concentram em indivíduos de alto risco parecem se tornar mais eficientes do que as estratégias baseadas na população (WHELTON *et al.*, 2018).

Tratamentos não farmacológicos são eficazes na redução da pressão arterial, citando como exemplo as mais importantes: a perda de peso, a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), redução de sódio, suplementação de potássio, aumento da atividade física e uma redução no consumo de álcool. Várias outras intervenções não farmacológicas foram relatadas para reduzir a pressão sanguínea, mas a extensão e/ou a qualidade dos estudos clínicos que as apoiam são menos confiáveis. Tais intervenções incluem o consumo de probióticos; ingestão aumentada de proteína, fibra, semente de linhaça ou óleo de peixe; suplementação com cálcio ou magnésio; e uso de padrões alimentares diferentes da dieta DASH, incluindo dietas *low carb*, vegetarianas e mediterrâneas. A redução do estresse é intuitivamente atraente, mas insuficientemente comprovada, assim como várias outras intervenções, incluindo o consumo de alho, chocolate amargo, chá ou café. Terapias comportamentais, incluindo respiração guiada, ioga, meditação transcendental e *biofeedback*, carecem de evidências sólidas para o efeito de redução da pressão arterial a longo prazo (WHELTON *et al.*, 2018).

Sobre a mudança dos hábitos alimentares, a pesquisa conduzida por Oliveira, Rabelo e Querez (2012) em pacientes hipertensos do município de Recife, revelou que 86% dos pacientes ao saberem que eram hipertensos mudaram seus hábitos, porém somente cerca de 30% dos pesquisados citaram a redução da ingestão de sal. Conforme apontam os autores, o aumento do consumo de sal é importante fator de risco cardiovascular em hipertensos, sendo

necessário um aumento na conscientização dos indivíduos na construção de uma vida saudável, por meio da adoção de hábitos alimentares mais adequados, associado à prática de atividade física regular (OLIVEIRA; RABELO; QUEROZ, 2012; DUARTE *et al.*, 2014).

Ainda a respeito das mudanças alimentares, no Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste e maior nos domicílios rurais da região Norte. Observa-se que o consumo de sal é um ponto importante de intervenção e modificação para os pacientes hipertensos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Vale a pena salientar que além da importância da orientação nas modificações do estilo de vida, deve-se estar atento se o paciente segue essas orientações, pois conforme afirma Bastos-Barbosa *et al.* (2012), a não adesão ao tratamento pelo paciente tem sido identificado como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco significativo de eventos cardiovasculares (MALACHIAS *et al.*, 2016; DUARTE *et al.*, 2014; BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

Os programas de exercícios físicos representam uma importante estratégia na prevenção e tratamento das DCV. Trata-se de terapêuticas não farmacológicas que agem diretamente nos fatores de risco associados, como HAS, DM, obesidade e dislipidemia. A prática regular de exercícios pode reduzir significativamente o risco de mortalidade cardiovascular em até 60%. No entanto, a prescrição deve levar em conta a avaliação do risco cardiovascular global, as condições sociais e interesses do paciente, a fim de promover a boa aderência às mudanças no estilo de vida (HORTENCIO, 2018).

Sobre a importância da prática de atividade física, Bundchen *et al.* (2013) realizaram experimento com grupo de paciente hipertensos, sedentários e sob tratamento farmacológico, com o objetivo de demonstrar que a prática de atividade física seria suficiente para manter os níveis pressóricos sob controle. Ao final do estudo os autores constataram que os pacientes que foram submetidos à intervenção da atividade física mantiveram os níveis pressóricos semelhantes ao grupo controle, submetido ao tratamento farmacológico (DUARTE *et al.*, 2014; BÜNDCHEN *et al.*, 2013).

Além da avaliação do impacto nos níveis pressóricos Bundchen *et al.* (2013) avaliaram a qualidade de vida dos pacientes e notaram que o grupo que sofreu intervenção com exercício físico regular apresentou melhor qualidade de vida relacionada à saúde, tanto emocional quanto física, bem como, utilizava menos fármacos. A atividade física pode ser

utilizada como forma de controle da pressão arterial, não só pela redução dos riscos cardiovasculares, como também por demonstrar que pacientes hipertensos que são fisicamente ativos apresentam-se melhor do ponto de vista físico e mental (DUARTE *et al.*, 2014; BÜNDCHEN *et al.*, 2013).

Ainda se tratando do exercício físico, estudo demonstra que o treinamento físico aeróbio provoca alterações autonômicas e hemodinâmicas que influenciam o sistema cardiovascular, provocando importante efeito hipotensor. O treinamento físico levaria à alterações na resistência vascular periférica, diminuição da atividade nervosa simpática e aumento da sensibilidade barorreflexa. Contudo, somente 75% dos pacientes são responsivos ao treinamento físico, devendo haver atenção à prescrição dessa prática à pacientes hipertensos (PONTES JÚNIOR *et al.*, 2010).

Destaca-se o importante efeito hipotensor dos exercícios aeróbios na proteção contra eventos cardiovasculares. Uma redução de apenas 3 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) pode significar diminuição de 5-9% e 8-14% para risco cardiovascular e de infarto agudo do miocárdio (IAM), respectivamente. Esse efeito pode ser observado após exercícios aeróbios de baixa, moderada e elevada intensidades, porém só tem valor significativo se permanecer ao longo das 24 horas subsequentes. Uma única sessão de exercícios aeróbios produz uma hipotensão pós-exercício associada a uma sustentada vasodilatação. Dessa forma, mostra-se ainda mais relevante a prática por indivíduos pré-hipertensos (HORTENCIO, 2018).

De acordo com a I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (SIMÃO *et al.*, 2013), recomenda-se pelo menos 30 minutos por dia, cinco vezes por semana, de exercício moderado, para indivíduos idosos ou não, com ou sem HAS. Para idosos inativos, pode ser difícil tornar-se ativo e cumprir a recomendação atual, sendo a falta de motivação a principal questão envolvida.

A HAS também associa-se ao aumento da adiposidade abdominal, sendo responsável por 65 a 75% dos casos de hipertensão primária (WHELTON *et al.*, 2018; SIMÃO *et al.*, 2013; MALACHIAS *et al.*, 2016). Cronicamente, esses estados levam a maiores agravos, como o desenvolvimento de HAS de difícil tratamento, resistência à insulina, DM, e LOA, como insuficiência renal (IR), doença vascular periférica (DVP), maiores chances de AVE e IAM, exigindo maiores gastos do sistema de saúde, e frequentemente necessitando do uso de múltiplas drogas e do tratamento de outros fatores de risco, incluindo dislipidemia (SIMÃO *et al.*, 2013).

Dessa forma, os programas de incentivo à prática de exercícios físicos são um importante recurso no combate ao sobrepeso e à adiposidade abdominal, promovendo aumento do gasto energético, tanto agudamente, durante a sua realização, quanto cronicamente, estando relacionado às alterações da taxa metabólica de repouso (TMR) devido a modificações na composição corporal (HORTENCIO, 2018; SIMÃO *et al.*, 2013).

Entre os fatores de risco que provocam o desenvolvimento das DCV também se encontram as dislipidemias, que são distúrbios do metabolismo lipídico, com repercussões sobre os níveis das lipoproteínas na circulação sanguínea. Altos níveis de triglicerídeos (TG) e de lipoproteína de baixa densidade (LDL-Colesterol), associados a baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL-Colesterol) no sangue, costumam estar relacionados com a obesidade abdominal (HORTENCIO, 2018; SIMÃO *et al.*, 2013).

4.1.2 Papel da estratégia de saúde da família no controle à hipertensão arterial sistêmica

Com o intuito de minimizar as consequências danosas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001). Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispersão de medicamentos de uso contínuo e promoção de atividades educativas (BRASIL, 2001). Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia). Por meio desse sistema tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados. A informação é uma importante ferramenta para gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas (BRASIL, 2013).

A busca pela saúde e qualidade de vida atualmente tem propiciado discussões e gerado reflexões sobre hábitos e mudanças de posturas frente a costumes adquiridos. Fatores de risco como o sedentarismo, a alimentação inadequada e o tabagismo, diretamente relacionados ao estilo de vida, são responsáveis pelo desenvolvimento de alguns tipos de doenças crônicas, mostrando-se, nessa relação causal, mais decisivo que a combinação de fatores genéticos e ambientais (NUNES, 2017).

A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, através de estudos de base populacional e estratégias de controle efetivas, combinadas à educação

permanente da comunidade e ao monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuem para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos. Além disso, diagnosticar precocemente e manter sob controle os níveis de PA, estimulando mudanças no estilo de vida e demonstrando a importância da adesão terapêutica irá melhorar de forma considerável os fatores de risco (NUNES, 2017).

No Brasil, as equipes multiprofissionais da atenção básica são as principais encarregadas em promover a adesão ao estilo de vida adequado à prevenção e à terapêutica da HAS (BRASIL, 2013). Baseadas nos atributos essenciais da Atenção Básica (AB) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as equipes de saúde atuam através do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A expressão “primeiro contato” implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado em caso de necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A longitudinalidade envolve a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Starfield (2002) afirma que a ideia de vínculo está relacionada à longitudinalidade, compreendida como relação terapêutica, estreita e duradoura entre usuários e profissionais de saúde. O vínculo promove a continuidade do cuidado, evita desnecessárias intervenções e aumenta adesão do usuário a terapêutica. As relações de vínculo longitudinal em muito podem contribuir para o processo de adesão terapêutica do paciente, uma vez que este passa a entender a significância de seu tratamento, a confiar nas recomendações dos profissionais que o atendem e seguir corretamente as recomendações prescritas, do mesmo modo que os profissionais passam a desempenhar suas ações, buscando o bem-estar do usuário do serviço e proporcionando uma assistência holística (STARFIELD, 2002)

A integralidade é um dos pilares na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica,

articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias. A primeira reafirma a existência de um movimento crítico e de recusa a um sistema de saúde que privilegia a especialização e a medicalização. A segunda dimensão toma a integralidade como garantia de acesso a diversos níveis de atenção, cuja característica básica é a diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde. Pressupõe, portanto, a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A terceira dimensão da integralidade é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação. E o último sentido da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram. A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Já a coordenação do cuidado objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Oferece aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde. A coordenação do cuidado dá a capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio de equipes de saúde, através do reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Devido à complexidade e relevância da problemática em questão, hipertensão arterial sistêmica, a produção de programas de saúde efetivos voltados ao fomento da adesão de hábitos salútares tem se configurado um dos maiores desafios dos profissionais e órgãos de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2018). Destaca-se ainda a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS. O descontrole pressórico e a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos são problemas que devem ser enfrentados conjuntamente pelos pacientes

hipertensos, pela família, pela comunidade, pelas instituições e pela equipe de saúde (ZANGIROLANI *et al.*, 2018).

4.2 ADESÃO AO TRATAMENTO

A definição de adesão ao tratamento sempre foi motivo de questionamentos e interpretações diversas. Na língua inglesa não é diferente. Há três palavras que definem adesão de formas diferentes. A palavra “*compliance*” vem do latim *complire*, que significa preencher e, portanto, completar a ação, a transação ou o processo, cumprir uma promessa. Outra definição relevante de “*compliance*” é agir de acordo com, ou ceder ao desejo, pedido, condição, direção; um consentimento para atuar em conformidade com; uma adesão a; assentimento prático. Também entende-se como agir de acordo com o conselho. Neste contexto, o conselho dado pelo prescritor representado por uma atitude paternalista em relação ao paciente (ARONSON, 2007).

Por essa razão, a idéia de “*concordance*” foi introduzida, explicando que o prescritor e o paciente deveriam chegar a um consenso sobre o regime que o paciente adotará. A concordância também designa que os pacientes devem assumir maior responsabilidade pelo seu manejo, embora nem todos estejam dispostos a fazer isso. Além disso, existem razões filosóficas para o atual desequilíbrio entre as responsabilidades do prescritor e as do paciente (ARONSON, 2007).

Assim, embora “*compliance*” e “*concordance*” sejam úteis, geralmente prefere-se o termo “*adherence*”, ou seja aderência, que está sendo cada vez mais usado. Vem da palavra latina *adhaerere*, que significa se apegar, manter perto ou permanecer constante. Define-se também como persistência em uma prática ou princípio; observância constante ou manutenção. Uma definição que adequadamente evoca a tenacidade que os pacientes precisam alcançar ao aderir ao regime terapêutico (ARONSON, 2007).

Não obstante, muitos pesquisadores associaram adesão ao tratamento com adesão à medicação. Esse termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos. A adesão ao tratamento de longo prazo engloba aspectos relativos ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença (HAYNES, 1979).

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), por exemplo, adota como definição de adesão a tratamentos crônicos, uma junção de outras duas definições de Haynes (1979) e Rand (1993) que descrevem adesão como o grau em que o

comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, e as mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde. Já Miller *et al.* (1997) definem adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença. Porém, o conceito seguido no estudo será o de Car, Pierin e Aquino (1991) que, em uma abordagem mais restrita à hipertensão arterial, conceituam adesão ao tratamento como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais.

A adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística (STEWART *et al.*, 1995). Subdivisões do termo adesão são usadas para classificar as nuances da incorporação ou não das recomendações no que tange a saúde. O termo adesão parcial refere-se a situações em que o usuário não manifesta uma adesão total. Exemplo desta situação é quando o usuário toma a dose incorreta ou na hora errada ou segue parcialmente as recomendações relativas a exercícios físicos e reeducação alimentar. A adesão parcial pode ser intencional ou não intencional. A adesão parcial intencional acontece frequentemente na fase aguda da doença. Quando o sujeito está sintomático, segue as orientações e toma a medicação. Porém, quando não há sintomatologia, ignora o tratamento. Isso acontece quando o usuário decide não seguir as orientações por não compreender a necessidade do tratamento, porque o uso das medicações interfere em sua qualidade de vida ou por estar assintomático. A adesão parcial não intencional é mais comum em idosos e crianças. Pode ser causada por esquecimento da dose prescrita (causa mais comum), por confusão nos esquemas de tratamento, rótulo impreciso e/ou incapacidade de abrir as embalagens (ROCHA *et al.*, 2015). A adesão parcial não intencional depende da capacidade, dos recursos e das possibilidades práticas dos usuários. (HORNE *et al.*, 2013; ROCHA *et al.*, 2015; BUGNI *et al.*, 2012)

Gearing *et al.* (2011) propõem um modelo dinâmico de adesão em seis fases: iniciação do tratamento, teste/julgamento de tratamento, aceitação parcial do tratamento, adoção do tratamento intermitente, descontinuação prematura e adesão. Tendo o tratamento medicamentoso como exemplo, as etapas da adesão possuem as seguintes características:

- **Iniciação do tratamento:** Nesta fase inicial de adesão, a medicação é prescrita pelo profissional de saúde e o paciente tem a opção de aceitar ou não o tratamento. Um paciente que não é aderente nesta fase pode receber uma prescrição, mas não seguirá

a prescrição ou aceitará a prescrição sem, em seguida, tomar qualquer um dos medicamentos prescritos. Esta fase de não adesão representa um grande fardo na saúde pública, maior do que se pensava anteriormente.

- **Julgamento de Tratamento:** Na fase de julgamento de tratamento, o paciente recebe a receita de medicação e começa a tomar o tratamento recomendado, porém opta por descontinuar a medicação após uma dose, algumas doses, ou algumas semanas - antes de receber nova prescrição. Esta fase de tratamento-teste de aderência dinâmica, referida como não-adesão imediata, é a forma de não-adesão que afeta mais constantemente o tratamento psiquiátrico.
- **Aceitação Parcial do Tratamento:** Nesta fase de aceitação parcial do tratamento, o paciente recebe a receita de medicação e começa a tomar o tratamento recomendado e continua a participar ativamente no tratamento através de um período prolongado de tempo. Em vez de tomar a medicação prescrita, no entanto, o paciente ajusta a dosagem ou horário. Por exemplo, o paciente pode tomar mais ou menos pílulas que o recomendado ou tomar medicações incorretas. O paciente pode continuar esse padrão indefinidamente, mas não interrompe totalmente o tratamento. Ou seja, a adesão parcial leva em conta não apenas o número bruto de pílulas tomadas, mas também a aderência aos horários das doses e precisão de dosagem.
- **Adoção Intermitente do Tratamento:** Nesta fase, o paciente recebe a receita de medicação, começa a tomar o tratamento recomendado, aceita totalmente o tratamento e recomendações, porém a adoção do tratamento completo é episódica. Ao invés de ser permanente, a adesão pode durar de várias semanas a meses. Nesta fase, os pacientes tomam medicamentos como prescrito – o que difere da aderência parcial – mas adesão à medicação é apenas por um período e é então totalmente descontinuado. O paciente subsequentemente retorna ao tratamento parcial ou intermitente após uma ausência de tratamento.
- **Descontinuação prematura após a adoção do tratamento:** O paciente aceita totalmente o tratamento e recomendações. Ele está totalmente envolvido com as recomendações por um período, mas depois abruptamente termina o tratamento prematuramente, com ou sem aviso prévio ao profissional de saúde prescritor.
- **Adesão:** A adesão total a um regime de medicação recebeu menos atenção na literatura do que a não adesão. O trabalho empírico se concentra em fatores que contribuem para a não adesão. Idealmente, a total adesão exige a tomada de

medicação 100% do tempo, nos momentos exatos e doses recomendados. Contudo, os pacientes podem ser considerados totalmente aderentes para realidades próximas de seus regimes de tratamento; como observado anteriormente em “Aceitação Parcial de Tratamento”. Uma frequência mínima de 75% até 100% das doses prescritas são suficientes para tal classificação na literatura.

4.2.1 Fatores de influência na adesão ao tratamento

Inúmeros são os fatores que podem influenciar na aderência a um tratamento. De forma a abranger os múltiplos fatores e facilitar o entendimento da complexidade do fenômeno, a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003) destaca cinco fatores que afetam a adesão: 1) o paciente; 2) o tratamento; 3) a doença; 4) aspectos socioeconômicos; 5) o sistema de saúde. Os principais itens que compõem cada fator estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões da adesão a tratamentos de longo prazo

Fator	Itens
Paciente	Conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas do indivíduo; stress psicossocial; baixa motivação; conhecimento e habilidades inadequados na gestão dos sintomas e do tratamento da doença; baixa percepção da necessidade de tratamento; pouco efeito percebido e crenças negativas sobre o tratamento; má compreensão e não aceitação da doença; descrença no diagnóstico; baixa percepção do risco da doença; má compreensão das instruções do tratamento; baixas expectativas em relação à terapêutica; experiências frustrantes com profissionais de saúde; sentimento de estigma pela doença.
Tratamento	Duração do tratamento; falhas de tratamentos anteriores; mudanças frequentes na terapêutica; efeitos colaterais do tratamento e disponibilidade de suporte médico para lidar com os mesmos.
Doença	Severidade dos sintomas; gravidade e progresso da doença; grau de incapacidade (física, psicológica, social e profissional).
Socioeconômico	Pobreza; baixo nível de educação; desemprego; analfabetismo; falta de redes eficazes de suporte social; condições de vida instáveis; longa distância do centro de tratamento; alto custo de transporte e da medicação; cultura e crenças sobre doença e tratamento; disfunção familiar.
Sistema de Saúde	Sistemas precários de distribuição de medicamentos; falta de conhecimento e treinamento de profissionais de saúde para a gestão de doenças crônicas; excesso de trabalho de profissionais de saúde; consultas rápidas; baixa capacidade do sistema para educar os pacientes; incapacidade de estabelecer o apoio da comunidade e capacidade de autogestão; falta de conhecimento sobre a adesão e sobre intervenções eficazes para melhorá-la.

Fonte: Adaptado de Organização Mundial de Saúde (2003).

Há particularidades que interferem na adesão terapêutica relacionadas à doença, como a cronicidade da patologia, ausência de sintomas, as consequências tardias do não tratamento (PIERIN; NOBRE; MION JR., 2001), e dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A doença em questão, sozinha ou associada, pode ser fator de piora da aderência ao tratamento. Tavares *et al.* (2016) constatam forte associação entre maior número de doenças crônicas e baixa adesão. As comorbidades físicas aumentam a complexidade dos esquemas de tratamento e contribuem no aumento de esforços necessários ao autocuidado (SCHULMAN-GREEN *et al.*, 2016). A existência de tratamento simultâneo para várias condições crônicas de saúde pode resultar em polifarmácia, regimes complexos de medicações e recomendações que levam a tomar medicamentos muitas vezes ao dia, apresentando riscos farmacológicos e predispondo à não adesão. Redução significativa do uso de anti-hipertensivos por idosos com hipertensão que apresentam alta prevalência de comorbidades foi descrita por Wang *et al.* (2005), reforçando o impacto da polifarmácia na adesão ao tratamento em condições crônicas.

Os fatores econômicos são demonstrados por várias publicações como fator diretamente ligado a não adesão. Quanto menor o nível social, menor será a adesão ao tratamento, pois o acesso à educação é escasso e conseqüentemente há pouca informação sobre a doença além do difícil acesso ao serviço de saúde (TAVARES *et al.*, 2016; YACH *et al.*, 2004).

Outro fator descrito como um dos mais importantes relacionados à adesão ao tratamento é o custo dos medicamentos. Uma metanálise (SINNOTT *et al.*, 2013) mostrou chance de 11% de aumento a não adesão aos medicamentos em populações que praticavam sistema de coparticipação para ter acesso aos medicamentos. Outro estudo (TAVARES *et al.*, 2016) mostra que as maiores prevalências de baixa adesão ao tratamento foram encontradas nos indivíduos que tiveram que pagar parte do seu tratamento em relação aos que tiveram o acesso gratuito a todos os medicamentos que necessitava para tratar as doenças crônicas referidas. Este achado reforça que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de pagar ou de adquirir no setor privado desembolsando do próprio bolso (TAVARES *et al.*, 2016).

O acesso a medicamentos no Brasil ainda é um problema, apesar das diversas políticas para sua oferta gratuita. Enquanto a Política Nacional de Medicamentos visa o acesso aos medicamentos essenciais, o desabastecimento ainda ocorre devido a problemas complexos e multifatoriais. A falha no abastecimento de medicamentos essenciais nas unidades públicas de

saúde penaliza, predominantemente, indivíduos mais vulneráveis e de menor renda (MANSOUR; MONTEIRO; LUIZ, 2016).

Além do custo das medicações, a terapêutica influencia na adesão ao tratamento através de efeitos indesejáveis do tratamento, esquemas medicamentosos complicados e recomendação para mudança de estilo de vida (BUGNI *et al.*, 2012). A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016) recomenda redução do peso e da cintura abdominal e menor ingestão de alimentos de risco. No estudo de Girotto *et al.* (2013) e Sousa *et al.* (2013), as alterações na dieta com redução do consumo dos alimentos de risco para HA, como sal, responderam pela mais alta taxa de adesão ao tratamento. Respectivamente, 69,5% e 89,2% dos usuários entrevistados nos estudos citados realizaram mudanças alimentares visando a redução da pressão arterial (GIROTTTO *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2013).

A prática de exercícios físicos regularmente ajuda na redução de peso e cintura abdominal. Lembrando que atividade física é definida como qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético, o que inclui andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, fazer práticas físicas de lazer (MALACHIAS *et al.*, 2016). O termo exercício físico refere-se à atividade física realizada de forma estruturada, organizada e com objetivo específico (MALACHIAS *et al.*, 2016). Já com relação a atividade física, foi encontrada uma prevalência maior da prática regular no sexo masculino (GIROTTTO *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2013). Vale lembrar que a atividade física, além de colaborar para o controle da hipertensão, também contribui para a melhora das condições físicas e psicológicas, o que extrapola seus benefícios para além da prevenção de doenças cardiovasculares (FREIRE *et al.*, 2014).

Em relação às características relacionadas à saúde dos indivíduos, a autopercepção de saúde muito ruim mostrou associação positiva com baixa adesão ao tratamento em pacientes em tratamento de doenças crônicas (TAVARES *et al.*, 2016). Em uma metanálise (DIMATTEO *et al.*, 2002) foi descrito que os pacientes que apresentam melhor autopercepção de saúde têm melhor adesão ao tratamento, o que pode contribuir para diminuir o agravamento dos pacientes, principalmente os acometidos de doenças crônicas. A forma de enxergar a patologia e seu tratamento com um olhar favorável também interferiu na adesão (RAJPURA; NAYAK, 2014). Sexo, idade, etnia, estado civil, crenças, hábitos de vida e culturais são fatores relacionados ao paciente (PIERIN; NOBRE; MION JR., 2001). Estudos têm mostrado que idade mais elevada, baixa escolaridade, baixa renda e menos de 5 anos de doença associam-se ao abandono e controle inadequado da pressão arterial (BUSNELLO *et*

al., 2001). Porém, no estudo de Tavares *et al.* (2016), os indivíduos mais jovens apresentam pior adesão ao tratamento.

A crença é um dos fatores que mais influenciam na adesão ao tratamento. Um estudo qualitativo em Gana (ATINGA; YARNEY; GAYU, 2018) demonstrou que a percepção da ineficácia da medicação, a crença no recurso fitoterápico ou na cura espiritual divina e interferência das normas éticas e culturais locais foram algumas das justificativas para não adesão ao tratamento. A espiritualidade pode ser uma importante variável associada à adesão ao tratamento para pacientes ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. Entretanto não foi comprovada relação direta, sendo necessárias mais pesquisas (ÁLVAREZ *et al.*, 2016). Os resultados mostraram que alguns estudos relacionam diretamente a Religiosidade/Espiritualidade e a aderência terapêutica, mas outros determinam uma relação inversa ou mesmo mista, principalmente abordando patologias como o HIV e outras doenças crônicas (BADANTA-ROMERO; DIEGO-CORDERO; RIVILLA-GARCIA, 2018).

A experiência do paciente no momento do atendimento em um serviço de saúde tem sido fortemente relacionada com adesão ou não ao cuidado proposto pelo profissional de saúde (ATINGA; YARNEY; GAYU, 2018; DOYLE; LENNOX; BELL, 2013). De um modo geral, uma boa relação pode contribuir favoravelmente para adesão ao tratamento. Por outro lado, Zolnierek e Dimatteo (2009) apontaram que falhas ou problemas na relação médico-paciente resultaram em um risco 19% maior de não adesão ao tratamento.

Entre as estratégias para melhorar a adesão estão um maior conhecimento do paciente sobre a doença, melhores esquemas de tratamento e melhor comunicação entre médicos e outros profissionais da saúde e pacientes (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Observa-se em estudo que os indivíduos que preferiram mais de um profissional médico para tratar as suas doenças crônicas tiveram maior prevalência de baixa adesão ao tratamento, sugerindo falhas na integralidade do processo de cuidado (TAVARES *et al.*, 2016).

Além da prática do olhar integral sobre o usuário e da coordenação do cuidado, a forma de comunicar através do Método Clínico Centrado na Pessoa o diagnóstico, o tratamento instituído e prognóstico contribui substancialmente para a adesão medicamentosa (STEWART *et al.*, 1995). Uma metanálise conduzida por Zolnierek e DiMatteo (2009) avaliou 106 estudos correlacionais sobre as variáveis de comunicação e o resultado da adesão das pessoas, bem como 21 estudos sobre o treinamento para a comunicação e os resultados para a saúde. Os 106 estudos correlacionais concluíram que havia um risco 19% maior de não adesão das pessoas cujo médico era um mau comunicador. Outra forma de expressar isso é dizendo que a não adesão foi 1,47 vezes maior entre as pessoas cujo médico era um mau

comunicador, ou que as chances de adesão das pessoas eram 2,16 vezes maiores quando o médico era um bom comunicador. Os 21 estudos de intervenção cuja medida de resultado foi a adesão ao tratamento foram resumidos e revelaram que havia um risco 12% maior de não adesão para pessoas cujos médicos não tinham recebido treinamento em comunicação. O risco de não adesão foi 1,27 vezes maior para pessoas cujo médico não havia sido treinado. A chance de uma pessoa aderir foi 1,62 vezes maior quando seu médico havia sido treinado em uma das intervenções de comunicação estudadas (ZOLNIEREK; DIMATTEO, 2009).

Outra análise útil permitiu a identificação de variáveis que afetam a relação entre comunicação e adesão da pessoa. Três variáveis clinicamente orientadas foram moderadoras do resultado da comunicação na adesão da pessoa: 1) gravidade da doença: o impacto maior das intervenções de comunicação ocorreu para pessoas cuja doença era menos grave; 2) tipo de profissional: o impacto maior foi em grupos de médicos especializados em atendimento a crianças, quando comparados a grupos de outros profissionais; e 3) experiência de profissionais da saúde: a análise dos resultados entre residentes, bolsistas e estudantes de medicina mostrou associações mais fortes entre a comunicação e a adesão da pessoa em comparação às associações encontradas para médicos (ZOLNIEREK; DIMATTEO, 2009).

Osterberg e Blaschke (2005) afirmam que a simplificação das instruções ao paciente e os horários de medicação são essenciais e que minimizar o número total de doses diárias foi mais importante na promoção da aderência do que na minimização do número total de medicamentos. Quando a adesão inadequada à medicação for identificada, as estratégias disponíveis para melhorar a aderência devem ser postas em prática. Selecionando agentes anti-hipertensivos que não dependem da meia-vida ou que tenham uma meia-vida mais longa, drogas cuja eficácia não será afetada por doses atrasadas ou perdidas. Provavelmente essas medidas ajudarão a manter uma pressão arterial mais estável, apesar da adesão imperfeita (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Ao escolher entre as principais classes de agentes anti-hipertensivos – bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas do receptor de tipo 1 da angiotensina II, alfa-bloqueadores e vasodilatadores diretos – o prescritor deve considerar a seleção do agente com a meia-vida mais longa em cada classe. O efeito anti-hipertensivo de alguns fármacos, como os diuréticos tiazídicos, não está relacionado às concentrações plasmáticas ou à meia-vida do fármaco e, para esses fármacos, as doses temporárias e os lapsos curtos na adesão são provavelmente clinicamente sem importância (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Segundo Osterberg e Blaschke (2005), o controle consistente da pressão arterial exige que os usuários hipertensos sigam medicamentos e regimes alimentares. Contudo, a terapia anti-hipertensiva pode ter efeitos secundários adversos e resultar em um pequeno alívio sintomático, uma vez que a hipertensão muitas vezes não causa sintomas. Independentemente da eficácia com que o clínico comunique os benefícios da terapia anti-hipertensiva, os pacientes ainda são responsáveis por tomar seus medicamentos (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

O sistema de saúde também influencia na adesão ao tratamento. As políticas de saúde, acesso ao serviço de saúde, distância da instituição ou unidade de saúde, tempo de espera pela consulta, tempo de atendimento, envolvimento da equipe de saúde com o usuário e o relacionamento inadequado são fatores que colaboram ou dificultam a adesão (PIERIN; NOBRE; MION JR., 2001).

Há necessidade de o médico olhar o paciente de forma holística para realizar a prescrição, levando em conta não somente a situação clínica e os aspectos inerentes ao medicamento a ser prescrito. É preciso considerar também condições sociais e cognitivas, crenças, maneiras de viver do paciente dos pais e cuidadores que influenciarão na adesão, uso adequado do tratamento prescrito, entre outros fatores (SANTI, 2016).

Outro conceito importante que influencia a adesão ao tratamento é a vulnerabilidade. Ela sintetiza as situações que tornam as pessoas suscetíveis aos agravos e ao adoecimento. Prioriza um olhar não focado apenas na escassez ou na abundância de recursos materiais, mas principalmente na capacidade e potencialidade das famílias e indivíduos em lidar com os recursos presentes (ALMEIDA, 2015).

O estudo do conceito de vulnerabilidade nos faz melhor compreender como e porquê determinados indivíduos, famílias e grupos sociais são mais suscetíveis a determinados eventos de vida. A vulnerabilidade e a capacidade podem ser concebidas como faces de um mesmo processo, pois estão relacionadas à capacidade de recuperação que o indivíduo pode apresentar (ALMEIDA, 2015).

Uma definição sucinta, mas esclarecedora, explica a vulnerabilidade como a possibilidade do cidadão em interferir em instâncias de tomada de decisão, seja individual ou coletiva. Quanto menor a possibilidade de interferência do indivíduo nessas instâncias, maior seria sua vulnerabilidade (AYRES; FRANÇA JUNIOR; PAIVA, 2012).

No campo da saúde, o termo introduz-se mais concretamente a partir da publicação nos EUA do livro: *Aids in the World*. A adoção do termo vulnerabilidade aplicado à saúde foi

resultado direto de confluências entre o ativismo político diante da epidemia de AIDS e o movimento de Direitos Humanos (AYRES, 2009).

Neste momento fortalecem-se propostas em defesa de estratégias não restritas ao indivíduo e sim com alcance social e estrutural. Deu-se início a discussões sobre as possíveis associações e correlações entre a posição social do indivíduo na sociedade e comportamento de risco, e é nesse contexto que são introduzidos os debates sobre o conceito de vulnerabilidade. Foi concebido um modelo de vulnerabilidade que poderia ser didaticamente dividido em três planos: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática (ALMEIDA, 2015).

A vulnerabilidade individual referir-se-ia ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática. Incluiria aí os comportamentos individuais, voluntários ou não. Ou seja, seria definida por funções comportamentais (desejo e capacidade de modificar os comportamentos que o tornam suscetível), cognitivas (acesso à informação) e sociais (acesso a recursos e equipamentos). A vulnerabilidade individual colocaria em questão a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, e o poder de participar de decisões políticas e em instituições. Na compreensão da vulnerabilidade individual deveria se considerar a trajetória pessoal, os recursos pessoais do indivíduo (nível de conhecimento, escolaridade, acesso à informação, relações familiares, redes de apoio e amizade, relações profissionais) e sua subjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes, gestos, falas, interesses e momento emocional) (AYRES *et al.*, 1999).

A vulnerabilidade social analisaria as relações sociais, os marcos da cidadania e cenário cultural. A análise de muitos aspectos da vulnerabilidade individual requer a inclusão de elementos sociais para respondê-los. Na vulnerabilidade social seriam analisados as liberdades, mobilização e participação social, instituições e poderes, relações de gênero, raciais, étnicas e entre gerações; processos de estigmatização e proteção ou discriminação sistemática de direitos. Na vulnerabilidade social seriam avaliados ainda o acesso a emprego, saúde, educação, justiça, lazer e esporte e acesso à internet.

A vulnerabilidade programática consistiria na análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde. Compreenderia o acesso dos indivíduos aos equipamentos sociais, incluindo aí os serviços de saúde, o vínculo que esses indivíduos possuiriam com o serviço e seus profissionais e na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Avaliaria a organização do setor de saúde e dos serviços, destacando-se o acesso e equidade, integralidade, integração entre prevenção, promoção e assistência, enfoques interdisciplinares, preparo tecnocientífico dos profissionais, compromisso e responsabilidade dos profissionais, participação comunitária na gestão dos serviços, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços, responsabilidade social e jurídica dos serviços (AYRES *et al.*, 1999).

Apesar de ter sido inicialmente pensado para a epidemia de HIV/Aids, o conceito de vulnerabilidade pode ser extrapolado para a maioria das condições relevantes para a saúde pública, como exemplo, a HAS.

4.2.2 Hipertensão arterial e estratégias de adesão ao tratamento

A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas como a HAS tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial (RIBEIRO *et al.*, 2012; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis (RIBEIRO *et al.*, 2012). Portanto, promover a adesão ao tratamento requer a combinação de estratégias que abordem tanto o componente intencional quanto o não intencional (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Para isso os serviços e profissionais de saúde podem criar mecanismos sistemáticos de investigação e manejo, tomando como parâmetro algumas etapas sugeridas por Osterberg e Blaschke (2005).

Quadro 2 - Sugestão de ações para melhoria da adesão ao tratamento

Ordem de etapas	Etapas e ações a serem executadas
1	Identificar e compreender a baixa adesão: avaliar os pacientes, observar indicadores de não adesão e questionar sobre barreiras e dificuldades no tratamento.
2	Simplificar o regime terapêutico o máximo possível, oferecendo instruções simples e claras sobre sua execução.
3	Enfatizar a importância do tratamento e de seu seguimento.
4	Estimular a habilidade do paciente (empoderamento) para seguir o regime e, se necessário, promover medidas de suporte.
5	Encorajar a adoção de uma rotina para o uso dos medicamentos.
6	Ouvir o paciente e personalizar seu tratamento de acordo com suas necessidades.
7	Se necessário, envolver a família, amigos e serviços de saúde para medidas de suporte.
8	Reforçar o comportamento desejado e os resultados do tratamento.
9	De acordo com o caso, considerar medicamentos que não tem diminuição de seu efeito quando se esquece/pula doses (ex.: medicamentos com meia vida longa).

Fonte: Osterberg e Blaschke (2005).

Para suprimir as diferenças de cuidado e aumentar o poder de controle sobre o tratamento de doenças crônicas como a HAS, o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) foi desenvolvido por Wagner e colaboradores no *MacColl Institute for Health Innovation of Seattle*, Estados Unidos da América (MALTA *et al.*, 2016; WAGNER *et al.*, 2001). Esse modelo é hoje amplamente aceito e utilizado no mundo, e tem sido avaliado positivamente em diversos locais. O MCC foi acolhido pelo Ministério da Saúde no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” como modelo de atenção que deverá subsidiar as ações direcionadas ao cuidado à pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde (WAGNER *et al.*, 2001). Ressalta-se o fato do modelo ser composto por um esquema básico, mas abrangente, para organizar a atenção às doenças crônicas e cumprir o requisito de se basear em dados cientificamente comprovados, na perspectiva populacional e centrados nos usuários (BARCELÓ *et al.*, 2012).

O MCC é constituído por seis unidades: Organização da Atenção à Saúde, Desenho do Sistema de Atenção, Apoio Técnico Assistencial, Sistemas de Informação Clínicos, Apoio ao Autocuidado e Recursos e Políticas da Comunidade. As unidades exercem funções articuladas e autônomas entre si (WAGNER *et al.*, 2001; BARCELÓ *et al.*, 2012).

A Organização da Atenção à Saúde promove uma atenção planejada, contínua, segura e de alta qualidade. Ao mesmo tempo, a organização deve favorecer as estratégias de melhoria e permitir aos usuários transitar por todos os níveis do sistema e pontos de atenção necessários (WAGNER *et al.*, 2001; BARCELÓ *et al.*, 2012).

O Desenho do Sistema de Atenção assegura uma atenção clínica efetiva e eficiente, que fomente e apoie ao autocuidado, distribuindo papéis e tarefas aos profissionais de saúde e facilitando as interações entre profissionais e usuários, com uma abordagem culturalmente adequada (WAGNER *et al.*, 2001; BARCELÓ *et al.*, 2012).

O Apoio Técnico Assistencial representado pelas diretrizes de prática clínica, baseadas em evidências, que devem ser incorporadas às práticas cotidianas.

Os Sistemas de Informações Clínicas organizam os dados clínicos dos usuários e da população de referência para prestar um cuidado eficiente e efetivo à saúde, facilitando o planejamento, a identificação de subpopulações com necessidades especiais e a coordenação do cuidado clínico integral (WAGNER *et al.*, 2001; BARCELÓ *et al.*, 2012).

O Apoio ao Autocuidado visa capacitar e preparar os usuários para desempenhar um papel principal ativo, e baseado em conhecimentos, e no cuidado de sua própria saúde. Com este fim, empregam-se estratégias de apoio ao usuário para o autocuidado, as quais incluem planejamento das ações, resolução de problemas, seguimento e avaliação das metas (WAGNER *et al.*, 2001; BARCELÓ *et al.*, 2012).

Por fim, os Recursos e Políticas da Comunidade buscam mobilizar os recursos comunitários para apoiar a satisfação das necessidades dos usuários que participam em programas comunitários efetivos. As organizações de saúde podem formar alianças com organizações comunitárias que suprem os vazios assistenciais e defendem políticas que melhorem a atenção à saúde (WAGNER *et al.*, 2001; BARCELÓ *et al.*, 2012).

Em suma, o Modelo de Cuidados Crônicos, MCC, orienta a prestação de cuidados crônicos por meio de interações produtivas entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde proativas e preparadas. Assim sendo, o MCC desafia o *status* atual de programas de saúde tradicional e enfatiza a importância de repensar e redesenhar a prática clínica no nível primário de saúde (MALTA *et al.*, 2016).

O autocuidado é um componente-chave do Modelo de Cuidados Crônicos, que tem sido usado internacionalmente para orientar iniciativas de melhoria da qualidade clínica. O autocuidado inclui as atividades diárias nas quais os usuários se envolvem juntamente com a família, comunidade e profissionais de saúde para lidar com uma doença. O autocuidado abrange vários domínios, incluindo controle de sintomas, tratamentos e mudanças de estilo de

vida, bem como consequências psicossociais, culturais e espirituais das condições de saúde (SCHULMAN-GREEN *et al.*, 2016).

Com isso, as metas da educação em saúde, visando o autocuidado do indivíduo portador de HAS, devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado, autonomia, ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre o processo de saúde-doença-adoecimento (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Em relação à terapêutica não medicamentosa, o autocuidado com a alimentação e a nutrição ocupam lugar de destaque na mudança de estilo e hábitos de vida dos indivíduos com HAS. A educação nutricional deve se desenvolver rumo a estratégias mais saudáveis de viver, cuidar e ser, auxiliando esses indivíduos na superação de mitos e crenças, e no desenvolvimento de valores, percepções e atitudes ativas à saúde. A participação da família nas mudanças da rotina diária do núcleo familiar, sobretudo em relação à alimentação, tem papel de fundamental importância para viabilizar a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Mesmo as intervenções na mudança dos hábitos de vida devem considerar e respeitar o dia-a-dia do indivíduo. George e Shanksky (2007), no quadro 3, propõem o método AIDES para melhorar a adesão terapêutica.

Quadro 3 - Método AIDES

A: Avaliação	Avaliar todas as possibilidades terapêuticas
I: Individualização	Individualizar o tratamento
D: Documentação	Fornecer comunicação por escrito
E: Educação	Fornecer educação precisa e contínua adequada às necessidades do indivíduo
S: Supervisão	Fornecer supervisão contínua do tratamento

Fonte: George e Shanksky (2007).

Talvez, à luz dos resultados de George e Shanksky (2007), a solução, pelo menos em parte, possa ser ainda mais simples – adequar o tratamento ao estilo de vida do usuário, e não o contrário.

Ratificando a importância da acomodação e individualização do tratamento para a rotina de cada usuário, pesquisas evidenciaram a elaboração de planos de ação completos e específicos associando a tomada de medicamentos com marcadores temporais e o ciclo sono-vigília. Rotina de trabalho, ambiente familiar e hábitos culturais podem ser acomodados ao roteiro de ação. Os planos de ação mais frequentemente elaborados em relação ao *momento* de tomar a medicação ou pôr em prática a mudança de hábito envolvem a associação com

marcadores temporais, como as refeições (café da manhã, almoço e jantar), o ciclo sono-vigília (levantar e ir dormir), voltar ou sair do trabalho / escola. Quanto a *onde* implementar o comportamento, os planos associados a um local específico (em casa ou no trabalho) são os mais frequentes, embora também existam planos para seguir as recomendações em qualquer local. Em relação a *como* tomar a medicação ou implementar mudanças no estilo de vida, os planos associados à alimentação são mais evidentes (LOURENÇO *et al.*, 2012).

Pesquisadores também levantam a hipótese de que planos específicos têm maior probabilidade de promover uma ação intencional em comparação àqueles produzidos de maneira genérica (JACKSON *et al.*, 2006). Essa premissa baseia-se na ideia de que, ao oferecer uma descrição detalhada da situação crítica e da ação a ser realizada, a situação de risco possa ser facilmente reconhecida e desencadear a ação previamente planejada, no caso, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso ou por meio de mudança do estilo de vida (VAN OSCH *et al.*, 2010; DE VET *et al.*, 2011).

Instituir planos terapêuticos completos com a coparticipação do usuário abrangendo *quando*, *onde* e *como* a ação será implementada à sua rotina traz maior controle do autocuidado respeitando assim os desejos dos pacientes nos planos formulados para o tratamento da HAS (LOURENÇO *et al.*, 2012).

Como a hipertensão é o principal fator de risco associado à morbidade e mortalidade por DCNT em todo o mundo, maiores esforços devem ser dedicados à melhoria do controle da hipertensão. Identificar estratégias que usuários hipertensos utilizam para seguir as recomendações dos profissionais de saúde e instituir rotinas e intervenções que facilitem a adesão ao tratamento é essencial. É hora de agir para dirimir as consequências da HA que afetam grande parte da população (MALTA *et al.*, 2016).

4.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ADESÃO

No âmbito do cuidado em saúde, é importante compreender os processos cognitivos que podem levar à prática de comportamentos saudáveis. Estudos (JANNUZZI *et al.*, 2014; ALVES, 2012) relacionam alguns modelos teóricos de comportamento cognitivo humano que têm sido usados para explicar a não adesão. Tais modelos analisam a motivação frente a possibilidade de mudança do comportamento em saúde. As três principais teorias incluem o modelo de crenças em saúde (MCS), a teoria da ação racional / teoria do comportamento planejado (TAR/ TCP), e a teoria social-cognitiva (TSC). O MCS se concentra em uma percepção individual da ameaça de um problema de saúde. O TAR/TCP se concentra em uma

intenção individual de realizar um comportamento. O TSC incorpora fatores intra e interpessoais e sugere que os benefícios de comportamento devem compensar os custos. Vários fatores pessoais são enfatizados nessas teorias, incluindo o conhecimento do indivíduo, crenças, motivação, atitudes, a história do desenvolvimento, experiência, habilidades, auto percepção e comportamento (ALVES, 2012).

4.3.1 Modelo de crenças de saúde

O modelo de crenças de saúde (MCS) foi desenvolvido por Rosenstock em 1966 e avaliado por Becker e colaboradores na década de 70/80, constituindo-se como a primeira teoria desenvolvida para explicitar o comportamento da saúde e doença (OGDEN, 2004; ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1988). O termo crença é inerente à base teórica que sustenta o modelo de crenças de saúde e, neste contexto, as crenças podem ser definidas como ideias, concepções, convicções e atitudes adotadas pelos pacientes relativas à saúde ou à doença e à forma como diferentes fatores influenciam a sua saúde e qualidade de vida (OGDEN, 2004). Apesar da existência de outros fatores relevantes para a compreensão do processo saúde-doença (como personalidade do indivíduo e suporte social), as crenças de saúde destacam-se como fatores que contribuem para a modulação e predição do comportamento (OGDEN, 2004).

O termo comportamento tem origem latina: *porto*, que significa levar. Em português passou à forma reflexiva “portar-se”. É o conjunto organizado das operações selecionadas em função das informações recebidas do ambiente através das quais o indivíduo integra as suas tendências. Em sentido mais amplo designa a mudança, o movimento ou a reação de qualquer entidade ou sistema em relação a seu ambiente ou situação. O comportamento pode ser influenciado pelas crenças do indivíduo relacionadas à percepção subjetiva do risco de contrair determinada condição ou doença, do grau de sua severidade, dos benefícios e das barreiras para o seguimento de recomendações terapêuticas. De acordo com as crenças pessoais sobre determinado comportamento, quanto às vantagens e desvantagens de assumi-lo, e com a pressão social percebida para agir de determinada forma em relação a ele, os indivíduos apresentarão graus diferentes de adesão ao comportamento estudado (BRASIL, 2016).

O MCS prediz que a conduta do indivíduo advém de um conjunto de crenças básicas (OGDEN, 2004). Entende-se que as crenças básicas dos indivíduos precisam ser consideradas como fatores psicossociais que influenciam o gerenciamento da própria doença e revelam

ideias, concepções e atitudes sobre o cuidado da própria saúde. As crenças são informações fornecidas pela família, pela sociedade, equipe de saúde, desde as mais remotas épocas, que passam de pais para filhos e são reforçadas pela cultura podendo variar entre as pessoas, de acordo com o tipo de doença, do meio social e podem influenciar as ações em saúde (GAMA, 2012). As percepções individuais, principalmente a percepção de sofrer de uma doença específica (susceptibilidade), e a percepção da gravidade dos efeitos dessa mesma doença fornecem motivação ao indivíduo para adotar determinados comportamentos de saúde (OGDEN, 2004).

Para tal, é essencial existir um estímulo desencadeador (pistas para a ação) que leve o indivíduo a adotar o comportamento adequado, sendo que este estímulo pode ser interno, como um sintoma, ou externo, como um folheto de informação e educação para a saúde. Para além disso, é ainda essencial que o indivíduo se preocupe com as questões relativas à saúde (motivação para a saúde) e que possua expectativa de eficácia, isto é, convicção da sua capacidade de executar a ação recomendada (controle percebido) (ALVES, 2012; OGDEN, 2004). Segundo Rosenstock, Strecher e Becker (1988), os fatores que compõem o modelo de crenças de saúde passam pela existência de motivação para dar importância aos assuntos relacionados com a saúde e com a doença, pela crença de que cada um é suscetível a ser acometido por uma doença grave e ainda pela crença de que as modificações efetuadas no modo de vida serão benéficas para o próprio (ALVES, 2012).

O MCS assume que a interação entre diferentes tipos de crenças entre si influencia a adesão, bem como os comportamentos protetores/preventivos ou promotores da saúde. Tendo por base o MCS, as pessoas com maior probabilidade de aderir são as que se percebem a si próprias como sendo vulneráveis a uma determinada doença e acreditam que esta tem potenciais consequências graves para a saúde ou funcionamento diário. Por outro lado, as pessoas avaliam os benefícios em relação à probabilidade de prevenção da doença, cura, controle ou alívio de sintomas. Esse modelo, originalmente proposto para explicar comportamentos de saúde preventivos, foi depois expandido para explicar o papel de comportamentos de doença e adesão aos regimes terapêuticos (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

4.3.2 Teoria da Ação Racional / Teoria do Comportamento Planejado

A Teoria da Ação Racional foi desenvolvida por Martin Fishbein em 1967 e constitui-se como o segundo modelo desenvolvido no domínio da prevenção das doenças

(MOUTINHO; ROAZZI, 2010; ROAZZI *et al.*, 2014). Essa teoria é constituída pelos seguintes elementos: comportamento, intenção de executar o comportamento, atitude perante determinada ação, crenças normativas e motivação para agir de acordo com as crenças. Neste sentido, o comportamento de uma pessoa advém da intenção dessa mesma pessoa para realizar esse comportamento. Isto é, a intenção de executar um determinado comportamento constitui-se como o fator essencial para que ele seja executado, sendo que estas intenções provêm das atitudes da própria pessoa perante esse comportamento, das crenças normativas e ainda da motivação para efetuar essas expectativas (ALVES, 2012; BENNETT; MURPHY, 1999).

A Teoria do Comportamento Planejado surge da necessidade de desenvolver melhor a Teoria da Ação Racional, sendo adicionada à dimensão do controle sobre o comportamento pretendido, ou seja, a capacidade percebida pelo sujeito para executar um determinado comportamento (BENNETT; MURPHY, 1999).

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP), um dos principais modelos utilizados para estudar comportamentos em saúde, postula que as crenças impactam os fatores preditores da intenção (motivação) – determinante imediato do comportamento. Assim, acessar as crenças relacionadas à adesão medicamentosa é essencial para compreender as ações de autocuidado adotadas, uma vez que representam as opiniões sobre as orientações de saúde, com base em conhecimentos próprios ou em experiências vividas, permitindo que se rejeite ou aceite as condutas prescritas (JANNUZZI *et al.*, 2014).

A TCP trata-se de modelo motivacional derivado das teorias cognitivo-sociais, no qual o comportamento é determinado pela intenção (motivação) para agir (efetivar o comportamento) e pela percepção de controle sobre o comportamento (JANNUZZI *et al.*, 2014). A intenção, antecedente imediata do comportamento, é determinada por três fatores:

1. Atitudes relacionadas com os comportamentos e constituídas por avaliações positivas e negativas, prováveis ou esperadas de um comportamento, bem como pelas crenças acerca do resultado desse mesmo comportamento;
2. Normas subjetivas, que são constituídas pela percepção das normas e pressões sociais acerca da realização de um comportamento e ainda pela avaliação da motivação do sujeito para se submeter a esta pressão;
3. Controle Comportamental Percebido (CCP), composto pela crença de que o sujeito consegue manter um dado comportamento baseando-se na análise dos

fatores de controle internos (habilidades, conhecimento, resistência física, inteligência, entre outros) e externos (barreiras legais, econômicas, cooperação dos outros, entre outros) (ALVES, 2012; OGDEN, 2004).

A Atitude se refere às avaliações realizadas pelo indivíduo quanto aos resultados prováveis ou esperados no desempenho do comportamento em questão, ou seja, relaciona-se à receptividade do sujeito quanto à realização ou não do comportamento. A Norma Subjetiva representa a pressão social percebida, ou seja, se baseia na percepção do indivíduo sobre as opiniões dos seus referentes sociais sobre realização ou não do comportamento, e na motivação individual para obedecer a esses referentes sociais. O Controle Comportamental Percebido, por sua vez, se trata das percepções do sujeito em relação ao quanto de controle tem sobre a realização do comportamento (JANNUZZI *et al.*, 2014).

Cada um dos três determinantes da Intenção é formado por suas respectivas crenças: as crenças sobre a avaliação dos resultados do comportamento (crenças comportamentais) que produzem uma atitude favorável ou desfavorável à realização do comportamento; as crenças sobre a percepção de referentes sociais (crenças normativas) que resultam na pressão social percebida ou norma subjetiva; e as crenças sobre a presença de fatores que podem facilitar ou dificultar a realização do comportamento (crenças de controle) que influenciam o controle comportamental percebido (JANNUZZI *et al.*, 2014).

Assume-se que a Intenção representa o fator motivacional que determina o comportamento, indicando o quanto a pessoa está disposta a tentar e quanto esforço ela planeja empenhar na realização do comportamento. Deve-se destacar, no entanto, que a intenção comportamental somente se traduz em comportamento quando este está sob o controle volitivo, ou seja, se a pessoa puder decidir realizá-lo ou não. Embora alguns comportamentos estejam sob controle volitivo, o desempenho da maioria deles depende, pelo menos em algum grau, de fatores não motivacionais, como a disponibilidade de oportunidades e recursos (por exemplo: tempo, dinheiro, habilidades, cooperação de outros). Considerando que essas dificuldades para execução do comportamento podem limitar o controle volitivo, é necessário considerar a influência direta do CCP sobre o comportamento. Na medida em que o CCP é realístico, ou seja, quando as barreiras descritas pelo sujeito realmente limitam a ação, esse constructo pode representar o controle real e contribuir para a predição do comportamento em questão. Em geral, é mais difícil medir o controle comportamental real do que o percebido (CCP), por isso a maioria dos estudos utiliza o CCP como um representante para o controle comportamental real (JANNUZZI *et al.*, 2014).

O controle comportamental real modera o efeito da intenção sobre o comportamento. Para avaliar este conceito é essencial uma boa compreensão dos diversos fatores internos e externos que são necessários para executar o comportamento ou que podem interferir no seu desempenho. Da mesma forma, ele deve ser acessado para identificar a medida dos recursos necessários que a pessoa tem ou pode obter para superar potenciais barreiras (JANNUZZI et al., 2014).

4.3.3 Teoria social-cognitiva

Bandura (1989) define a expectativa de autoeficácia como o julgamento do sujeito sobre a sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. A autoeficácia refere-se à percepção de eficácia pessoal, isto é, à percepção que o indivíduo possui de que pode mudar a sua realidade e lidar com as adversidades. Neste sentido, a teoria da autoeficácia considera que a adoção de um determinado comportamento por parte do sujeito é influenciada pelas suas crenças pessoais relativamente às suas capacidades para lidar e ultrapassar as exigências ambientais. Essas crenças de autoeficácia por sua vez influenciam o grau de motivação do sujeito para alcançar determinado objetivo, sendo que quanto mais forte for a confiança do sujeito nas suas capacidades pessoais, maiores serão também os esforços que este aplica para conseguir atingir o objetivo. A percepção de autoeficácia refere-se às expectativas que a pessoa tem acerca das suas competências para adotar o comportamento pretendido (JANNUZZI *et al.*, 2014; ALVES, 2012; BANDURA, 1989).

Segundo Bandura (1989), existem quatro conjunturas que contribuem para o desenvolvimento da percepção de autoeficácia, são elas as experiências pessoais de prática eficaz, as experiências vicariantes, a persuasão social e as reações de *stress*. As experiências pessoais de prática eficaz referem-se às experiências de sucesso e são as mais influentes na formação do senso de eficácia. Por sua vez, as experiências vicariantes dizem respeito à observação do sucesso de outras pessoas, isto é, a observação da realização de outras pessoas leva ao surgimento de percepções de ser igualmente capaz de realizar os mesmos comportamentos ou atingir os mesmos objetivos. A persuasão social diz respeito aos encorajamentos provenientes de outras pessoas significativas para o sujeito, que têm um grande impacto no sujeito, levando-o a confiar nas suas próprias potencialidades e a desenvolver esforços para conseguir alcançar os seus objetivos. Por último, as reações de *stress* são igualmente suscetíveis de influenciar a percepção de autoeficácia, uma vez que o desconforto originado pelas reações de *stress* pode ser percebido como uma evidência de vulnerabilidade e conseqüentemente influenciar de forma negativa a percepção de autoeficácia. A autoeficácia é uma variável de grande influência na adoção de comportamentos relacionados com à saúde (JANNUZZI *et al.*, 2014; ALVES, 2012; BANDURA, 1989).

Assim, a compreensão de autoeficácia relativa à adesão terapêutica pode ser com relação ao resultado, ou seja, quanto a possibilidade de um determinado comportamento

produzir o resultado pretendido, ou quanto a capacidade para executar um determinado comportamento (ALVES, 2012; SOUSA, 2003). Quanto à expectativa de autoeficácia para adesão terapêutica conforme prescrita, Bandura (1989) a define como a convicção na capacidade pessoal de controlar as circunstâncias que possam dificultar o seguimento regular da prescrição e realizar com sucesso tal comportamento. Para esse teórico, a expectativa de autoeficácia seria o mecanismo central das ações humanas realizadas intencionalmente, isso porque agiria sobre os processos mediadores (SOUSA, 2003).

Os processos mediadores ou cognitivos são considerados os primeiros mediadores da expectativa de autoeficácia, pois a partir destes é que se desenvolvem regras para prever e influenciar eventos, estabelecer metas e estratégias e antecipar possibilidades de sucesso nessas metas, além de afetar outros processos cognitivos que são determinantes na solução de problemas (BANDURA, 1989). De acordo com Bandura (1989), esses são provenientes de:

- Experiência de domínio pessoal do desempenho – considerada a mais efetiva das fontes de informação, pois é entendida como a percepção de sucesso por superar obstáculos pelo esforço pessoal perseverante, por outro lado a percepção de ter fracassado tende a prejudicar a convicção de autoeficácia, principalmente se esta não estiver fortemente desenvolvida.
- Experiências por meio de modelos sociais – elas favorecem o desenvolvimento e modificação da convicção de autoeficácia, principalmente se o indivíduo se considerar em condições semelhantes às do modelo. Ao observar o desempenho de outros, o indivíduo julga suas próprias competências e ainda adquire conhecimentos, habilidades e estratégias potencialmente úteis. No entanto, o sucesso do desempenho proposto tende a diminuir pela observação de modelos sociais que fracassam em situações semelhantes à sua.
- Persuasão social – é exercida por meio de avaliações recebidas de outros sobre a capacidade pessoal para o desempenho de uma atividade, ou seja, tendem a ter maior autoeficácia e a mobilizar esforço maior e mais sustentado. Porém, avaliações negativas tendem a prejudicar o indivíduo, principalmente se este não tem um forte senso de autoeficácia previamente desenvolvido.
- Estados emocionais e fisiológicos – esses podem afetar o julgamento sobre a capacidade pessoal, pois estados de humor depressivo, *stress* e tensão podem ser indicadores de vulnerabilidade; já o cansaço e a fadiga podem ser percebidos como sinais de debilidade física.

O segundo processo mediador é a seleção de atividades e ambientes, uma vez que as pessoas tendem a evitar situações que excedam suas habilidades e procuram participar de atividades e ambientes que acreditam em poder desempenhar com sucesso o comportamento de interesse, pois ao afetar a seleção de atividades e de ambientes, a expectativa de autoeficácia influencia o desempenho pessoal (BANDURA, 1989).

Os processos afetivos são o terceiro tipo de mediadores, na medida em que a crença na autoeficácia determina o tipo e a intensidade das reações afetivas a eventos vitais, podendo, portanto, influenciar cognições e ações (BANDURA, 1989).

Os processos motivacionais, quarto mediador, determinam a intenção de desempenhar o comportamento proposto, o esforço e a persistência no enfrentamento de dificuldades, visando regular o desempenho. A autoeficácia influencia processos motivacionais ao modificar significados e valores de influências externas ao afetar expectativas de resultados de comportamentos e valores desses resultados e ao modificar avaliações de desempenho no alcance de metas pessoais (BANDURA, 1989).

4.3.4 Teoria Social Cognitivo x Teoria da Ação Racional / Teoria do Comportamento Planejado

Embora a TAR seja muito usada entre os estudiosos do comportamento, alguns buscaram ampliar a visão a respeito das possíveis causas do comportamento humano, desenvolvendo a TCP e acrescentando a variável percepção de controle como preditor direto do comportamento ou preditor indireto por meio da intenção. Apesar do sucesso em sua capacidade de fazer previsões do comportamento, a teoria da ação racional tem sido objeto de questionamentos em decorrência que as intenções comportamentais e os comportamentos são influenciados por outros fatores como por exemplo o comportamento passado (AJZEN, 2012).

Além disso, a avaliação da influência do comportamento passado na relação entre intenção e comportamento tem sido amplamente considerada, uma vez que essa variável representa a evidência mais fortemente associada aos modelos de predição do comportamento. Considera-se que com a execução repetida do comportamento, este pode vir a ser determinado pelo comportamento passado ou pelo hábito, ao invés de envolver exclusivamente os processos cognitivos propostos pela Teoria do Comportamento Planejado (JANNUZZI, 2014).

Conceitualmente, Ajzen (1991) considera que não há diferença entre a CCP e a autoeficácia, uma vez que ambos se referem às crenças que as pessoas têm sobre sua capacidade de realizar um determinado comportamento. Operacionalmente, no entanto, CCP e autoeficácia são em geral avaliados de formas diferentes. Pesquisas que utilizam o conceito de Bandura (1989) geralmente definem uma série graduada de potenciais obstáculos à execução do comportamento, e os participantes são solicitados a indicar quão provável é para eles superar cada obstáculo. Por outro lado, para avaliar o CCP, os participantes são geralmente solicitados a classificar em que medida eles têm capacidade para executar o comportamento, o quanto o comportamento está sob seu controle, entre outros (JANNUZZI, 2014).

Frente a essas críticas, vale salientar que, consoante aos pressupostos da TCP, pouco importa a maneira que as pessoas chegam às suas crenças ou como formam suas atitudes em relação a certo comportamento. O que realmente importa é que tanto as atitudes como outros constructos, tais como normas subjetivas e percepções de controle, apoiem-se de forma consistente nestas crenças. É neste contexto, de acordo com estudiosos da TCP, que se pode dizer que um comportamento é planejado e assim ele pode ser pesquisado de forma que revele as intenções dos indivíduos antes mesmo deste realizar um comportamento (ROMANO; NETLAND, 2008).

4.3.5 Percepção de saúde X Prontidão para mudança

O fato de o indivíduo se sentir doente corresponde a uma experiência pessoal idiossincrática e abrangente, e não apenas ao conjunto de sinais e sintomas clinicamente reconhecíveis. Nesta perspectiva o indivíduo é influenciado pelas suas cognições e emoções relacionadas com a saúde, que por sua vez influenciam a adoção de comportamentos de saúde. A percepção dos sintomas por parte do doente influencia a motivação deste e consequente adoção de comportamentos. Assim, a percepção dos sintomas constitui-se como um fator de grande influência na adesão ao tratamento (KLEIN; GONÇALVES, 2005; SOUSA, 2003; VAZÃO, 2008).

Outro conceito, o locus de controle de saúde, é um constructo que diz respeito à percepção do indivíduo acerca do controle sobre a sua saúde. Estas percepções constituem-se como um fator determinante das atitudes relacionadas à saúde, permitindo assim procurar informações, efetuar escolhas, tomar decisões e promover comportamentos de saúde (SOUSA, 2003). Existem três dimensões do controle capazes de influenciar o comportamento dos indivíduos, são elas:

1. Locus de controle externo, no qual as pessoas atribuem sua condição de saúde ao acaso, à sorte, considerando que o seu estado de saúde não depende do seu próprio comportamento, mas de regras exteriores a si mesmo (BENNETT; MURPHY, 1999).
2. Locus de controle interno, no qual as pessoas acreditam que a sua saúde é determinada pelos próprios comportamentos ou competências, isto é, pelo seu próprio controle (BENNETT; MURPHY, 1999).
3. Dimensão de figuras de autoridade. As pessoas com este tipo de controle consideram que o seu estado de saúde depende de terceiros, como profissionais de saúde ou outras pessoas (BENNETT; MURPHY, 1999).

A ideia central deste modelo pressupõe que as pessoas com um maior sentido de controle interno sobre a saúde (locus de controle interno) apresentam maiores possibilidades de adotar comportamentos promotores da saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção da doença e ainda do controle da mesma, quando comparadas com aquelas pessoas que reconhecem em um locus de controle externo (ALVES, 2012; BENNETT; MURPHY, 1999).

Contudo, alguns estudos afirmam não se pode estabelecer uma relação linear entre as expectativas de controle interno e a adesão terapêutica. Neste sentido, investigações acerca das expectativas de controle da diabetes demonstram que em dadas circunstâncias os doentes com locus de controle interno procuram mais informação, possuem mais conhecimentos acerca da doença e adotam mais comportamentos de adesão terapêutica, conseguindo um melhor equilíbrio metabólico. No entanto, isso nem sempre acontece, o que significa que a relação não é assim tão linear (AFFLECK *et al.*, 1987).

Strickland (1989) realizou uma análise da literatura acerca do locus de controle concluindo que nem sempre as pessoas com locus de controle interno são os que adotam mais comportamentos de adesão por utilizarem estratégias de confronto desajustadas, como negação e repressão, no tratamento da doença crônica. Por outro lado, esse autor ainda concluiu que os doentes com locus de controle externo e com uma maior percepção de vulnerabilidade à doença tentam cumprir todas as orientações terapêuticas, adotando assim mais comportamentos de controle da doença e aderindo melhor ao tratamento (STRICKLAND, 1989).

A grande variedade de proposições para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento reflete em parte a natureza multifatorial desse fato e nos remete à natureza e

complexidade do ser humano e seu comportamento frente às várias situações vividas que perfazem o contexto onde se insere sua saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Com o objetivo de incluir um fator temporal na compreensão das crenças e dos comportamentos de saúde, a abordagem do processo de ação para a saúde foi desenvolvida por Schwarzer no ano de 1992 (OGDEN, 2004). Esse modelo fez uma separação entre a fase motivacional e a fase de ação, acrescentando assim o fator temporal e processual a outros elementos já existentes em outros modelos na compreensão da relação entre as crenças e os comportamentos. Esse elemento temporal decorre entre o momento em que o sujeito resolve alterar o comportamento (fase motivacional) e a execução do comportamento (fase de ação). A fase motivacional é constituída pela autoeficácia, pelas expectativas relativas aos resultados e pela avaliação da ameaça, que por sua vez é constituída por crenças acerca da gravidade de uma doença e pela percepção de vulnerabilidade; enquanto a fase de ação é composta por fatores cognitivos, situacionais e comportamentais. A integração de todos estes elementos determina até que ponto um dado comportamento é iniciado e suportado através dos procedimentos desta autorregulação (OGDEN, 2004).

Outros dois conceitos motivam a adesão ao tratamento de saúde proposto: ambivalência e prontidão para a mudança. A ambivalência não significa apenas a relutância a fazer algo, mas sim a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. “Pensar inicialmente em uma razão para mudar, depois pensar em uma razão para não mudar, e depois parar de pensar a respeito”. Um sinal claro da ambivalência é o “mas” no meio da frase. É como se os argumentos de cada lado do “mas” se anulassem e nada muda. Reconhecer essa ambivalência no paciente, acompanhá-la e orientá-lo na mudança são muito importantes no processo de adesão. Também é importante reconhecer que a ambivalência não é totalmente racional, sendo importante o profissional estar sempre sintonizado nos sentimentos, interesses e crenças do cliente (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A prontidão para a mudança, baseada no modelo de Estágios de Mudança, proposto por Prochaska e DiClemente (1982), é composta por etapas:

1. Pré-contemplação: um estágio em que não há intenção de mudança, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento problema. De um modo geral, a pessoa neste estágio sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado “resistente” ou “em negação”. Por exemplo, no caso da atividade física, um critério para diagnóstico desta fase seria o

sedentarismo e a ausência de intenção de tornar-se ativo nos próximos 6 meses (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982);

2. **Contemplação:** caracteriza-se pela conscientização de que existe um problema, no entanto apresenta dificuldades para a ação da mudança. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita. É nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar. Ainda no caso da atividade física, um critério para diagnóstico desta fase seria o sedentarismo, mas pensando frequentemente em tornar-se ativo, provavelmente nos próximos 6 meses; (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982)
3. **Preparação:** a pessoa está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio aumentar a responsabilidade pela mudança, avaliar recursos disponíveis e elaborar um plano específico de ação (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982);
4. **Ação:** dá-se quando o sujeito escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido, usando o apoio como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar autoeficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982);
5. **Manutenção:** estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, é a estabilidade neste novo estado por anos. No processo de mudança, tradicionalmente, Manutenção é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer. O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida (SILVA, 2013);
6. **Recaída:** aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito. Muitas pessoas acabam recaindo e tendo que recomeçar o processo novamente. Nem sempre o recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas pessoas passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Em termos médicos, recaída seria a “recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora”. Adaptando esse conceito,

a recaída seria então uma retomada aos níveis anteriores do comportamento, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir o mesmo, ou apenas “o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo”. É importante encarar a recaída não como um fato isolado, mas sim como uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos. Da mesma forma, a recaída não pode ser encarada como um fracasso do indivíduo ou do profissional, e sim como parte do processo da mudança (SILVA, 2013).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório dentro de uma perspectiva qualitativa.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo é composta por usuários hipertensos, habitantes da área 12 atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Leonor Barreto Franco, localizada no bairro Cidade Nova, no município de Estância, Sergipe no período de outubro a dezembro de 2018.

Foram incluídos usuários com 40 anos ou mais de idade, cadastrados há pelo menos seis meses no programa HiperDia, capazes de compreender e responder verbalmente aos questionamentos realizados, fazendo tratamento medicamentoso ou não para controle da hipertensão, que concordaram em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando ciente da natureza da investigação e seus objetivos. Objetivando a participação de grupo com diferentes características, foram incluídos pacientes hipertensos de ambos os sexos e variados níveis de formação educacional, raça/cor, crenças religiosas e situação conjugal.

Foram excluídos usuários com diagnóstico de hipertensão secundária ou hipertensão gestacional. A qualquer momento do estudo, caso o paciente não quisesse participar, seria retirado sem quaisquer consequências para o usuário.

5.3 TAMANHO E FORMA DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de uma amostra não randômica, por conveniência. Foram realizadas 12 entrevistas. Selecionou-se aleatoriamente usuários com perfis distintos objetivando maior diversidade de respostas e de contribuições ao estudo. A coleta de dados foi encerrada após a saturação de informações semelhantes.

5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturado, com perguntas objetivas, demonstrado no Anexo A, que possibilitaram a expansão e liberdade da condução e construção do conhecimento. O roteiro de entrevista contendo sete perguntas objetivou explorar a experiência e impacto do diagnóstico e das mudanças no estilo de vida trazidas pela

hipertensão arterial, mudança do padrão de adesão no início do diagnóstico para os dias atuais, dificuldades de adesão ao tratamento, estratégias para levar a vida seguindo as recomendações médicas, recomendações a outros usuários na mesma condição e sugestão para o serviço de saúde para melhorar a adesão ao tratamento.

As entrevistas foram gravadas digitalmente e transcritas na íntegra para posterior análise. Como forma de não identificação dos sujeitos de pesquisa, adotou-se criar codinomes, a partir da letra “R” do alfabeto e, assim, respeitar o anonimato.

5.5 PLANO PARA CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Durante as consultas do programa HiperDia, os usuários foram selecionados para a entrevista a partir de dados inseridos em prontuário que demonstraram não adesão ao tratamento. Sedentarismo, abandono de reeducação alimentar, não aderência ao tratamento medicamentoso foram informações contidas em prontuário que selecionaram os usuários para a entrevista. Em caso de achado positivo, foi questionada a possibilidade de participação na pesquisa. Após sorteio com os usuários previamente selecionados, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o usuário foi dirigido a uma sala reservada, com a presença da pesquisadora para iniciar a entrevista. Inicialmente foram coletadas informações referentes à identificação, dados socioeconômicos e clínicos do entrevistado como nome, endereço, sexo, idade, raça, religião, situação conjugal, escolaridade, presença de renda própria e comorbidades. Os questionamentos foram realizados individualmente e, caso o paciente fosse acompanhado do cuidador, este se manteve fora da sala de entrevista.

Os usuários selecionados foram submetidos a orientações contidas no roteiro de entrevista, com esclarecimento sobre o objetivo do estudo e apresentação. Posteriormente, as perguntas foram realizadas de forma ampla e, de acordo com a resposta do participante, podendo ocorrer frases que estimulem a persistência da abordagem do assunto. Exemplo, “Conte mais sobre isso!”, “E como você se sentiu sobre isso?”, “Tem algo mais a me contar sobre esse assunto?”. As frases ampliaram a possibilidade de informações reveladas e aumentaram a profundidade do conhecimento fornecido pelo sujeito da pesquisa.

A entrevista foi encerrada com agradecimento à participação e questionamento sobre novas informações que poderiam ser adicionadas. Com a negativa, a entrevista foi encerrada. Foram entregues documentos referentes a esclarecimentos sobre a pesquisa e informações de contato com os responsáveis caso houvesse alguma dúvida ou danos.

Vale salientar que há consciência das limitações do presente estudo diante da possibilidade de viés de seleção e sentimento de intimidação das respostas relacionadas à influência da relação médico-paciente na adesão ao tratamento. A tendenciosidade das respostas é consequência do contato constante da entrevistadora com os usuários do campo de pesquisa relacionado.

5.6 PLANO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os relatos transcritos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo na perspectiva de Minayo *et al.* (2002), modalidade temática, por ser indicada para estudos de opiniões, atitudes, valores e tendências.

Para a operacionalização da técnica, a autora estabelece três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. A pré-análise que consiste na organização dos dados, com vistas a operacionalizar e sistematizar as primeiras ideias que irão nortear a estrutura de desenvolvimento das operações analíticas sucessivas; a exploração do material, que objetiva essencialmente realizar as operações de codificação e definição de categorias e consiste em um procedimento de conversão sistemática dos dados brutos coletados de forma a agrupá-los em unidades que descrevem as características mais pertinentes do conteúdo; e a fase de tratamento dos dados obtidos e interpretação, quando se realiza apresentação dos resultados, proposição de inferências e interpretações referentes aos objetivos previstos ou a descobertas inesperadas.

Sendo assim, após a transcrição das entrevistas pela entrevistadora, realizou-se a leitura de cada uma das entrevistas visando à organização do material e reconhecimento das ideias iniciais do texto. Na sequência, o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelo objetivo e referencial teórico, visando o desmembramento das unidades de registro, ou seja, a codificação que corresponde à transformação dos dados brutos do texto. Na fase de tratamento dos resultados, foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e pela fundamentação teórica, as quais permitiram tecer comparações e considerações sobre os dados encontrados.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas em pesquisa com seres humanos sob a CAAE 96876618.0.0000.5013.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados socioeconômicos que evidenciaram uma idade média de 62,8 anos entre os entrevistados, com extremos entre 45 e 73 anos de idade. A maioria dos entrevistados (75%) encontram-se aposentados. Segundo alguns relatos, os usuários mais jovens apresentam melhor adesão ao tratamento farmacológico (LAM; LUM; LEUNG, 2007), enquanto outros estudos afirmam que a idade jovem é um determinante de menor adesão à medicação hipotensora (TAVARES *et al.*, 2016; KAMRAN *et al.*, 2014; LEE *et al.*, 2013). Alguns pesquisadores também encontraram melhor adesão entre os pacientes idosos (BUSNELLO *et al.*, 2001; JANKOWSKA-POLAŃSKA *et al.*, 2017; BURNIER, 2006). A não adesão em pacientes mais jovens pode ser devido à falta de sintomas persistentes nos estágios iniciais da doença ou a preocupações com os efeitos colaterais dos medicamentos (JANKOWSKA-POLAŃSKA *et al.*, 2017).

Em relação ao sexo dos entrevistados, percebe-se uma maior presença das mulheres (75%) em relação aos homens (25%). Estes dados refletem uma maior disponibilidade das mulheres para comparecerem às consultas médicas e, conseqüentemente, participar das entrevistas propostas. Em relação ao estado civil, os hipertensos com companheiro aderiram mais ao tratamento já que 58,4% afirmaram ser casados, 25% são viúvos, divorciados e solteiros 8,3% cada. Em estudo realizado com idosos em um ambulatório de especialidades médicas em Vitória, Espírito Santo, verificou que ocorreu maior adesão ao tratamento entre os idosos que residiam com companheiro (HERMES *et al.*, 2018). Outro estudo indica que estar em um relacionamento não foi considerado como um fator significativo para aumentar a adesão (JANKOWSKA-POLAŃSKA *et al.*, 2017).

No que se refere à religião, nota-se um predomínio de católicos comparados aos evangélicos, 66,7% e 33,3% respectivamente. Estudos anteriores não comprovaram relação direta da orientação religiosa com a aderência ao tratamento (ÁLVAREZ *et al.*, 2016; BADANTA-ROMERO; DIEGO-CORDERO; RIVILLA-GARCIA, 2018). Um usuário estava desempregado, um com fonte de renda oriunda de pensão e apenas um era autônomo, mão de obra ativa. Usuários com o primeiro grau incompleto representaram 58,3%, sem escolaridade foram 33,3% e apenas um entrevistado (8,4%) possuía segundo grau completo. Observou-se, ao longo da entrevista, melhores evidências de disposição a melhorar a adesão ao tratamento com possíveis intervenções individualizadas no usuário com maior grau de instrução. Pesquisas ratificam que um baixo nível social, menor escolaridade e menor renda estão

associados a baixa adesão ao tratamento (TAVARES *et al.*, 2016; YACH *et al.*, 2004; BUSNELLO *et al.*, 2001).

No tocante às comorbidades, apenas um negou presença de outra patologia além da HAS. Os demais relataram a associação com pelo menos uma doença. Os mais citados são problemas ortopédicos e psiquiátricos, seguidos por patologias endocrinológicas. Houve o relato de um caso de AVE e impotência sexual. A presença de outras patologias associadas e seus tratamentos trazem a realidade do usuário a polifarmácia que está relacionada a baixa adesão (TAVARES *et al.*, 2016; LUO *et al.*, 2015). Outro ponto presente na associação de algumas patologias é a limitação física a realização de exercícios reduzindo a adesão ao tratamento não farmacológico e imperfeição no tratamento farmacológico por dificuldade de autoadministração da medicação (SCHULMAN-GREEN *et al.*, 2016).

No quadro 4 descreve-se o perfil dos usuários em relação ao nome fictício e as variáveis: sexo, idade, raça, religião, situação conjugal, escolaridade, presença de renda própria e comorbidades.

Quadro 4 - Caracterização do perfil dos usuários hipertensos entrevistados

Nome	Sexo	Idade	Raça	Religião	Situação Conjugal	Escolaridade	Fonte de renda	Comorbidades
Raimunda	F	66	Negra	Evangélica	Casada	Analfabeta	Aposentadoria	Artrose em joelhos, osteoporose
Ritinha	F	49	Negra	Evangélica	Casada	1ª série do ensino fundamental	Desempregada	Depressão
Roberto	M	58	Pardo	Evangélico	Casado	1ª série do ensino fundamental	Aposentadoria-acidente de trabalho	Impotência sexual, hérnia de disco lombar
Risoneide	F	60	Parda	Evangélica	Casada	3ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Fibromialgia, osteoporose, artrose, hipotireoidismo
Roberval	M	65	Pardo	Católico	Casado	5ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Problema de coluna
Rosalvo	M	73	Negro	Católico	Viúvo	Analfabeto	Aposentadoria	Nega
Ronalda	F	45	Negra	Católica	Casada	2º grau completo	Comerciante	Dislipidemia
Rosa	F	69	Negra	Católica	Solteira	3ª série do ensino fundamental	Pensão	Diabetes, depressão
Rosalina	F	66	Parda	Católica	Viúva	Analfabeta	Aposentadoria	Nega
Rosidete	F	66	Negra	Católica	Viúva	Analfabeta	Aposentadoria	Acidente Vascular Encefálico
Rosilda	F	69	Parda	Católica	Divorciada	1ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Depressão
Rosita	F	68	Branca	Católica	Casada	3ª série do ensino fundamental	Aposentadoria	Artrose

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Corroborando o achado da Organização Mundial de Saúde (2003), a depuração das falas dos usuários permitiu a visualização de algumas categorias que se referiam à influência de determinados elementos na adesão ao tratamento do indivíduo hipertenso: 1) Fator socioeconômico; 2) Serviço de saúde; 3) Doença; 4) Tratamento; 5) Aspectos veiculados ao Usuário; 6) Internalização do discurso profissional pelo usuário.

6.1 FATOR SOCIOECONÔMICO

A participação do fator socioeconômico na não adesão ao tratamento ocorre através de diversas vertentes, como demonstrado previamente no Quadro 1. A falta de rede de apoio social que suporte e facilite o tratamento a longo prazo da HAS foi um achado nas entrevistas realizadas. As demandas foram oriundas de idosas que, em grande parte do tempo, encontram-se sozinhas em seu domicílio. A fragilidade no cuidado foi demonstrada pelo relato de ausência de zelo pela saúde do entrevistado.

Não tem uma filha ou alguém mais nova do que eu para lembrar do remédio. Aí sou eu mesmo. (Risoneide, 60 anos)

A notória exiguidade de preocupação externa com os cuidados relativos à saúde da interlocutora não se restringe a familiares. A expressão “alguém mais nova” revela a possibilidade de cuidados oriundos de alguma vizinha, amiga ou alguém que preste serviços a ela. Há queixa da inexistência desse compromisso que poderia ser assumido pela comunidade, na ausência de familiares, e não o é realizado. Mello (2012) afirma que a responsabilidade do cuidado com a saúde não depende somente do próprio sujeito, mas sim da ajuda de seus parceiros de interação. Desta forma os diversos padrões de reconhecimento são condições intersubjetivas às quais precisaremos recorrer quando desejarmos explicar as condições e estrutura de bem-estar. Esta, por sua vez, inclui também o padrão de reconhecimento de uma solidariedade social, que só pode nascer das finalidades partilhadas em comum (MELLO, 2012).

Outro relato consternado é fornecido por uma entrevistada que se queixa diretamente dos familiares pelo descuido com sua saúde, principalmente de um ente familiar que reside no mesmo domicílio.

Morar, morar... Só tem uma neta que mora comigo. Mas, às vezes, ela me contrareia. Minha filha, ela é uma múmia. [...] Ela mora no quarto. [...] Ninguém se preocupa comigo, não. Eu cuido de mim! (Rosa, 69 anos)

O protesto por ajuda no autocuidado pode também ser interpretado como uma transposição de responsabilidade sobre o próprio cuidado com a saúde para o outro. Uma modalidade conhecida como locus de controle externo (BENNETT; MURPHY, 1999), onde as pessoas consideram que o seu estado de saúde não depende do seu próprio comportamento, mas de regras exteriores a si mesmo.

A presença de conflito familiar preexistente pode agravar-se com a vivência de uma patologia. Pode haver fragilização do suporte dos cuidadores e de responsabilidade perante o manejo da doença, influenciando negativamente na adesão ao tratamento (HERMES *et al.*, 2018). Revisão sistemática chinesa relata que morar sozinho foi negativamente associado ao desempenho geral do autocuidado para controle do DM e as estimativas agrupadas foram significativas (LUO *et al.*, 2015).

Em contrapartida, a participação ativa de membros da família parece ser uma maneira importante de mudar os fatores de risco do estilo de vida e aumentar a adesão ao tratamento. No período a seguir, observa-se o apoio do cônjuge e das filhas ao tratamento na forma de cobrança ao cumprimento das recomendações profissionais para o controle pressórico.

Meu marido e minhas filhas lembram. Eles falam: Já tomou o remédio? Lembram da dieta e exercício físico, como eu tô fazendo tratamento para pressão, ela lembra o dia de ir na médica. (Raimunda, 66 anos)

A assistência à adesão ao tratamento pode ser seletiva a um aspecto; seja ao tratamento farmacológico, seja ao não farmacológico; ou geral, como na frase anterior. No período seguinte, tem-se clara seletividade ao apoio familiar focado no tratamento não farmacológico.

Meu filho sabe que eu tenho pressão, mas não pega no meu pé. Ele pega mais com relação ao exercício. Se ele viu eu tomando um pouquinho de refrigerante, ele já reclama. [...] Se eu tô com coxinha ou um negócio, ele reclama. (Ronalda, 45 anos)

A seletividade do apoio à adesão terapêutica pode ocorrer apenas no segmento onde há falhas ou no setor em que o cuidador julga ser mais importante. A assistência mais focada pode ser um caminho alternativo para a adesão total em usuário que esteja apresentando falhas pontuais na adesão ao tratamento.

No tocante à relação familiar, uma interação parental saudável parece proporcionar segurança ao usuário e pode facilitar sua adaptação à doença; assim, ele obtém maior colaboração nas atividades de cuidado exigidas (HERMES *et al.*, 2018). Estudo relata que pacientes que recebem apoio social mantêm uma dieta saudável, tomam seus medicamentos

regularmente e são capazes de reconhecer os sintomas da exacerbação da doença (JANKOWSKA-POLAŃSKA *et al.*, 2017).

A inclusão de relatos que citam a influência da família e da comunidade na adesão ao tratamento foi a mais constante, aparecendo em todas as entrevistas. Outro ponto bastante importante contido na Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (ALVES, 2012; OGDEN, 2004) são as Normas Subjetivas que são exercidas, com maior potencial, por pessoas com maiores influência e convívio, em geral, familiares, amigos e vizinhos. Já no MCS (ALVES, 2012), a importância da família e comunidade na adesão ao tratamento é classificada com Estímulo Desencadeador Externo, onde alguns estímulos que provocam o processo de tomada de decisão podem ser oriundos da influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação, etc.

No tocante ao fator econômico, a adesão terapêutica é amplamente influenciada, seja em relação ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso. Com a dependência do sistema previdenciário para garantir a maior parte da fonte de renda dos entrevistados associada à necessidade de sustento ou de auxílio familiar, grande parte dos entrevistados depende exclusivamente do SUS e seus programas, Farmácia Popular, Aqui tem Farmácia e Farmácia Básica, para garantir o controle da HAS. Relatos acerca da dificuldade de aquisição das medicações usadas e distância da residência à Farmácia Básica Municipal ou às principais farmácias privadas do município vinculadas à rede Aqui tem Farmácia foram citados como principais empecilhos à adesão ao tratamento.

De graça é melhor que às vezes eu não tenho dinheiro. [...] Era mais fácil aqui mesmo. Pegando no posto. Ia vir mais a consulta, já tava aqui mesmo. Melhor ainda era levar em casa. Mas é bom vir para a consulta. (Rosalina, 66 anos)

O recurso econômico, neste caso a ausência ou a escassez dele, está operando como fator não motivacional que atrapalha a adesão ao tratamento da HAS. Apesar do desejo e disposição do usuário em fazer uso da medicação ou de realizar a mudança do estilo de vida (MEV), o fator não motivacional restringe o controle comportamental percebido pelo usuário a um controle comportamental real limitado pela possibilidade disponível (JANNUZZI *et al.*, 2014).

Eu queria que esse medicamento eu pegasse todo. Quando a gente tá com o dinheiro, compra. Mas quando falta para arrumar dinheiro... faz o quê? (Roberto, 58 anos)

- Em contrapartida, surgiram narrativas que afirmaram a ausência de incômodo em adquirir as medicações desembolsando uma pequena parcela da sua renda.

Dinheiro pouco, é melhor pagar. Eu não me incomodo de pagar. Eu não. Não é dinheiro de fazer uma feira. É 2,3 reais. 5 reais. (Rosalvo, 73 anos)

Não tô vindo, pois o remédio é barato e eu prefiro comprar a tá todo dia aqui enjoando [importunando]. (Rosalina, 66 anos)

Infere-se como desconforto maior a necessidade de ir cedo à unidade de saúde em busca de consulta médica, receita e deslocar-se em busca de medicação que pode não ser encontrada na farmácia municipal. Apesar de estudos (TAVARES *et al.*, 2016; SINNOTT *et al.*, 2013) afirmarem que a necessidade de pagamento para aquisição das medicações prescritas ser um fator limitante à adesão terapêutica.

Além da medicação, o descumprimento de orientações relacionadas a MEV também é apontado como consequência das dificuldades econômicas enfrentadas pelos usuários. A reeducação alimentar é o componente mais prejudicado pela baixa renda, de acordo com as entrevistas.

É difícil fazer dieta sem gastar muito. Só as comidas de dieta é mais caro. Arroz, óleo, manteiga, tudo que for de dieta fica mais caro. O exercício eles não puxam, não, pois eu não posso pela doença dos ossos. (Raimunda, 66 anos)

A situação financeira mesmo. Não pode estar comprando medicação, fruta, verdura, que o bom é isso aí. É fruta, verdura, bastante salada [...] A alimentação saudável é mais cara que a que eu como, com certeza. (Ritinha, 49 anos)

Minha dieta, eu faço [elaboro]... Como o pobre não pode fazer dieta mesmo, eu como farinha, arroz, feijão, macarrão... (Rosidete, 66 anos)

Apesar da existência de atendimentos com a profissional graduada em Nutrição na própria UBS, o usuário constantemente alega conhecimento sobre o assunto e justifica que pode realizar a reeducação alimentar sozinho. Adequações ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso acontecem como mecanismo para burlar os fatores não motivacionais ou para tapear a supervisão profissional. Estudos mostram que um dos fatores importantes na adesão é o acesso ao medicamento e o acompanhamento da equipe multiprofissional contínuo (TAVARES *et al.*, 2016; SINNOTT *et al.*, 2013; MANSOUR; MONTEIRO; LUIZ, 2016).

6.2 SERVIÇO DE SAÚDE

Existe a percepção da presença de viés nas entrevistas realizadas no tocante a relação médico-paciente resultante da presença da profissional médica responsável pela pesquisa ser a médica responsável pelo atendimento dos usuários entrevistados. Hipoteticamente houve a seleção de relatos favoráveis a relação médico-paciente, nas palavras dos entrevistados, contemplando tímidas críticas ao serviço de saúde e à atuação da profissional médica em questão.

Apesar das limitações descritas, existiram relatos de não adesão devido à atuação do sistema de saúde local. Sujeito da pesquisa salienta não concordar com o intervalo entre as consultas, alegando necessidade de acompanhamento mais próximo daquele paciente não aderente. As consultas têm um intervalo de três meses para usuários hipertensos não controlados e seis meses para usuários com a hipertensão controlada.

Tá difícil chegar para a consulta. Que agora mesmo a senhora me deu uma receita para eu voltar em janeiro. Janeiro, né?! Essas pessoas justamente que não tomam o medicamento para voltar em janeiro. Esses batimentos vai aumentando mais, vai aumentando mais. (Ronalda, 45 anos)

Afora o esforço para um melhor seguimento de todos os usuários hipertensos e manejo na capacidade dos agendamentos, a entrevistada sugeriu maior proximidade das consultas dos usuários hipertensos não aderentes, conseqüentemente, com pressão arterial não controlada. Isso é relevante porque, de acordo com Barreto *et al.* (2018), aqueles que não utilizam as consultas médicas tiveram maior chance de não aderir à farmacoterapia e de apresentar descontrole pressórico. No estudo de Legido-Quigley *et al.* (2019), embora houvesse poucos relatos de médicos mostrando uma atitude familiar e atenciosa, a maioria dos pacientes se queixou de que não havia tempo para se relacionar com o profissional de saúde. Os pacientes também relataram falta de continuidade de cuidados e acompanhamento com os profissionais que lhes prescreveram medicamentos (LEGIDO-QUIGLEY *et al.*, 2019).

Anteriormente citado como fator socioeconômico, outro assunto bastante pontuado nas entrevistas realizadas foi a solicitação de uma farmácia no posto ou mais próxima à UBS que disponibilizasse as medicações contidas na lista de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Bom se tivesse uma farmácia mais perto. Eu mesmo quando saio daqui eu tenho que ir pro centro que aqui não despacha. Tinha uma que era a farmácia Alagoas, mas saiu. Quando essa saiu, eu fiquei pegando lá no centro. (Rosilda, 69 anos)

Sair do posto com a receita, para melhorar o acesso à medicação, só se tivesse uma farmácia no posto. Porque sai daqui, a farmácia tá aqui liberando a medicação. Fica mais fácil. (Roberto, 58 anos)

Se os deputados, vereadores, gente que tem dinheiro pudesse fazer uma farmácia aqui no posto para a gente seria bom. Para a gente não se deslocar para o SESP. Ficava melhor, né? (Risoneide, 60 anos)

A dificuldade de se deslocar para a área central do município, onde fica a Farmácia Municipal que distribui medicações de forma gratuita, foi um empecilho abordado pelos interlocutores. A possibilidade de sair da consulta médica com os remédios em mãos foi levantada como fator que descomplicaria a adesão terapêutica. O reforço das recomendações feitas em consultório médico poderia ser oferecido pelo profissional de Farmácia ou de Enfermagem. Além da ratificação das orientações, a proximidade do domicílio contribuiria para a melhora da aderência ao tratamento. Estudo de Maimaris *et al.* (2013) relatou uma moderada associação positiva entre uma menor distância de viagem para uma unidade de saúde e adesão à medicação anti-hipertensiva em comparação a adesão medicamentosa àqueles com tempo de viagem para unidades de saúde de menos de 30 minutos versus tempo de viagem maior que 30 minutos.

Identificou-se nos relatos a presença do profissional de saúde por um período mais prolongado, acompanhando o tratamento e coordenando o cuidado. Houve o reconhecimento do médico da Unidade Básica de Saúde como primeiro contato com o serviço de saúde. Esses foram assimilados como fatores facilitadores à aderência terapêutica.

Antes para eu vir para médico, aqui era a maior dificuldade do mundo. Não tinha esse cuidado que a senhora tem de toda quinta. Tem aqueles cuidados com a gente que somos hipertensos, que toma remédio controlada. Não existia isso. Então sofria. (Ritinha, 49 anos)

Médico aqui eu procuro você. [...] É tanto que eu só procuro você com essa marcação que a senhora me deu. Para ter mais facilidade. Marcado é melhor. (Roberto, 58 anos)

A longitudinalidade, o primeiro contato e a coordenação do cuidado se mostraram presente no relato dos entrevistados supracitados. Uma grande associação positiva foi relatada entre ter um médico de rotina para o tratamento da HAS e a presença de conscientização, controle e adesão ao tratamento anti-hipertensivo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002). Esse achado é consistente com uma recente revisão sistemática do efeito de uma fonte habitual de cuidado, mostrando uma associação com melhores serviços preventivos e controle de doenças crônicas (LEGIDO-QUIGLEY *et al.*, 2019).

6.3 DOENÇA

A HAS é uma patologia assintomática por longo período até que, se não tratada adequadamente, as complicações decorrentes da doença surjam. Relatos dos participantes ratificam a afirmação.

Sinto quando a minha pressão, ela tá 16,17, até aí eu não tô sentindo nada. (Ritinha, 49 anos)

Minha pressão não me atrapalha em nada. (Rosita, 68 anos)

Entrevistados informaram que não sentem nada e que não são atrapalhados pela doença por mais que tenham de tomar os medicamentos de forma continuada. Em estudo realizado em três países subdesenvolvidos (LEGIDO-QUIGLEY *et al.*, 2019), os pacientes relataram não apresentar nenhum sintoma antes de serem diagnosticados. Relatos foram coerentes com a literatura vigente e demonstraram ausência de sintomas ou ausência de incômodos após o diagnóstico.

Devido à ausência de manifestações, vários entrevistados referiram que abandonam o tratamento. Há narrativas de retomada após uma crise hipertensiva, alguma complicação decorrente da HAS ou devido a outro problema de saúde em que o monitoramento da pressão se fez presente.

Eu passei um tempo sem tomar o remédio. Eu deixei mesmo, eu disse eu não vou ficar minha vida inteira tomando medicação. Mas aí foi quando eu tive o pré enfarte. Eu já tive 2 vezes. (Rosa, 69 anos)

A ausência de sintomas pode levar o sujeito ao julgamento de tratamento, onde o paciente recebe a receita da medicação e começa a realizar o tratamento recomendado, porém opta por descontinuar a medicação após uma ou algumas doses antes de receber nova prescrição. Pode existir também a aceitação parcial do tratamento na qual o paciente começa a seguir o tratamento recomendado e continua o tratamento de forma ativa por um período prolongado, no entanto o paciente ajusta a dosagem ou horário por estar assintomático (GEARING *et al.*, 2011). Isso se explica pelo fato de que, antes de se descobrirem hipertensos, esses pacientes tinham suas vidas livres de cuidados e do uso de medicamentos (AYRES *et al.*, 1999). O sonho de possível cura e a pouca informação sobre a patologia podem ser mecanismos que reforçam os comportamentos de adesão parcial (TAVARES *et al.*, 2016).

A presença de sintomas na HAS acontece quando nos deparamos com níveis pressóricos mais altos ou quando há complicações ou eventos cardiovasculares. Quando relatados, os sintomas foram atribuídos ou não à hipertensão. Eles incluíam dor de cabeça, tontura, ânsia de vômito, parestesias, sensação de embriaguez, sonolência, falta de ar, palpitações, fadiga.

Quando eu tô sentindo ânsia de vômito, a cabeça inchando, aquela comichão no rosto e tonta. Fico que nem tô beba mesmo. Aí eu sei que ela já tá muito alta. (Ritinha, 49 anos)

Às vezes eu esqueço de tomar o remédio, aí eu sinto dor de cabeça assim. Aí eu tomo e passa. A vida toda [a pressão arterial] é doida [descontrolada]. Eu sinto a pressão até quando eu desejo a mulher [libido]. Aí minha cabeça dói. Aí quando eu vou medir a pressão, está alta. (Roberto, 58 anos)

Sentia uma agonia, tomando o fôlego, sentia muito minhas mãos formigando e assim falta de ar. (Rosita, 68 anos)

Se presentes, os sintomas atuam como um estímulo desencadeador interno, de acordo com o MCS. Pode representar um fator estimulante para que o indivíduo venha a adotar o comportamento acertado. Entretanto a presença do sintoma não é fator determinante para a adesão e, sim, fator contributivo. Há necessidade da adição de preocupação para com a saúde e confiança em sua capacidade de executar a ação recomendada (OGDEN, 2004).

A severidade do problema de saúde, a experiência de tal situação em ente querido e a noção de susceptibilidade também foram citadas no estudo. Agravado pela experiência de evento cardiovascular prévio em um dos cônjuges, a relação de cuidado e vigilância torna-se mais intensa.

Aí o X [nome do cônjuge] faz assim: Vai tomar o remédio! Então eu fico nervosa, aí às vezes eu passei do horário, aí eu tomo. Ele me lembra de tomar. [...] Eu ajudo ele, ele me ajuda. Eu tenho medo porque ele já enfartou. Foi uma experiência muito ruim. (Rosita, 68 anos)

Corroborando as afirmativas presentes em MCS, TCP e TSC, há a necessidade de reconhecimento da condição de saúde, de sua susceptibilidade e, de forma mais importante, da convicção de sua capacidade de executar a ação recomendada para haver adesão correta (ALVES, 2012; ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER, 1988; BANDURA, 1989).

Durante as entrevistas houve relatos de associação do aumento pressórico com outras patologias. Algumas doenças podem realmente desencadear um aumento pressórico secundário, entretanto casos de hipertensão arterial secundária foram eleitos como critérios de

exclusão e não participaram do estudo. As narrativas contidas abaixo são conexões estabelecidas pelo próprio usuário e descrevem relação de causa e efeito.

Tava com a tireoide acelerada, a pressão estava aumentada. (Risoneide, 60 anos)

Então me levaram para o médico e o médico descobriu que era depressão e eu já estava no fundo do poço. Aí quando foram, chegou, olharam minha pressão e a pressão estava muito alta. (Rosa, 69 anos)

Em estudo realizado em três países houve relatos limitados sobre o que os pacientes acreditavam ser as causas da hipertensão, no entanto, alguns pacientes em Bangladesh e no Paquistão relataram que o trabalho de parto e situações estressantes eram considerados fatores importantes. Vários relatos também foram fornecidos de eventos estressantes, incluindo brigas entre os membros da família ou a morte de crianças como possíveis gatilhos para o desenvolvimento de hipertensão (LEGIDO-QUIGLEY *et al.*, 2019).

6.4 TRATAMENTO

O surgimento de efeitos colaterais oriundos de medicações prescritas para controlar uma doença assintomática potencializa a possibilidade de não adesão ao tratamento. O entrevistado relatou que abandonou o tratamento devido a efeitos indesejáveis provocados pelos fármacos.

Eu deixei, pois, passaram os comprimidos aqui, da derradeira vez que eu tomava. Aí eu comecei a tomar, aí o estômago ficava alto, doendo. [...] Aí eu parei e desde então não tomo os comprimidos. Nunca mais medi a pressão. (Rosidete, 66 anos)

Após a entrevista, foi orientado o uso de nova droga anti-hipertensiva com o objetivo de controle pressórico através da utilização contínua do medicamento e da busca de estilo de vida mais saudável. Há os casos em que os pacientes se sentem doentes justamente depois de iniciado o tratamento anti-hipertensivo. Quando se refere a tratamentos de uso contínuo, não se pode esquecer a questão dos efeitos adversos dos medicamentos como um motivo importante para o abandono do tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; JANKOWSKA-POLAŃSKA *et al.*, 2017).

Um segundo ponto relatado que impacta na adesão ao tratamento são as adequações realizadas pelo usuário ao tratamento instituído. Relatos de aumento da dose da medicação ou mudanças nos horários de ingestão do medicamento foram encontrados.

Quando falta a medicação, eu pego emprestado da vizinha. Eu já precisei comprar a medicação. Já aumentei a medicação. (Raimunda, 66 anos)

Só o comprimido de pressão, que está no papel, é 1 pela manhã e outro pela noite. Mas eu prefiro tomar os dois pela manhã. Prefiro num horário só. Agora aquele remédio que antigamente eu tomava para fazer xixi, hoje eu tomo ele e é mesmo que nada. É tanto que na receita é para eu tomar um. Eu tomo dois. Eu tomo dois e não vê mudança, não. (Roberto, 58 anos)

A adaptação instituída pode ser uma tentativa de personalizar o tratamento às condições impostas ao interlocutor. O aumento da dose objetiva normalizar a pressão descompensada por diversos fatores: alimentação, estresse emocional, não administração de medicamentos. A automedicação é um acontecimento presente na pesquisa de Mendes et al e corrobora o achado do atual estudo (MENDES; LUIZA; CAMPOS, 2014).

A terceira exposição contemplou o uso de tratamentos alternativos, sucos e chás, para controle dos níveis pressóricos. O emprego de recursos naturais baseado no conhecimento empírico e senso comum fez parte das entrevistas.

O que eu tinha de suco de coisa que o povo ensinava, eu fazia [...] (Ritinha, 49 anos).

[...] fiz um suco de chuchu que me ensinaram. Melhorou um pouco. (Roberval, 65 anos)

Às vezes eu tomo de manhã, às vezes eu tô assim, aí eu faço um chá de capim santo com erva cidreira, com canela e cavaca para não dar dor no estômago. Alterno. (Rosilda, 69 anos)

A não aceitação da cronicidade da patologia e ignorância a respeito do mecanismo farmacológico das medicações levam o interlocutor a variar ou adaptar os tratamentos, alternando ou substituindo por recursos naturais facilmente disponíveis. Resultado semelhante foi encontrado por Mochel *et al.* (2007), onde encontrou-se uso acentuado de medicações caseiras. Em sua pesquisa houve uma predominância de uso de chá de ervas diversas, seguido pelo alho sob a forma crua, de chá ou de suco e, posteriormente, de outras formas caseiras, como sucos e frutas frescas (MOCHEL *et al.*, 2007).

6.5 ASPECTOS VEICULADOS AO USUÁRIO

A falta de conhecimento e as crenças erradas acerca da origem, fatores agravantes e consequências do descontrole da HAS afetam a adesão ao tratamento. Muitos entrevistados, por desconhecimento sobre a fisiopatologia da HAS ou por crenças instauradas previamente, acreditam que a HAS é uma consequência de quadro psiquiátrico depressivo.

A pressão teve interferência na depressão. [...] Tem dias que tá alta e tudo, mas é por causa das minhas lutas e tudo. Mas se eu tivesse uma vida controlada... [...] Eu acho que minha pressão é mais pelo estresse. (Ritinha, 49 anos)

A presença de sintomas depressivos no usuário hipertenso se mostrou um fator limitante ao controle pressórico e conseqüentemente à adesão ao tratamento. A deficiência no autocuidado durante os quadros depressivos e difícil controle de fatores estressantes tornam a aderência terapêutica insatisfatória. Estudo examinou a associação entre sintomas depressivos e comportamentos de autocuidado para controle do DM. Houve uma forte associação consistente do aumento do nível de sintomas depressivos relacionado a piores comportamentos do autocuidado para controle do DM, cuidados com os pés e modificação da dieta (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Eu antes quando eu descobri fiquei apavorada, né? Pressão alta, vou morrer. Vou morrer. (Ritinha, 49 anos)

Além da relação de causa e efeito que os usuários atribuem a Saúde Mental, ela também interfere na compreensão da patologia. Entender e aceitar a HAS proporciona um melhor controle pressórico. O entendimento que a HAS não é a certeza do fim da vida pode devolver ao usuário o Controle Percebido e oferecer oportunidades de controle das rédeas do seu estado de saúde.⁷⁷

Eu não acho que pessoa que tem pressão é normal. É nervoso. Pessoa que tem pressão alta é nervoso e aumenta na hora. Porque se você tiver raiva, fica nervoso, agita o coração e aumenta na hora. Através disso. (Roberval, 65 anos)

A percepção da ameaça de um problema de saúde, ou seja, sua suscetibilidade interfere diretamente em sua qualidade de vida, adesão e em sua saúde. As crenças básicas podem distorcer o correto cuidado ou reforçar atitudes que privilegiam a saúde do paciente. Entender a carga de credos que vem junto com o usuário, desmistificar paradigmas e dúvidas e elucidar conflitos entre crenças pessoais e ciência devem nortear o primeiro contato do doente com a doença. Assim, desde o início, a probabilidade de adesão completa será maior.

Usuários podem escolher não seguir as recomendações, seja por falta de informação quanto às causas e conseqüências, métodos de controle e cronicidade da condição. Os entrevistados exemplificaram suas escolhas nos relatos a seguir.

Eu não tive dificuldade de tomar o comprimido, é relaxamento. [risos] Não esqueço a medicação, nunca falta. Vou trabalhar, a medicação no bolso. Qualquer coisinha se alterar, eu tomo meu comprimido. (Rosalvo, 73 anos)

Corroborando com os achados desta pesquisa, estudos sugestionam que indivíduos com estratégias de enfrentamento negativas, como evitação ou resignação, podem não estar dispostos a seguir as recomendações do coordenador do cuidado (LUO *et al.*, 2015).

Só se vê o povo dizendo “eu tenho pressão, eu tenho pressão”. É quase todo mundo. Mas isso é do tempo mesmo. Que a gente se pegou nisso, também a medicina está aumentando. Qualquer coisinha, já descobre uma doença, porque antigamente não existia. (Rosalvo, 73 anos)

A incredulidade no preciso diagnóstico, presente na narrativa acima, faz com que usuários com menos informação sobre a patologia elaborem hipóteses sobre a hipersensibilidade do diagnóstico da HAS e desconfiem da real necessidade de zelo à saúde com tais condições rotuladas como patológicas. A ampliação ao acesso aos serviços de saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família, a abordagem mais integral e foco nos grupos prioritários contribuem para a expansão do número de usuários diagnosticados e tratados. A atuação dos profissionais reforçando a educação em saúde mune o usuário de responsabilidade pelo autocuidado e replica o “olhar clínico” que pode orientar “aquele que não quer ver” a procurar a Unidade de Saúde (NUNES, 2017).

Quase todos os participantes demonstraram medo ou incerteza dos seus diagnósticos.

Eu tenho medo porque ele já enfartou. Foi uma experiência muito ruim. (Rosita, 68 anos)

Não saía de casa, porque minha pressão é braba mesmo. Tinha medo de sair de casa, dar uma tontice e cair. (Ritinha, 49 anos)

Eu tenho mais cuidado, tenho aquela preocupação. Cuidado de tomar o remédio. Que eu tenho medo, né? (Roberto, 58 anos)

Tenho medo do colesterol e tenho medo da diabetes, que morro de medo mais é isso. (Ronalda, 45 anos)

Logo de começo, deixei de andar só. Pois dava tontura, aí eu tinha medo de cair. (Rosalina, 66 anos)

Me dá uma tontiça. Medo de cair. (Rosidete, 66 anos)

O medo foi, em alguns casos, cabido a uma ideia ou situação particular, por exemplo, ser acometido por um ataque cardíaco ou sofrer efeitos indesejados da medicação. Em outros casos, o medo poderia surgir a partir da divergência de se sentir saudável, mas estar ciente dos

possíveis riscos a longo prazo e efeitos indesejados dos medicamentos. Pacientes que não estão cientes de seu medo, às vezes, tentaram evitar falar sobre possíveis consequências ou relacionam experiências de outras pessoas. Por exemplo, um parente com hipertensão que age contra o conselho médico, recusando-se a tomar comprimidos e ainda se sente bem. Isso pode causar incerteza da própria situação e da recomendação médica (MARX *et al.*, 2011).

A análise expôs vários fenômenos que foram relevantes para todos os pacientes, incluindo medo, ignorância, relutância em perguntar ao médico, e impacto da experiência de adoecer. Os fenômenos citados se inter-relacionam frequentemente no dia a dia dos pacientes (RIBEIRO *et al.*, 2012).

6.6 INTERNALIZAÇÃO DO DISCURSO PROFISSIONAL PELO USUÁRIO

Com o advento da educação em saúde pelos profissionais da área e a popularização do conhecimento médico através de programas de televisão, rádio ou até internet, o saber transbordou o ambiente escolar e universitário e adentrou as cabeças e ouvidos receptivos. Além do conhecimento, outras práticas médicas também foram assimiladas. A culpabilização do próximo por não seguir as recomendações, a limitação do indivíduo e a incapacidade de mudar são exemplos encontrados durante as entrevistas realizadas.

Não é para beneficiar vocês [médicos]. Então se vocês estão dando aquela [...] lição para a gente se conscientizar, está tudo bem. Não acho que falta informação, pois tem gente que tem a cabeça muito dura, só batendo com um martelo. Não é culpa de vocês. (Rosa, 69 anos)

Em uma relação baseada em orientação e ação, a culpa sendo eximida do profissional de saúde recai apenas no usuário não aderente. Menospreza-se todos os motivos possíveis para aquele comportamento. A bagagem de crenças, situação econômica, apoio social, tudo é rechaçado a uma relação paternalista onde o que é ordenado deve ser realizado. Com a implantação do SUS e da ESF, houve um incremento à substituição progressiva do modelo tecnicista, verticalizado, hospitalocêntrico e pautado na figura do médico vigente desde então. A política de reorientação do modelo de atenção não é suficiente para uma transformação efetiva das práticas cotidianas de saúde (TOSIN, 2017).

Logo abaixo, o relato em primeira pessoa reconhece sua baixa capacidade de executar a ação recomendada, ou seja, apresenta reduzida autoeficácia que limita a sua motivação para desempenhar o comportamento em saúde prescrito. O adjetivo “teimosa” é o destaque do período acima, apesar das diversas interpretações. A teimosia é definida como obstinação,

persistência, insistência, um atributo daquele que não desiste fácil. Entretanto a teimosia pode ser sinônimo de pirraça, implicância, que conota um tom desfavorável à frase.

Eu gosto de comer feijoada. Eu gosto de comer mocotó. E eu sou teimosa, eu como! (Rosita, 68 anos)

Pirraça ou implicância talvez não sejam os melhores sinônimos da palavra citada pela entrevistada. O domínio de suas atitudes no tocante a execução das ações recomendadas, quando trabalhado com as devidas ferramentas e de forma correta, pode reverter ou minimizar a não adesão ao tratamento. A terapia cognitivo-comportamental ou o psicodrama podem ser utilizados com tal finalidade. A educação em saúde fornece meios de empoderamento do saber e da autocrítica com posterior tomada de decisões mais respaldadas.

Há usuários, que devido a presença de hábitos culturais difíceis de serem modificados, falta de informação, dificuldade de acesso a alimentação saudável ou falta de tempo para executar os comportamentos recomendados não conhecem outro jeito melhor de lidar com a mudanças impostas e delimitam o fim das suas vidas às consequências de suas atitudes sem capacidade de mudança. Perfil esse definido pela limitação do indivíduo a não possibilidade de mudança real caracterizada pela ausência de consciência da responsabilidade no autocuidado e, constantemente, pela responsabilização exclusiva do profissional de saúde aos resultados. A representação desse comportamento pode ser identificada e julgada por profissionais de saúde e por outros usuários. O comportamento passivo diante de um aconselhamento profissional foi relatado em entrevista como limitador da adesão (BENNETT; MURPHY, 1999).

O difícil é a pessoa entender que os medicamentos, exercícios físicos, a dieta, tudo é para nos beneficiar. [...] Tem pessoas que não tem jeito! Só tem jeito quando tiver na cama do hospital. [...] Eu aconselho demais os cabeças-duras, mas tá ali morrendo! (Rosa, 69 anos)

Os pontos abordados acima retratam de formas diferentes o julgamento do indivíduo sobre a capacidade dos outros usuários não aderentes. Lembrando que os usuários selecionados para as entrevistas também apresentam atitudes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo proposto, colocando-os no mesmo patamar de adesão. Isso evidencia a ambivalência presente no processo de adesão. A experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes é exemplificado na situação entre alvejar o próximo com julgamentos e colocar-se em seu lugar acompanhando e apoiando a mudança (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Percebe-se também o papel passivo perante o discurso profissional nos relatos fornecidos em entrevistas. Quando questionados sobre “O que o(a) senhor(a) recomendaria que outras pessoas fizessem para seguir o tratamento anti-hipertensivo da forma correta?”, um entrevistado respondeu de forma intempestiva:

Aconselho a tomar no momento certo. Não aconselho, pois não tenho estudo para isso. Isso fica para você que é a médica. (Raimunda, 66 anos)

O questionamento que buscava obter os mecanismos que os usuários não aderentes usam para facilitar a adesão serviu para evidenciar a zona de conforto. A pergunta também visava uma oportunidade de corrigir crenças incorretas que poderiam ser reparadas. Alguns entrevistados não souberam responder ou responderam de forma direta que recomendariam tomar a medicação. No relato anterior, a relação paternalista e a hierarquia sacerdotal entre médico e pacientes foram expostas de forma simples e direta (TOSIN, 2017).

Existem também pessoas que consideram que o seu estado de saúde depende de terceiros, como profissionais de saúde ou outras pessoas. Tal crença pode ser mais prevalente em condições socioeconômicas e níveis de escolaridade mais baixas, seriam os usuários com dimensão de figuras de autoridade (BENNETT; MURPHY, 1999). A limitação da responsabilidade da adesão e dos resultados do tratamento ao profissional, a tentativa de não interferir no trabalho alheio, o receio de quebrar o vínculo com alguma sugestão diferente da praticada ou até a manutenção na zona conforto fazem com que essa frase seja bastante representativa.

Outro exemplo de passividade em relação à adesão ao tratamento é a limitação das consequências à vontade divina. Dispensa-se a obrigação do autocuidado e delega-se total capacidade de controle às figuras de autoridades como Deus e entidades ou representantes religiosos ou espirituais.

Eu penso que minha pressão está boa. Vou andando devagarzinho até onde Deus quiser. (Rosalvo, 73 anos)

Nas frases descritas, analisando o comportamento de acordo com a teoria proposta por Rosenstock, Strecher e Becker (1988) no Modelo de Crenças em Saúde (MCS), observa-se a baixa motivação para saúde e baixo controle percebido. Os relatos descrevem uma baixa convicção das próprias capacidades do usuário de executar a ação recomendada e uma baixa preocupação com a sua saúde, em detrimento da presença de enfoque em figuras de autoridade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esse estudo, constata-se que a sua realização possibilitou adentrar de forma mais individualizada as dificuldades, crenças ou hábitos que levam a não adesão ao tratamento do usuário hipertenso. Desmistificar e esclarecer ideias pré-concebidas sobre a adesão foi um grande ganho da pesquisa.

Apesar dos participantes desta pesquisa terem sido indicados como não aderentes pela equipe de saúde, eles tendem a não se considerar como tal. Alguns deles assumem que eventualmente, ao longo do tratamento, não seguiram as orientações do uso da medicação ou o seguimento da dieta como deveriam, mas atualmente alguns afirmam que o fazem. Outros admitem não seguir a dieta ou faltar à consulta por algum motivo justificável, o que ao ver dos profissionais caracteriza não adesão.

Durante a entrevista, ao questionar sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo, suscita-se a inserção de novos hábitos no cotidiano do sujeito. Hábitos como tomar a medicação no horário, alimentar-se no período correto, seguir a dieta e realizar atividade física parecem ganhar um novo sentido e, dessa forma, serem integrados à realidade de cada paciente.

De qualquer forma, ao falar de adesão, deve-se levar em consideração a subjetividade do sujeito que faz com que cada indivíduo, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, tenha um comportamento muito próprio em relação a sua representação da palavra adoecer. Isso reflete na forma como esse indivíduo manifesta-se quando são abordadas essas questões.

Assim, observa-se que os usuários não aderentes apresentam motivos relacionais para o comportamento que se instala. Dentre eles, os fatores socioeconômicos são os mais prevalentes entre os entrevistados, sendo que a disfunção familiar foi a mais mencionada entre os fatores que dificultam a adesão.

No tocante ao serviço de saúde, surgiu como fator limitante a distância percorrida em busca da distribuição gratuita da medicação e o espaço temporal entre as consultas de retorno dos pacientes hipertensos não controlados. A ausência de sintomas e a associação com outras patologias configuraram fatores relacionados à doença.

O surgimento de efeitos colaterais após a introdução do medicamento anti-hipertensivo e a falta de informação sobre a patologia também contribuíram para a permanência da não aderência terapêutica entre os entrevistados.

A experiência desta análise aponta que o caminho não é somente educar o paciente e prescrever a melhor terapia, mas iniciar uma abordagem terapêutica que inclua uma negociação sobre o tratamento e o seu seguimento, partindo das concepções que o paciente tem a respeito da sua doença. Vale ressaltar que, com isso, não se está negando o conhecimento técnico ou se abandonando as convicções profissionais. O que se propõe é o estabelecimento de uma parceria entre usuários e profissionais de saúde, cujo propósito maior é o controle adequado da HAS e uma redução nas suas complicações.

Nesse sentido, o estudo procura buscar subsídios teóricos para ações de toda a equipe como modelo singular de enfrentamento de cada indivíduo, visando aspectos biológico, psicológico e social. Isso quer dizer, medindo o entendimento do significado das mudanças para o controle da HAS ofertando novos modos de viver ao usuário hipertenso.

Este estudo deve despertar novos olhares mais holísticos sobre a adesão ao tratamento e gerar novas discussões e, apontar caminhos para novas investigações, com implicações teóricas e gerenciais, acerca do modelo de enfrentamento de cada indivíduo. Aprofundar na investigação particular de cada caso de usuário não aderente pode revelar-se uma importante contribuição para a melhora dos resultados clínicos dos tratamentos instituídos. Reaplicar o estudo ao longo do tempo na mesma ou em outra amostra seria também de grande utilidade, uma vez que possibilitaria verificar algumas mudanças na estrutura de percepções.

REFERÊNCIAS

- AFFLECK, G. *et al.* Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. **Journal of Personality and Soc Psychol.**, v. 53, n. 2, p. 273-279, 1987.
- AJZEN, I. The theory of planned behavior. *In:* LANGE, P. A. M.; KRUGLANSKI, A. W.; HIGGINS, E. T. (ed.) **Handbook of theories of social psychology**. London: Sage, 2012. p. 438-459.
- AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Org Behav Hum Dacis Process**, v. 50, p. 79-211, 1991.
- ALMEIDA, M. L. B. de. **Vulnerabilidade familiar: concepções dos agentes comunitários de saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
- ÁLVAREZ, J. S. *et al.* Associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 106, n. 6, p. 491-501, 2016.
- ALVES, F. C. M. M. **Percepção do estado de saúde e adesão terapêutica na diabetes: estudo com população jovem portuguesa**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2012.
- ARONSON, J. K. Editors' view Compliance, concordance, adherence. **Br J Clin Pharmacol.**, v. 63, p. 383-384, 2007.
- ATINGA, R. A.; YARNEY, L.; GAYU, N. M. Factors influencing long-term medication non-adherence among diabetes and hypertensive patients in Ghana: A qualitative investigation. **PLoS ONE**, v. 13, n. 3, p. e0193995, 2018.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. *In:* BARBOSA, R.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.
- AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In:* CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; PAIVA, V. Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In:* AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. (coord.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Juruá, 2012. p. 71-94. (Livro I - Da doença à cidadania).
- BADANTA-ROMERO, B.; DIEGO-CORDERO, R. de; RIVILLA-GARCIA, E. Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. **J Relig Health.**, v. 57, n. 2, p. 1-13, 2018.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. **Am Psychol.**, v. 44, n. 9, p. 1175-1184, 1989.

BARCELÓ, A. *et al.* Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde. Washington, DC: OPAS, 2012.

BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2008.

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, p. 636-641, 2012.

BENNETT, P.; MURPHY, S. **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.

BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 293-302, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

BUGNI, V. M. *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento de crianças e adolescentes com doenças reumáticas crônicas. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 6, p. 483-488, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000600007&lng=en. Acesso em: 25 mar. 2018.

BÜNDCHEN, D. C. *et al.* Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 91-95, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922013000200003>. Acesso em: 16 mar. 2018.

BURNIER, M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. **Am J Hypertens.**, v. 19, n. 11, p. 1190-1196, 2006.

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

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 25, p. 259-269, 1991.

DANTAS, R. C. O. *et al.* O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa. **Rev. Cienc. Plur.**, Natal, v. 4, n. 1, p. 117-131, 2018.

DE VET, E. *et al.* Implementation intentions for buying, carrying, discussing and using condoms: the role of the quality of plans. **Health Educ Res.**, v. 26, n. 3, p. 443-455, 2011.

DIMATTEO, M. R. *et al.* Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Med Care.**, v. 40, n. 9, p. 794-811, sep. 2002.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open.**, v. 3, n. 1, p. 1-19, 2013.

DUARTE, O. O. Tratamento Ambulatorial da Hipertensão Arterial Sistêmica – Revisão de Literatura. **Uningá Review**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 22-29, jan./mar. 2014.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREIRE, R. S. *et al.* Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 7, p. 345-349, 2014.

FUCHS, S. C. Fatores de risco para hipertensão arterial. *In:* BRANDÃO, A. A. *et al.* **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 3-10.

GAMA, G. G. G. *et al.* Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3371-3383, 2012.

GEARING, R. E. Reconceptualizing medication adherence:six phases of dynamic adherence. **Harv Rev Psychiatry**, v. 19, p. 177-189, 2011.

GELLARD, W. F.; GREARD, J. L.; MARCUM, Z. A. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. **Am. J. Geriatr. Pharmacother.**, v. 9, n. 1, p. 11-23, fev. 2011.

GEORGE, J.; SHALANSKY, S. J. Predictors of refil non- aderence in patients with heart failure. **Br J Clin Pharmacol.**, v. 63, p. 488-493, 2007.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

HAYNES, R. B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. *In:* HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in healthcare**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1979. p. 49-62.

HERMES, T. S. V. *et al.* Criança diabética do tipo 1 e o convívio familiar: repercussões no manejo da doença. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 927-939, out./dez. 2018.

HORNE, R. *et al.* Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. **PLoS One**, v. 8, n. 12, p. 1-24, dec. 2013.

HORTENCIO, M. N. S. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2018.

JACKSON, C. *et al.* Promoting adherence to antibiotics: a test of implementation intentions. **Patient Educ Couns.**, v. 61, p. 212-218, 2006.

JANKOWSKA-POLAŃSKA, B. *et al.* Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. **Patient Prefer Adherence**, v. 11, p. 363-371, 2017.

JANNUZZI, F. F. **Crenças e fatores psicossociais determinantes da adesão aos antidiabéticos orais**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

JANNUZZI, F. F. *et al.* Crenças relacionadas à adesão ao tratamento com antidiabéticos orais segundo a Teoria do Comportamento Planejado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 529-537, jul./ago. 2014.

KAMRAN, A. *et al.* Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. **Ann Med Health Sci Res.**, v. 4, n. 6, p. 922-927, 2014.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005.

LAM, P. W.; LUM, C. M.; LEUNG, M. F. Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong. **Hong Kong Med J.**, v. 13, n. 4, p. 284-292, 2007.

LEE, G. K. *et al.* Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. **PLoS One**, v. 8, n. 4, p. e62775, 2013.

LEGIDO-QUIGLEY, H. *et al.* Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study. **PLoS ONE**, v. 14, n. 1, p. e0211100, 2019.

LOURENÇO, L. B. A. *et al.* Action and coping plans related to the behavior of adherence to drug therapy among coronary heart disease outpatients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 821-829, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500002&lng=en. Acesso em: 12 abr. 2018.

- LUO, X. *et al.* Factors influencing self-management in chinese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Int J Environ Res Public Health**, v. 12, p. 11304-11327, 2015.
- MACIEL, E. A. M. **A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.
- MAIMARIS, W. *et al.* The influence of health systems on hypertension awareness, treatment, and control: A systematic literature review. **PLoS Med.**, v. 10, n. 7, p. e1001490, jul. 2013.
- MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, Suppl. 3, p. 1-83, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0000.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.
- MALTA, D. C. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.
- MANSOUR, S. M.; MONTEIRO, C. N.; LUIZ, O. C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 647-654, jul./set. 2016.
- MARX, G. *et al.* Accepting the unacceptable: Medication adherence and diferente types of action patterns among patients with high blood pressure. **Patient Educ Couns.**, v. 85, n. 3, p. 468-474, dec. 2011.
- MELLO, C. H. M. S. A valorização dos aspectos culturais da população como estratégia para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. **Aurora**, Marília, v. 5, p. 9-24, 2012.
- MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1673-1684, 2014.
- MILLER, N. H. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. **Circulation**, v. 95, p. 1085-1090, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MOCHEL, E. G. *et al.* Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luís, Maranhão. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 90-101, 2007.
- MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 279-287, 2010.

NUNES, M. F. S. Implementação de medidas educacionais e terapêuticas para controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações em idosos de uma Unidade de Saúde de Jitaúna - Ba. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

OGDEN, J. **Psicologia da saúde**. 2. ed. Lisboa: Climepsi, 2004.

OLIVEIRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEROZ, N. C. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. **Estud. Pesqu. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 416-430, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia Saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, M. F. G. *et al.* Hábitos alimentares utilizados no tratamento dos usuários adultos hipertensos e/ou diabéticos da comunidade do Alto da Brasileira, Recife-PE. **Rev. Ciênc. Médicas PE**, Recife, v. 8, n. 2, p. 22-29, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to Medication. **N Engl J Med.**, v. 353, p. 487-497, 2005.

PIERIN, A.; NOBRE, F.; MION JR., D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, 2001.

PONTES JÚNIOR, F. L. *et al.* Influência do treinamento aeróbio nos mecanismos fisiopatológicos da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 32, n. 2-4, p. 229-244, dez. 2010.

PROSCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychol Psychother-T.**, v. 19, p. 276-288, 1982.

RAJPURA, J.; NAYAK, R. Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: Evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. **J Manag Care Pharm.**, v. 20, n. 1, p. 58-65, 2014.

RAND, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **Am J Cardiol.**, v. 72, p. 68D-74D, 1993.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, mar./abr. 2012.

ROAZZI, A. *et al.* Da teoria da ação racional à teoria da ação planejada: Modelos para explicar e prever o comportamento. **Acta Amaz.**, Manaus, ano 7, v. XIII, n. 1, p. 175-208, jan./jun. 2014.

ROCHA, T. P. O. *et al.* Métodos de Adesão ao Tratamento da Hipertensão. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 28, n. 2, p. 122-129, 2015.

RODRIGUES, K. A. F *et al.* Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável. **Campo Abierto**, v. 37, n. 1, p. 107-118, 2018.

RODRIGUEZ, D. M. Acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde do Município Governador Eugênio Barros, Maranhão. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**: Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROMANO, J. L.; NETLAND, J. D. The application of the theory of reasoned action and planned behavior to prevention science in counseling psychology. **Couns Psychol.**, v. 36, p. 777-806, 2008.

ROSENSTOCK, I. M.; STRECHER, V. J.; BECKER, M. H. Social learning theory and the Health Belief Model. **Health Educ Q.**, v. 15, n. 2, p. 175-183, Summer 1988.

SANTI, L. Q. Prescrição: o que levar em conta? Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. **OMS/OPAS**, Brasília, v. 1, n. 14, p. 1-11, 2016.

SCHULMAN-GREEN, D. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. **J Adv Nurs.**, v. 72, n. 7, p. 1469-1489, jul. 2016.

SILVA, E. S. da. **O uso da técnica da Entrevista Motivacional como estratégia para adesão do paciente ao cuidado da saúde periodontal**. 2013. Monografia (Especialização em Periodontia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2013.

SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 6, Suppl. 2, p. 1-63, 2013.

SINNOTT, S. J. *et al.* The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 8, n. 5, p. e64914, 2013.

SOUSA, B. R. M. *et al.* Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 187-195, jul./set. 2013.

SOUSA, M. R. M. G. C. **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associadas à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação para a Saúde) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. A. *et al.* **Patient-centered medicine**: transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

STRELEC, M. A.; PIERIN, A. M.; MION JR., D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 349-354, 2003.

STRICKLAND, B. R. Internal-External Control Expectancies: from contingency to creativity. **Am Psychol.**, v. 44, p. 1-12, 1989.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, p. 10s, 2016.

TOSIN, C. *et al.* A transição do modelo tradicional para estratégia saúde da família: a percepção do usuário. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 13, p. 146-166, 2017.

VAN OSCH, L. *et al.* From theory to practice: An explorative study into the instrumentality and specificity of implementation intentions. **Psychol Health**, v. 25, n. 3, p. 351-364, 2010.

VASCONCELOS, T. R. S.; SILVA, J. M.; MIRANDA, L. N. Fatores associados a não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa da literatura. **Cad. Grad. Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Maceió, v. 4, n. 2, p. 385-396, nov. 2017.

VAZÃO, M. J. Relações entre otimismo disposicional, representações de doença, adesão às atividades de autocuidado e bem-estar subjetivo na diabetes tipo 2. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2008.

WAGNER, E. H. *et al.* Improving chronic illness care: Translating evidence into action. **Health Aff.**, v. 20, n. 6, p. 64-78, 2001.

WANG, O. S. *et al.* Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives. **Hypertension**, v. 46, n. 2, p. 273-279, 2005.

WHELTON, P. K. *et al.* High blood pressure clinical practice guideline. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 71, p. e127-e248, 2018.

YACH, D. *et al.* The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. **JAMA**, v. 291, p. 2616-2622, 2004.

ZANGIROLANI, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, 2018.

ZOLNIEREK, K. B.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Med Care**, v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009.

ANEXO A- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS SELECIONADOS COM BAIXA ADESÃO

Apresentação: Eu, Renata Hellen Silva Andrade, estou realizando uma série de entrevistas com usuários hipertensos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Gostaria de conversar com o(a) senhor(a) sobre uso de medicação anti-hipertensiva para poder ajudar outras pessoas que passam por essa situação. A sua experiência é muito importante, por isso eu gostaria de conversar com o(a) senhor(a), aceita?

Dados de identificação

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Religião: _____ Raça/Cor: _____

Situação

conjugal: _____ Escolaridade: _____

Possui renda própria? Qual fonte? _____

Comorbidades associadas? Qual(is)? _____

Roteiro:

1. Como e quando descobriu que possuía hipertensão arterial?
2. Como é seu cotidiano? Houve alguma mudança em seu dia a dia após a descoberta da doença?
Dieta, exercícios físicos?
3. Houve alguma mudança na tomada da medicação do início do diagnóstico para o momento atual?
4. Quais são as dificuldades com o tratamento medicamentoso? E com a mudança no estilo de vida?
5. Como o(a) senhor(a) lembra de tomar a(s) medicação(ões)?
6. O que o(a) senhor(a) recomendaria que outras pessoas fizessem para seguir o tratamento anti-hipertensivo da forma correta?
7. O que o(a) senhor(a) recomendaria para melhorar o serviço e, conseqüentemente, melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo?

Finalização: Bom, era isso que eu queria conversar com o(a) senhor(a). Gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o tema? Muito obrigada pela colaboração.

Data: ____/____/_____