



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LARISSA DOS SANTOS SOUSA**

**PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE  
PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO**

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

**LARISSA DOS SANTOS SOUSA**

**PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE  
PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do Título de Bacharel (a) em Enfermagem.

**Orientador (a):** Prof<sup>ª</sup>. Msc. Jogilmira Macêdo Silva Mendes

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro  
Silva", CCBS - UFCG**

S725p

Sousa, Larissa dos Santos.

Pacientes hipertensos não controlados atendidos em unidade de pronto atendimento: crenças e adesão ao tratamento medicamentoso / Larissa dos Santos Sousa. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

57 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Jogilmira Macêdo Silva Mendes, Ma.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Hipertensão. 2. Adesão ao tratamento 3. Crenças em saúde. I. Mendes, Jogilmira Macêdo Silva (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:616.12.008.331.1(813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS  
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC DO CURSO DE  
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CAMPUS DE  
CAMPINA GRANDE – PB.

Aos 25 dias do mês de agosto do ano 2017 às 10:00 horas, na sala 5, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Adesão terapêutica dos pacientes hipertensos não controlados em unidade de Pronto Atendimento, desenvolvido pelo aluno (a) Lianara dos Santos Sousa, regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2017.1, orientado pelo professor (a) Jegilmara Náclido Silva Mendes. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 20 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 10,0 (Dez) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 25 / 08 / 17.

ORIENTADOR (A): Jegilmara Náclido Silva Mendes  
TITULAÇÃO: Mestre

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Lauana da Costa Farias Almeida Titulação: Mestre

2º Membro: Renis Sheila Barbosa Aguiar Araújo Titulação: Especialista

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Coordenação do TCC II

LARISSA DOS SANTOS SOUSA

**PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do título de Bacharel (a) em Enfermagem.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Jogilmira Macedo Silva Mendes

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Msc. Jogilmira Macedo Silva Mendes

Taciana da Costa Farias Almeida

Membro 1: Prof.<sup>a</sup> Msc. Taciana da Costa Farias Almeida

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Membro 2: Prof.<sup>a</sup> Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter me guiado durante a graduação, livrando - me dos caminhos tortuosos, conduzindo – me a Sua Vontade e agraciando – me das pequenas as grandes conquistas. Juntamente a Deus, que intercede por mim, agradeço a Nossa Senhora pelas graças derramadas através dos seus pedidos e pelo colo de mãe que me refrigera. A minha mãe, Sônia, inspiração de força, luta e coragem, agradeço pelo esforço em manter e priorizar uma boa educação desde o principio. Agradeço por sempre me apoiar, incentivar e acreditar na minha capacidade. Essa base foi fundamental para chegar até aqui.

Ao meu pai Ednaldo, minha avó Hilda, agradeço porque mesmo na distância física, conseguiram me apoiar. Obrigada pela preocupação e pelas orações.

Agradeço ao meu irmão Tiago e familiares que acreditaram em mim.

Ao meu namorado, Diego, a quem sempre compartilhei meus anseios, minhas conquistas, bem como me deu forças nas dificuldades. Obrigada por todo incentivo e por fazer parte da construção desse trabalho.

Aos amigos que formei durante a graduação, Marlene Laís, Iago Vieira que sempre estiveram compartilhando essa trajetória junto a mim. Agradeço também a minha amiga Gleicy por ser uma grande amiga pesquisadora e, além disso, pela nossa amizade que atravessou as barreiras da UFCG, mesmo depois de sua transferência.

A Prof. Msc .Gerlane Moreira Vieira por ter me ensinado a dar os primeiros passos na pesquisa no terceiro período da graduação e por ter se tornado uma grande amiga.

A Prof.<sup>a</sup> Msc. Taciana pelo exemplo de profissional, competência, compromisso, paciência, destreza, pela alegria e o amor que transborda. Obrigada por ter sido a base desse trabalho e ter me guiado.

Aos professores da banca Xênia Sheila e Prof. Msc. Jogilmira obrigada por todo apoio. Ao Grupo de Estudo de Medida da Pressão Arterial (GEMPA) do qual esse trabalho é fruto e as discentes de Enfermagem, participantes do grupo, Luciene, Joyce, Beatriz e Jennyfer que ajudaram – me na coleta de dados.

Agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para construção deste trabalho!

SOUSA, L.S. **Pacientes hipertensos não controlados atendidos em unidade de pronto atendimento: crenças e adesão ao tratamento medicamentoso.** Trabalho de Conclusão de Curso. [Monografia]. Curso de Bacharelado em Enfermagem: Universidade Federal de Campina Grande, 2017. Campina Grande, Paraíba. 57fls.

## RESUMO

**Introdução:** A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível considerada um grande problema de saúde pública, associada a eventos cardiovasculares fatais e não fatais que geram altos custos com internações hospitalares para o sistema público de saúde. A redução da incidência e ocorrência das complicações cardiovasculares associadas exige do indivíduo um tratamento adequado ao longo da vida, bem como a sua adesão terapêutica. **Objetivos:** caracterizar os pacientes hipertensos não controlados atendidos na unidade de pronto atendimento, verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e determinar as crenças emitidas pelos hipertensos não controlados relacionadas a adesão a terapia medicamentosa prescrita. **Metodologia:** Trata – se de um estudo descritivo, transversal, com uma abordagem quantitativa. Participaram do estudo 122 sujeitos hipertensos com  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg que foram atendidos na sala de triagem da Unidade de Pronto Atendimento 24h de Campina Grande, PB; durante o período de coleta de dados (junho a julho de 2017). A amostra foi do tipo não probabilística, e selecionada por conveniência. Foram realizadas a medida da circunferência braquial e em seguida a da pressão arterial de cada sujeito, aquele que apresentasse  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg foi convidado a participar do estudo. Aos participantes, foi aplicada entrevista com os formulários de identificação sócio-demográfico, a *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) e o formulário de avaliação de crenças no tratamento para a hipertensão, de acordo com os constructos da Teoria da Ação Racional (TAR). Os dados coletados foram analisados a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SSPS) versão 21. **Resultados:** Observou – se no perfil de hipertensos com a PA descontrolada, uma maioria de idosos 61,25 (14,48), sexo feminino 80 (65,6%), brancos 72 (59%), casados 60 (49,2%), aposentados 55 (45,1%), com baixa renda 1,1 (0,92), escolaridade 6,35 (5,41) e não adesão ao tratamento farmacológico para a hipertensão arterial por parte de 69 (56,6%) sujeitos. As crenças comportamentais avaliadas, em relação a vantagem em aderir ao tratamento mais relatada foi *controlar a pressão* 38(31,1%) e a maioria descreveu *nenhuma* 82(67,2%) como desvantagem. Nas crenças normativas, como referencial social positivo mais influente obteve – se os *filhos* 59 (48,8%) e como referencial negativo *ninguém* 105 (86,1%). **Conclusões:** Faz – se necessário o

conhecimento das crenças comportamentais e normativas dos pacientes hipertensos para compreender melhor os níveis de adesão ao tratamento farmacológico. Este conhecimento proporciona a implementação de estratégias pautadas nestas crenças para que haja uma melhor intenção comportamental em aderir ao tratamento medicamentoso, modificando assim o comportamento desses sujeitos diante da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos.

**Palavras – chave:** Hipertensão; Adesão ao tratamento; Crenças em saúde.

**SOUSA, L.S. Uncontrolled hypertensive patients attended at a prompt care unit: beliefs and adherence to drug treatment. Completion of course work.** [Monograph]. Bachelor's Degree in Nursing: Federal University of Campina Grande, 2017. Campina Grande, Paraíba. 58fls.

## ABSTRACT

**Introduction:** Systemic arterial hypertension is a chronic non-transmissible disease considered a major public health problem, associated with fatal and non-fatal cardiovascular events that generate high costs with hospital admissions to the public health system. Reducing the incidence and occurrence of associated cardiovascular complications requires the individual to have adequate treatment throughout life, as well as their therapeutic adherence.

**Objectives:** To characterize the uncontrolled hypertensive patients attended at the prompt care unit, to verify adherence to drug treatment and to determine the beliefs emitted by uncontrolled hypertensive patients related to adherence to prescribed drug therapy.

**Methodology:** This is a descriptive, cross - sectional study with a quantitative approach. The study was attended by 122 hypertensive subjects with  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg who were attended at the screening room of the Emergency Room 24h of Campina Grande, PB; During the data collection period (June to July 2017). The sample was non-probabilistic, and selected for convenience. Measurements of the brachial circumference and then of the blood pressure of each subject were performed, and the one with  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg was invited to participate in the study. Participants were interviewed using the socio-demographic identification forms, the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and the treatment beliefs form for hypertension, according to the constructs of the Theory of Rational Action (TAR ). The data collected were analyzed from the Statistical Package for the Social Sciences (SSPS) version 21. **Results:** A profile of hypertensive patients with uncontrolled BP was observed, a majority of the elderly 61.25 (14.48), female 80 (65.6%), white 72 (59%), married 60 (49.2%), retired 55 (45.1%), low income 1.1 (0.92), schooling 6.35 (5.41) and non adherence to pharmacological treatment for arterial hypertension by 69 (56.6%) subjects. The behavioral beliefs evaluated in relation to the advantage in adhering to the most reported treatment was controlling the pressure 38 (31.1%) and most described none 82 (67.2%) as a disadvantage. In the normative beliefs, as the most influential positive social referent, the children 59 (48.8%) were obtained, and as a negative reference 105 (86.1%). **Conclusions:** It is necessary to know the behavioral and normative beliefs of hypertensive patients in order to better understand the levels of adherence to pharmacological treatment. This knowledge provides the

implementation of strategies based on these beliefs so that there is a better behavioral intention to adhere to the drug treatment, thus modifying the behavior of these subjects before taking antihypertensive drugs.

**Key Words:** Hypertension; Adherence to treatment; Health beliefs.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes hipertensos não controlados foram atendidos na UPA.....	32
Tabela 2 – Caracterização clínica dos hipertensos não controlados admitidos na sala de triagem da UPA.....	33
Tabela 3 - Distribuição de respostas às questões da escala de adesão terapêutica de Morisk Green.....	36
Tabela 4 – Crenças comportamentais relacionadas ao comportamento de aderir os anti – hipertensivos orais.....	37
Tabela 5 – Crenças normativas relacionadas ao comportamento de aderir a terapia medicamentosa dos anti – hipertensivos.....	38

## **LISTA DE FIGURA E GRÁFICOS**

Figura 1 - A Teoria da Ação Racional. Adaptado de Azjen.....	25
Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a adesão ao tratamento.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CB	Circunferência Braquial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CH	Crise Hipertensiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Cônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EH	Emergência Hipertensiva
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PET – SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SSPS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
MMAS - 8	Morisky Medication Adherence Scale
TPB	Teoria do Comportamento Planejado
UH	Urgência Hipertensiva
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA .....	16
3 OBJETIVOS.....	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1 Conceituação, epidemiologia e impacto socioeconômico da hipertensão.....	18
4.2 Fisiopatologia, sintomatologia e fatores de risco .....	18
4.3 Diagnóstico e classificação.....	19
4.4 Tratamento, controle e adesão .....	20
4.5 Crenças relacionadas a adesão da terapia medicamentosa .....	21
5 METODOLOGIA.....	23
5.1 Desenho do estudo.....	23
5.2 Local do Estudo .....	23
5.3 População do estudo .....	24
5.4 Amostra .....	24
5.5 Tamanho da amostra.....	24
5.6 Critérios de inclusão e exclusão .....	24
5.7 Procedimento de coleta.....	25
5.8 Instrumento de coleta de dados .....	26
5.9 Análise dos dados .....	27
5.10 Aspectos éticos .....	27
6 RESULTADOS .....	29
7 DISCUSSÕES .....	37
8 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS .....	46
APÊNDICES	
ANEXOS	

# 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são enfermidades que apresentam multiplicidade de fatores de risco comum, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático e períodos de remissão e exacerbação que podem levar a incapacidade, além disso, são enfermidades onde não há o envolvimento de agentes infecciosos. Dentre essas doenças podemos citar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença cardiovascular mais frequente (BRASIL, 2011).

A HAS caracteriza – se pela elevação dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg (MALACHIAS; PLAVINIK, 2016). Apresenta como elementos que contribuem para a multideterminação da HAS, os fatores genéticos (idade, sexo, história familiar), estilo de vida (tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse, ingestão de sal), escolaridade e fatores socioeconômicos (MALTA; BERNAL, et. al., 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Os eventos cardiovasculares compreendem as complicações como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Coronariana (DAC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC) (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Segundo a World Health Organization (WHO), no ano de 2012 a hipertensão foi a causa principal mundial de mortes e afeta tanto homens como mulheres. Apesar de 30% da população adulta sofrer de hipertensão, um terço delas desconhece sua condição. No Brasil a HAS é considerada um grave problema de saúde pública, pois 25% da população adulta apresenta essa doença e estima – se para o ano de 2025 um aumento de 60%. Além da alta prevalência, as baixas taxas de controle contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular (SILVA; MARTINS, 2016).

Anualmente no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), onera cerca de US\$ 398,9 milhões no tratamento da HAS o que representa aproximadamente 1,43% dos gastos totais (DIB; RIERA; FERRAZ, 2010). Outro dado importante refere – se aos custos com as internações e gastos com a morbidade. Em 2015, no Brasil, os custos totais estimados com DCV foram de R\$37. 103. 224.609, 38 (SIQUEIRA, SIQUEIRA – FILHO et. al., 2017).

Na Paraíba, conforme dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES), há 7.725 hipertensos, de uma população de 3,7 milhões – segundo o IBGE. Só em 2010, o Estado contabilizou 975 mortes em decorrência da doença. Em Campina Grande, no ano de 2013, foram registrados 26.031 casos de HAS no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2013).

Para a redução da incidência, diminuição da ocorrência de complicações cardiovasculares e melhoria da qualidade de vida, exige - se do indivíduo acometido pela doença um tratamento adequado e ao longo da vida (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). No entanto, a baixa adesão ao tratamento está presente em 50% dentre os pacientes diagnosticados com HAS, , fato que configura uma barreira para o controle pressórico dessa população (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Segundo Gusmão (2009) a definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente. Já Rezende (2011) diz que a adesão é o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais de saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida.

A não adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e multideterminado, pois possuem como fatores associados o baixo nível socioeconômico, complexidade do esquema terapêutico e insatisfação com os serviços de saúde (HELENA; NEMES, 2010). Outro fator corresponde ao não entendimento sobre a doença somado ao curso assintomático que a HAS possui, o que acarreta muitas vezes em terapias exclusivamente não farmacológicas como medida de alívio do estresse (PUCCI; PEREIRA, 2012).

A decisão de tomar ou não os medicamentos também vem da capacidade de tomada de decisão dos indivíduos, sendo, portanto, um método empírico – racional, os quais eles utilizam para expressar as suas tentativas de lidar com a doença. Por isso, além do grau de adesão, é importante identificar suas crenças, os auxiliando na adoção de comportamentos adequados (JANNUZZI, RODRIGUES, 2014).

A Teoria da Ação Racional (TAR) admite que os seres humanos são racionais e utilizam as informações disponíveis, avaliando as implicações de seus comportamentos, afim de decidirem por sua realização. No entanto, este modelo é bem aplicado a comportamento sobre os quais o indivíduo exerce controle volutivo sobre a ação, como por exemplo, a tomada dos anti-hipertensivos orais (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Um terço da população que recebe tratamento para a hipertensão arterial deixa de aderir ao tratamento e não consegue manter a pressão abaixo de 140/90 mmHg (WHO, 2013). Diante desse contexto, Davis e Jandrisevits et. al. (2012) afirma que a não aderência ao tratamento medicamentoso, associada aos custos dos medicamentos e às condições sociodemográficas dos pacientes, são os principais motivos da procura por serviços de emergência. De todos os atendimentos da emergência, 3% são decorrentes do aumento iminente da pressão arterial (FEITOSA – FILHO et. al. 2009).

Dentre os problemas que o hipertenso pode desencadear, em virtude de uma não adesão ao tratamento proposto, encontra-se o não controle dos valores pressóricos, que por sua vez pode desencadear a Crise Hipertensiva (CH) (BAUMANN; ABATE, 2007).

A CH é dividida em Urgência e Emergência Hipertensiva, sendo a Urgência Hipertensiva (UH) caracterizada por uma elevação pressórica diastólica ( $\geq 120$  mmHg) sem lesão em órgãos – alvo de forma aguda e progressiva. Já na Emergência Hipertensiva (EH) há uma elevação pressórica diastólica ( $\geq 120$  mmHg) porém com lesão em órgãos – alvo de forma aguda e progressiva (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016). A CH possui uma taxa de 45% a 59% de todos os atendimentos, sendo a EH correspondente a 25% dos casos de CH (VILELA – MARTIN; VAZ – DE – MELO, 2011).

Com relação ao perfil dos pacientes internados no serviço de emergência, verifica-se em sua maioria do sexo feminino, apresentando níveis de baixa renda e escolaridade. Quanto ao conhecimento sobre a doença apresentam moderado conhecimento e moderada adesão ao tratamento, sendo a principal causa da não adesão a recordação em relação ao uso do medicamento, pois, a maioria que não adere de forma íntegra faz uso de um número maior de fármacos (CAMPANHARO; OLIVEIRA et. al., 2015).

Devido ao perfil epidemiológico encontrado de atendimentos pré-hospitalares e de internação, além da alta incidência de pacientes com complicações decorrentes da Hipertensão e outros tipos de atendimentos, a Portaria 1600, de 7 de julho de 2011, determina a organização da Rede de Urgência e Emergência no Brasil (RUE), de forma a promover a melhor organização da assistência e acesso, articulando em rede os demais níveis de atenção, estabelecendo os fluxos e referências (BRASIL, 2013). Constituem – se componentes da RUE o componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Força Nacional de Saúde, Portas Hospitalares e Atenção domiciliar (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Dentre os componentes da RUE estão as UPAs, que de acordo com Brasil (2013) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana.

As unidades de pronto atendimento são classificadas em três portes, de acordo com a população do município, área física, gestão de pessoas, capacidade de atendimento e número de leitos. Consideradas o principal componente de urgência pré-hospitalar (BRASIL, 2011).

Estudo realizado na unidade de pronto atendimento em Campina Grande – PB durante a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET – SAÚDE) Redes de Atenção (2013-2015), verificou um quantitativo de 88 pacientes que deram entrada na sala de triagem com histórico antecedente de HAS. Destes, 62 estavam com os níveis pressóricos acima dos parâmetros limítrofes e dois deles apresentavam crise hipertensiva.

Com base na problemática exposta, o estudo tem a seguinte questão norteadora: como está a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos com pressão arterial não controlada que dão entrada na unidade de pronto atendimento em Campina Grande? E quais as crenças comportamentais e normativas em relação ao tratamento prescrito?

## **2 JUSTIFICATIVA**

Diante do exposto, essa pesquisa justifica – se pela necessidade de discutir sobre a adesão medicamentosa e as crenças relacionadas dos pacientes hipertensos que dão entrada na unidade de pronto atendimento.

O descontrole da HAS pode estar relacionado a não adesão ao tratamento medicamentoso que acarreta a elevação dos níveis pressóricos fazendo com que estes procurem as unidades de pronto atendimento com queixas diversas, e as crenças que estes sujeitos apresentam em relação ao tratamento podem influenciar positivamente ou negativamente na adesão.

Além disso, sabe-se que a HAS é uma morbidade que envolve custos socioeconômicos elevados com atendimentos, medicamentos, internações e apresenta uma alta prevalência de morbi – mortalidade.

Observa-se, tanto no cenário mundial, quanto no cenário brasileiro os números de indivíduos acometidos pela hipertensão são crescentes, bem como mortes provenientes de suas complicações, desse modo a HAS configura-se como um problema de saúde pública. Tal fato corrobora com o aumento da procura de hipertensos nos atendimentos de emergência em decorrência da morbidade. Segundo dados do SIAB - DATASUS (2013) existem 28.291 casos de HAS em Campina Grande. Junto a esses dados, denota-se uma necessidade de uma abordagem direcionada a esses. Por ser a HAS uma doença crônica e silenciosa, para o sucesso da terapêutica prescrita são necessárias mudanças no estilo de vida, o que torna um desafio para as equipes de saúde e pessoas acometidas com a estabilidade clínica da doença, desse modo a adesão ao tratamento medicamentoso, configura-se como essencial, uma vez que o município disponibiliza os anti-hipertensivos no domicílio. Tem-se demonstrado que a adesão terapêutica é um dos principais componentes para o êxito do tratamento, e o levantamento desta adesão e das crenças neste tratamento possibilitará a formulação de estratégias que incentivem os hipertensos a aderirem ao tratamento medicamentoso, diminuindo assim as internações nos serviços de urgência.

Assim, este estudo se torna relevante em vistas de possibilitar esses dados para posteriormente traçar estratégias que ampliem a adesão, contribuindo para a diminuição da procura de hipertensos com crises hipertensivas nos serviços de pronto atendimento, bem como as complicações associadas ao descontrole da doença.

A pesquisa contribuirá gerando conhecimento para a academia, serviço e sociedade, além de trazer benefícios para uma melhor adesão ao tratamento dessa população e resultados positivos para os profissionais.

### **3 OBJETIVOS**

- Caracterizar os pacientes hipertensos não controlados atendidos na unidade de pronto atendimento;
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos atendidos na unidade de pronto atendimento;
- Identificar as crenças emitidas pelos pacientes não controlados relacionadas à adesão a terapia medicamentosa prescrita.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Conceituação, epidemiologia e impacto socioeconômico da hipertensão

A hipertensão é uma doença crônica não - transmissível definida por valores pressóricos, durante um período sustentado, da sistólica acima de 140mmHg e os valores pressóricos da diastólica maior que 90 mmHg (CHEEVER, HINKLE, 2015). Cerca de 50% da mortalidade por doenças cardiovasculares, tais como a doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca descompensada estão associadas às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a hipertensão. Estas causas representam 17 milhões de mortes no mundo, sendo cerca de 30% de todas as mortes (BRASIL, 2011).

Segundo Pereira, Lunet et. al. (2009) uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, composta por 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de hipertensão arterial de 37,8% nos homens e 32,1% nas mulheres. Conforme Veiga, Nogueira et. al. (2003) no Brasil, a hipertensão atinge 36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular.

No Brasil, a HAS é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339. 672 decorrentes de doenças cardiovasculares, a principal causa de morte no país. Além disso, apresenta número de internações e custos médicos e socioeconômicos elevados decorrentes de suas complicações. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS as doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

### 4.2 Fisiopatologia, sintomatologia e fatores de risco

Embora não seja possível, na maioria dos casos, identificar a causa exata, sabe – se que a hipertensão é uma condição clínica multifatorial, por este motivo, várias hipóteses sobre as bases fisiopatológicas estão associadas a esta condição. Desse modo, a hipertensão pode ter uma ou mais das seguintes causas: atividade aumentada do sistema nervoso simpático, relacionada à disfunção do sistema nervoso autônomo, atividade aumentada do sistema renina – angiotensina – aldosterona resultando em expansão do volume resistência vascular

aumentada, reabsorção aumentada de sódio, cloreto e água por uma variação genética, disfunção endotélio vascular e resistência à ação da insulina (CHEEVER, HINKLE, 2015).

Em relação aos sinais e sintomas mais comuns no paciente hipertenso está a cefaleia suboccipital, sendo o mais frequente e específico sintoma, porém qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer no indivíduo acometido pela hipertensão. Normalmente ela inicia pela manhã e vai desaparecendo aos poucos, com o passar das horas. Outros sintomas caracterizam a encefalopatia hipertensiva e estão associados à hipertensão de evolução acelerada, tais como sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea e vômito. Epistaxes, escotomas, cintilantes, zumbidos e fadiga não são mais considerados específicos para o diagnóstico de hipertensão (KANNEL; VASAN; LEVY, 2003).

A idade está inteiramente relacionada com a prevalência da HAS, pois ela apresenta uma associação direta e linear. O aumento da população idosa, a faixa etária mais acometida pela hipertensão, deve – se ao fato de haver um aumento da expectativa de vida da população brasileira e conseqüente aumento do número de idosos (NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE, 2011). Quanto ao sexo e etnia, a hipertensão autorreferida está em maior quantidade nas mulheres e pessoas de raça cor negra/cor preta (CHOR, RIBEIRO et. al., 2015).

O consumo excessivo de sódio encontra – se como um dos principais fatores de risco para a hipertensão. Além da ingestão de sal, o consumo de álcool aumenta a pressão arterial de forma consistente, sendo 31g de álcool/dia, no homem, suficientes para obter o risco. O sedentarismo mostra –se como outro fator importante para hipertensão. Além disso, um menor nível de escolaridade e baixo nível econômico apresentam prevalência na hipertensão autorreferida. A genética também é um fator de risco, porém, devido a miscigenação há dificuldade na identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

#### 4.3 Diagnóstico e classificação

A medição da pressão arterial (no consultório e fora dele) é o elemento chave para estabelecer o diagnóstico da hipertensão arterial. Avalia – se um paciente com HAS confirmando o diagnóstico, eliminando identificação de causa secundária, faz – se a investigação de lesões de órgãos – alvo e de outras doenças secundárias (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Para a confirmação do diagnóstico da hipertensão deve – se identificar se é de causa secundária e avaliar o risco cardiovascular. A avaliação consiste na anamnese, a medição da pressão arterial no consultório e fora dele, utilizando a técnica apropriada. Além disso, é realizado o exame físico, a investigação clínica e laboratorial (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

A hipertensão é classificada em pré – hipertensão, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3. A pré – hipertensão é definida quando os valores pressóricos de PAS (mmHg) estão entre 121 – 139 e os valores de PAD (mmHg) estão entre 81 – 89. A hipertensão é considerada estágio 1 quando os valores pressóricos de PAS (mmHg) encontram – se entre 140 -159 e a PAD (mmHg) encontram – se entre 90 – 99. No estágio 2 da hipertensão os valores de PAS (mmHg) situam – se entre 160 – 179 e a PAD (mmHg) entre 100 – 109. Valores de PAS (mmHg) maiores que 180 e de PAD (mmHg) acima de 110 já são considerados hipertensão estágio 3 (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

A crise hipertensiva é definida como a elevação dos níveis pressóricos acima de 180 x 120 mmHg, acompanhada de sintomas leves (cefaleia, tontura) a graves (dispneia, dor precordial), com ou sem lesão de órgãos – alvo. A presença de sintomas leves somado às lesões agudas em órgãos – alvo definem – se como urgência hipertensiva. Já as emergências hipertensivas refletem em lesão aguda em órgão – alvo (LOPES; FEITOSA, 2005).

Hipertensão arterial não controlada é caracterizada por valores pressóricos elevados, simplesmente por não usarem as medicações ou por não saberem ser acometidos pela hipertensão arterial sistêmica (ELLIOT, 2006).

#### 4.4 Tratamento, controle e adesão

A decisão terapêutica deve – se basear no valor da pressão arterial, bem como a presença de lesões órgão – alvo e/ou doenças cardiovasculares existentes. O tratamento consiste em medidas farmacológicas com uso de fármacos anti-hipertensivos, associados ou não a diuréticos, com a finalidade de proteger órgãos – alvo, prevenir doenças cardiovasculares e preservar a função renal. Somado a isso, também utilizam – se medidas não farmacológicas, combinando intervenções dietéticas e atividade física de média e alta intensidade (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Conforme Piccini, Facchini et. al. (2012) muitas complicações poderiam ter sido evitadas e/ou minimizadas, como, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal se tivessem aderido precocemente o plano terapêutico. Adesão terapêutica é o comportamento de uma pessoa com o cumprimento de mudanças e hábitos feitos pelo provedor do cuidado em saúde (DAL – FABRO, 2005). Já Car e Pierin (1991) afirmam que adesão ao tratamento pode ser considerada como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais.

Conforme Gusmão e Mion (2006) a não adesão medicamentosa está relacionada não somente ao ato de ingerir o medicamento prescrito, mas na forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por várias dimensões, dentre elas as crenças que o sujeito possui.

#### 4.5 Crenças relacionadas a adesão da terapia medicamentosa

As crenças em saúde constituem na forma como os indivíduos agem sobre sua saúde, bem como nos serviços de saúde, sendo as atitudes, os valores e os conhecimentos agregados que irão influenciar a sua percepção de necessidade (PAVÃO, 2008).

Cada indivíduo compreende, de modo particular, os acontecimentos e presta atenção a detalhes de modos diferente. As realidades são armazenadas e processadas através de modelos mentais, modelos esses que determinam a sua forma de agir e compreender o ser humano em relação à doença (RENOVATO, DANTAS, 2005).

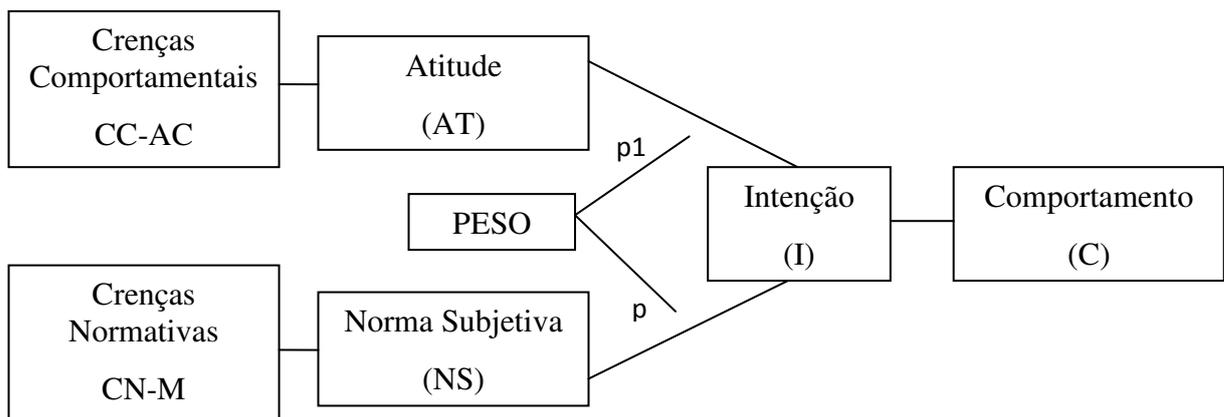
Diferentes indivíduos têm percepções diferentes acerca do papel, significado e grau de importância ou de risco associados ao consumo de fármacos e, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas crenças influenciar na forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico (HORNE, WEINMAN, HANKINS, 1997).

A Teoria da Ação Racional (TAR) foi desenvolvida inicialmente na década de 60 por Martin Fishbein, revista e expandida na década de 80 com a colaboração de Icek Ajzen e outros estudiosos (MOUTINHO; ROAZZI; 2010). Ela é considerada um modelo efetivo para explicar o comportamento e prever ações preventivas em saúde, manifestando sucesso na adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e outras recomendações de cuidados em saúde (LUDER ET AL, 2015).

Ela admite que os seres humanos são racionais e utilizam as informações disponíveis, avaliando as implicações de seus comportamentos, a fim de decidirem por sua realização (MOUTINHO; ROAZZI; 2010), permitindo a explicação e predição de comportamentos humanos usando alguns conceitos ligados entre si por uma estrutura de caráter compreensiva (FISHBEIN,1980).

A intenção de realizar uma ação, intenção comportamental, está sob a influência de dois determinantes básicos, um pessoal(atitude) e um social(normas subjetivas). O fator pessoal é a atitude em relação ao comportamento (crenças comportamentais – vantagens e desvantagens). O fator social (crenças normativas – referentes positivos e negativos) é a percepção, pela pessoa, das pressões sociais sofridas na realização ou não de comportamentos específicos, sendo este fator chamado de norma subjetiva(D'AMORIM, 2000).

**Figura1.** Elementos da Teoria da Ação Racional adaptada de Fishbein(1980,p.107)



Para melhor compreender e prever a intenção e o comportamento em áreas que implicam decisões importantes deve-se considerar: as crenças, a atitude, a intenção acerca de todas as possíveis alternativas e avaliar estas três variáveis em nível pessoal (FISHBEIN,1980).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Desenho do estudo

Tratou – se de um estudo descritivo, transversal, com uma abordagem quantitativa. Segundo Szklo e Javier (2000) os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Já Triviños (1987) afirma que esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade. Para Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação.

### 5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento 24h do município de Campina Grande. A unidade é classificada como de porte III e localiza-se no bairro Alto Branco, na zona norte da cidade. Possui em sua estrutura física: recepção, sala de serviço social, salas de classificação de risco (triagem), sala de gesso, imobilização, sala de raio x, sala para eletrocardiograma, consultórios médicos, e áreas para encaminhamento dos usuários classificados na sala de triagem com pulseiras azul, verde, amarela e vermelha. A área verde destina-se ao atendimento de paciente que necessitam da administração de medicamentos, recebendo alta após o procedimento ou encaminhamento para área amarela. Os usuários que se destinam a área amarela são aqueles que necessitam de um cuidado mais direcionado, e apresentam indicações de internação ou observação mais direta, pois podem apresentar piora do seu quadro clínico, e conseqüentemente necessitam de atendimento na área vermelha. Já a área vermelha destina-se aos clientes que apresentam emergências no atendimento de suas funções vitais. Além dessas áreas assistenciais, a UPA 24h descrita comporta uma área administrativa, fluxograma de urgência, observação, apoio técnico e logístico.

A escolha da Unidade de Pronto Atendimento se deu por ser esta uma unidade que é referencia inicial para casos de urgências hipertensivas dentro da rede de urgências e emergências do município de Campina Grande e região.

### 5.3 População do estudo

A população do estudo constituiu a totalidade de pacientes hipertensos que procuram o serviço de pronto atendimento de Campina Grande. População ou universo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum (CORREA, 2006).

### 5.4 Amostra

A amostra foi selecionada da população de hipertensos que apresentavam valores pressóricos não controlados ( $PAS \geq 140\text{mmHg}$  e  $PAD \geq 90\text{mmHg}$ ) que compareceram na UPA 24h e foram atendidos na sala de triagem.

Foi do tipo não probabilística e selecionada por conveniência. A amostragem não probabilística não faz uso de formas aleatórias de seleção, sendo os indivíduos selecionados através de critérios estabelecidos pelo pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 1996). No tipo de amostragem por conveniência o pesquisador admite que a amostra que representa o universo, se dá com a seleção daqueles sujeitos que têm acesso durante o período de coleta de dados e de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores (LEVY; LEMESHOW, 1980).

### 5.5 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra, realizada por conveniência, se dará conforme o número de hipertensos que chegarem para serem atendidos no período de coleta de dados, de acordo com os critérios de inclusão. A não realização do cálculo amostral se deve ao fato da unidade ser porta aberta, ou seja, atende a demanda espontânea e, dessa forma, não havia disponível na unidade, o número de pacientes hipertensos atendidos.

### 5.6 Critérios de inclusão e exclusão

A amostra atendeu os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Admitido na unidade de pronto atendimento com  $PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$ ;
- Maior de 18 anos;

- Em uso de medicação para controle de PA;
- Ambos os sexos.
- Apresentar circunferência braquial do braço direito de 22-32cm

E como critérios de exclusão:

- Condição clínica que não possibilite responder ao formulário;
- Pacientes que dependessem de cuidadores para tomar suas medicações;
- Pacientes com transtornos mentais.

### 5.7 Procedimento de coleta

A coleta teve início após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do HUAC/UFMG.

Foi realizada por cinco acadêmicas do curso de enfermagem. As discentes apresentavam-se na sala de triagem, nos três turnos, observando os atendimentos e aguardando a chegada de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão. À medida que chegavam pacientes hipertensos, era feita uma primeira abordagem para investigar se atendiam aos demais critérios de inclusão. Feito isso, o paciente era encaminhado junto com a pesquisadora, sempre que possível, para uma sala onde era indagado se gostaria de participar da pesquisa, era esclarecido sobre os objetivos do estudo e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A), garantindo-se o sigilo sobre as informações que estavam sendo coletadas, bem como o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa.

Ao aceitar ser participante da pesquisa, ser esclarecido e assinar o TCLE, as discentes adequavam ao posicionamento para a medida de pressão arterial, perguntavam sobre bexiga cheia, há quanto tempo estavam sentados e orientavam sobre não conversar durante a aferição. Logo após, era feita a medida da circunferência braquial, que poderiam ter uma variação entre 22 a 32 cm a fim de utilizar o tamanho do manguito (tamanho M) adequado, adquirido para a pesquisa a fim evitar erros na medida da pressão arterial.

Feito isso, iniciava – se a medida da pressão arterial, envolvendo a braçadeira, suave e confortavelmente, em trono do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial, mantendo a margem inferior da braçadeira 2,5cm acima da dobra do cotovelo. Localizava – se a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando – a, a fim de que o centro do manguito ficasse na direção da artéria. A medida era feita com o monitor

automático validado clinicamente da marca Omron – modelo HEM7200, apertando iniciar a aferição. Estando a medida dos valores pressóricos  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg o paciente poderia participar da pesquisa.

Em seguida eram aplicados: um formulário de identificação com dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE E), o formulário de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) (ANEXO 1), e por fim, um formulário de entrevista semiestruturada sobre as crenças comportamentais e normativas (constructos da TARA) no tratamento medicamentoso prescrito (ANEXO 2).

O tempo entre a abordagem inicial e a finalização da aplicação do ultimo instrumento era de aproximadamente 20 minutos.

## 5.8 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizada uma fita métrica inelástica de 150 cm para a medida da circunferência braquial e um monitor de pressão arterial automático Omron, de aplicação no braço e modelo HEM- 7200, validado clinicamente para a medida da pressão arterial. Os dados foram coletados por meio da aplicação de formulários aos pacientes. O primeiro instrumento caracterizou o indivíduo por meio de dados socioeconômicos e demográficos (APÊNDICE E). O segundo instrumento de coleta de dados tratou-se de uma escala validade de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso para a Hipertensão, o teste Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Essa escala consiste oito itens, com perguntas de caráter dicotômico sim/não, para verificar o grau de adesão terapêutica (ANEXO I). O terceiro formulário abordou as crença acerca dos medicamentos, formulário direto, composto de quatro perguntas abertas abordando as crenças do sujeito sobre o tratamento medicamentoso em uso com base em dois constructos (crenças comportamentais e crenças normativas) da Teoria da Ação Racional (ANEXO II).

O teste MMAS – 8 é o método mais utilizado, criado para determinar a adesão terapêutica, contendo oito perguntas, com respostas fechadas, de caráter dicotômico sim/não, de modo que o grau de adesão resulta da soma das respostas corretas: alta adesão (8 pontos), média adesão (6 a <8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos) (OLIVEIRA FILHO; BARRETO FILHO, 2012).

O formulário que consiste no levantamento das crenças acerca da adesão a terapia medicamentosa, contém quatro perguntas abertas. As duas primeiras perguntas são referentes

as vantagens e desvantagens em aderir o tratamento medicamentoso (crenças comportamentais) e as duas últimas fazem o levantamento dos referentes sociais positivos e negativos (normas subjetivas) que influenciam na adesão ao tratamento.

### 5.9 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados a partir da abordagem quantitativa, utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SSPS) versão 21, um *software* de aplicação analítica que transforma dados em informações importantes. A escolha do programa se deu pela facilidade com o manejo e por ser disponibilizado de forma gratuita. Após análise, os resultados foram apresentados em forma de tabelas, gráficos e em seguida discutidos a luz da literatura pertinente.

### 5.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, número do parecer: 2.065.089 e foi realizada em conformidade com os pressupostos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, a qual dispõe sobre a consideração do respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, assim como a liberdade e autonomia destes (BRASIL, 2012).

Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos, incômodo que esta possa lhes acarretar e da garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Para isto o participante assinou e recebeu uma cópia do TCLE (APÊNDICE A), no qual estavam disponíveis todas estas informações.

O paciente submetido à pesquisa, que respondeu ao formulário de Morisky e o formulário de crenças, pode ter se sentido constrangido, colocando à prova sua concepção sobre a doença e sobre o autocuidado. Por esta razão o entrevistado pode ter manipulado as respostas de forma que não respondeu o mesmo com sinceridade. Além disso, houve o risco de o paciente ter ficado temeroso, mesmo com a garantia e orientação do entrevistador quanto

ao sigilo das informações constatados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apesar de nenhum sujeito ter relatado ou manifestado estes comportamentos.

Após a pesquisa foi, possível identificar o nível de adesão terapêutica dos pacientes hipertensos que dão entrada na UPA, assim como suas crenças em relação ao seu tratamento, a fim de fomentar novas pesquisas acerca da temática, melhorando assim a adesão terapêutica dos mesmos, e conseqüentemente diminuição da demanda emergências/urgências hipertensivas e também assim, os custos relativos a estes.

## 6 RESULTADOS

Os resultados representam dados socioeconômicos, clínicos, adesão e crenças relacionadas à terapia medicamentosa dos hipertensos não controlados (que apresentavam  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg) que deram entrada na UPA 24 h de Campina Grande no período da coleta (junho a julho de 2017). Para alcançar o maior número de sujeitos, foram realizadas visitas durante 30 dias ao local da pesquisa, por cinco acadêmicas de enfermagem. As visitas foram assim distribuídas: 44 no turno da manhã, 57 na tarde e 21 no turno da noite no intuito de conhecer e elencar a maior parte da população hipertensa descontrolada.

Analisar a adesão e crenças relacionadas mostra necessidade de conhecer suas características socioeconômicas. A amostra foi constituída por 122 sujeitos. A média de idade dos sujeitos hipertensos descontrolados atendidos no setor de triagem da UPA 24h foi de 61,25 ( $\pm 14,48$ ) anos. A maioria do sexo feminino 80 (65,6%). Quanto a cor da pele, 72 (59%) se autodeclararam brancos. Do total 81,1% dos usuários moram acompanhados, são casados 60 (49,2%), com escolaridade média de 6,35 ( $\pm 5,419$ ) anos de estudos. A ocupação aposentado 55 (45,1%) e a média da renda familiar de 1,1 ( $\pm 0,929$ ) salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes hipertensos não controlados foram atendidos na UPA 24h (n=122). Campina Grande, PB. 2017.

Variáveis	N	%	Média (dp)	Mediana	Varição observada
Idade (anos)			61,25 (14,48)	62,5	27 – 96
Sexo					
Feminino	80	65,6			
Masculino	42	34,4			
Cor da pele					
Branco	72	59			
Não Branco	50	41			
Moram acompanhados	99	81,1			

## Estado Civil

Casado	60	49,2
Viúvo	31	25,4
Separado	16	13,1
Solteiro	15	12,3

Escolaridade 6,35 (5,419) 5,00 0 – 19

## Ocupação

Aposentado	55	45,1
Do lar	24	19,73
Autônomo	23	18,9
Empregado	19	15,6
Afastado	01	0,8

Renda (nº salários mínimos) 1,11 (0,929) 1,00 0 – 7

A respeito da caracterização clínica, verifica-se que 20 (16,4%) apresentou alcoolismo e 29 (23,8%) tabagismo como fatores de risco. Dentre as morbidades associadas destaca-se a Diabetes *Mellitus* 37 (30,3%). Quanto as principais queixas relatadas na busca pelo atendimento na UPA, contatou-se que 52 (42,6%) procuraram pela elevação dos níveis pressóricos e em decorrência de episódios de cefaleia 26 (21,3%). A média do tempo de diagnóstico de HAS foi de 123,38 ( $\pm 93,60$ ) meses, a média da Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi de 169,3 ( $\pm 20,24$ ) mmHg e a de Pressão Arterial Diastólica (PAD) foi de 97,53 ( $\pm 16,49$ ) mmHg. Quanto a frequência cardíaca houve uma média 86,56 ( $\pm 17,39$ ) bpm e a circunferência braquial uma média 27,87 ( $\pm 2,35$ ) cm (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização clínica dos hipertensos não controlados admitidos na sala de triagem da UPA 24h (n=122). Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%	Média (dp)	Mediana	Varição observada
<b>Fatores de Risco</b>					

Sedentarismo	69	56,6
Tabagismo	29	23,8
Alcoolismo	20	16,4

### Morbidades

DM	37	30,3
Dislipidemia	34	27,9
AVE	18	14,8
IAM	13	10,7

### Queixa relacionada à pressão

Cefaléia	26	21,3
Dor precordial	15	12,3
Náuseas	12	9,8
Vertigem	07	5,7
Cefaleia suboccipital	04	3,3
Dispneia	03	2,5
Dor epigástrica	02	1,6
Parestesia	01	0,8
Dor abdominal	01	0,8

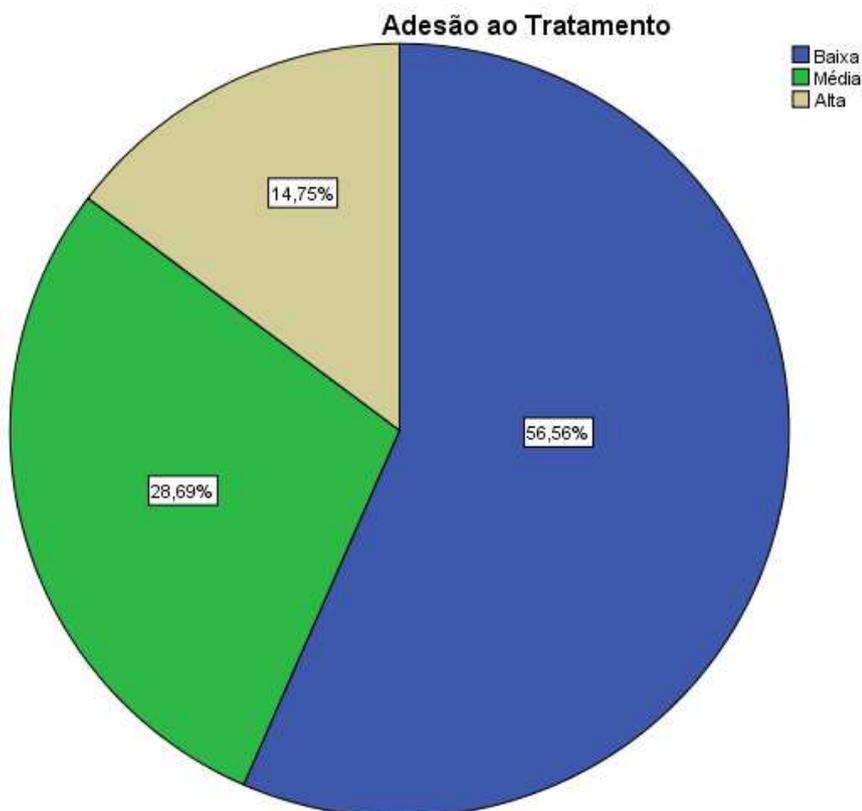
Tempo de diagnóstico (Meses)	123,38 (93,60)	120	1 – 480
Pressão Arterial Sistólica (PAS)	169,83(20,24)	165,5	140 – 223
Pressão Arterial Diastólica (PAD)	97,53 (16,49)	99,5	69 – 163
Frequência Cardíaca (FC)	86,56 (17,39)	85	40 – 131
Circunferência Braquial (CB)	27,87 (2,35)	28	22 – 32

\*Acidente Vascular Encefálico (AVE), Diabetes *Mellitus* (DM), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Em relação aos anti – hipertensivos e diuréticos orais, constatou – se o uso dos seguintes fármacos: Losartana 52(42,6%), Hidroclorotiazida 40(32,8%), Captopril 24(19,7%), Maleato de Enalapril 18(14,8%), Besilato de Anlodipino e Atenolol 9 (7,4%) cada; Furosemida 4(3,3%), Valsartana 3(2,5%),Cloridrato de Propranolol e Carvedilol 2(1,6%) cada; Perindopril Arginina e Olmesartana Medoxomilana 1(0,8%) cada. Sendo as classes dos fármacos mais utilizados os antagonistas dos receptores de angiotensina II 56(45,9%), diuréticos 43 (36,1%) e inibidores da enzima conversora de angiotensina 43(36,1%).

Ao aplicar a escala de adesão terapêutica de Morisk Green para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, observou-se *score* médio de adesão de 4,89 ( $\pm 2,23$ ) pontos, com uma mediana de 5,0 e pontuação mínima de zero e máxima de 08(oito). Ainda conforme o grau de adesão terapêutica recomendada pela escala, aqueles pacientes que apresentaram alta adesão ao tratamento (8 pontos) somou 18(14,8%), seguidos de média adesão (6-7 pontos) 35(28,6%) e *baixa adesão* (0-5 pontos) 69(56,6%). Os dados de adesão ao tratamento poder ser visualizados no Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos de acordo com a adesão ao tratamento. n=122. Campina Grande, 2017.



As questões relacionadas à escala de adesão tinham caráter dicotômico e poderiam ser respondidas facilmente pelos sujeitos. Ao avaliar as questões do teste e a conformidade com o tratamento, observam-se os dados da Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de respostas às questões da escala de adesão terapêutica de Morisk Green e estatística significativa ( $p$ ). (n=122). Campina Grande, PB. 2017.

<b>Questões</b>	<b>Sim n(%)</b>	<b>Não n(%)</b>	<b><math>p^{**}</math></b>
1. Você às vezes se esquece de tomar os seus remédios para pressão?	59,8	40,2	0,037
2. Nas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?	39,3	60,7	0,023
3. Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando tomava os remédios?	27,0	73,0	0,000
4. Quando você viajava ou saía de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos	27,9	72,1	0,000
5. Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	18,9	81,1	0,000
6. Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	26,2	73,8	0,000
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seus tratamentos de pressão alta?	40,2	59,8	0,037
8*. Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?	72,1	27,9	0,000

\*Legenda: na questão 8, para questões de análise, optou-se por considerar “nunca” como “não”, “quase nunca, às vezes, frequentemente e sempre” como “sim”.

\*\*Adotou-se  $p < 0,05$  (significativo)

De acordo com o teste binomial que avalia proporções entre as repostas, observou-se uma diferença significativa para todos os itens que compõe o teste de Morisky entre os participantes investigados ( $p < 0,05$ ). Já em relação aos sexos e os escores apresentados não houve diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Considerando as crenças comportamentais (vantagens e desvantagens) sobre adesão aos anti – hipertensivos orais, vinte e uma subcategorias analíticas (crenças salientes) emergiram, 13 representando vantagens e oito representando desvantagens relacionados ao comportamento de aderir aos anti – hipertensivos orais (Tabela 4).

Tabela 4 – Crenças comportamentais relacionadas ao comportamento de aderir os anti – hipertensivos orais e escores médios (Morisk Green) associados a cada crença. (n=122). Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

<b>Crenças</b>	<b>n(%)</b>	<b>Score</b>
<b>COMPORTAMENTAIS</b>		
<i>VANTAGENS</i>		
Controlar a pressão	38(31,1)	4,7
Para melhorar	27(22,1)	4,8
Para não ter doença	18(14,8)	5,5
Nenhuma	16(13,1)	4,5
Não se sentir mal	11(9,0)	5,0
Médico passou	07(5,7)	5,1
Baixa a pressão	06(4,9)	5,8
Não ter sintomas	03(2,5)	6,0
Porque familiar tem hipertensão	02(1,6)	5,5
Porque tem problema no coração	02(1,6)	4,0
Não ser hospitalizado	01(0,8)	6,0
Não ter crise hipertensiva	01(0,8)	5,0
Para não morrer	01(0,8)	4,0
<i>DESVANTAGENS</i>		
Nenhuma	82(67,2)	5,2
Dependência	24(19,7)	3,8
Custo	03(2,5)	4,3
Tosse	02(1,6)	<b>1,5</b>
Efeitos colaterais	02(1,6)	<b>2,0</b>
Náusea	01(0,8)	5,0
Urinar frequentemente	01(0,8)	<b>1,0</b>

Sabor desagradável	01(0,8)	3,0
--------------------	---------	-----

---

\*Os sujeitos apresentaram mais de uma vantagem ou desvantagem em relação ao tratamento.

Em relação às crenças normativas, os participantes identificaram 14 grupos de referentes sociais positivos. Já no que se refere aos sociais negativos, foram descritos 8 categorias, descritas na tabela 5.

Tabela 5 – Crenças normativas relacionadas ao comportamento de aderir à terapia medicamentosa dos anti – hipertensivos e escores médios (Morisk Green) associados a cada crença. (n=122). Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

<b>Crenças</b>	<b>n (%)</b>	<b>Score</b>
<b>NORMATIVAS</b>		
<i>POSITIVAS</i>		
Filhos	59(48,4)	5,1
Esposa	18(22,0)	5,0
Ninguém	17(13,9)	4,8
Esposo	15(12,3)	4,6
Irmãos	08(6,6)	5,7
Mãe	08(6,6)	3,6
Neto	04(3,3)	4,7
Amigos	04(3,3)	4,0
Médico	02(1,6)	5,5
Pai	02(1,6)	5,0
Vizinhos	02(1,6)	4,5
Nora	01(0,8)	2,0
Assistente social	01(0,8)	<b>7,0</b>
Colegas de trabalho	01(0,8)	<b>0,0</b>
 <i>NEGATIVAS</i>		
Ninguém	105(86,1)	4,8
Religião	02(1,6)	<b>7,5</b>

Tio	01(0,8)	7,0
Amigos da igreja	01(0,8)	7,0
Mãe	01(0,8)	6,0
Pai	01(0,8)	6,0
Avó	01(0,8)	<b>1,0</b>
Esposo	01(0,8)	<b>8,0</b>
Amigos	01(0,8)	4,6

---

\*Os sujeitos apresentaram mais de um referente positivo ou negativo em  
relação ao tratamento.

## 7 DISCUSSÕES

O estudo buscou caracterizar os pacientes hipertensos não controlados atendidos na unidade de pronto atendimento (UPA 24h), verificar a adesão, bem como as crenças relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso.

O fato da unidade de pronto atendimento, ser a única na cidade, possibilitou abranger uma boa parcela de hipertensos não controlados que procuram o serviço. Apesar de ser considerado um ambiente de urgência e emergências, onde os pacientes apresentam – se com quadros agudos, houve uma ótima receptividade por parte dos pacientes em participar do estudo.

Dentre os hipertensos observou – se uma predominância do sexo feminino corroborando com Siqueira e Riegel et al (2015), caracterizando a feminização do envelhecimento. Esse fato também pode ser explicado porque as mulheres vivem mais, porém adoecem mais, dessa forma procuram com maior frequência os serviços de saúde (COSTA, PEIXOTO et. al. 2004).

A idade média dos sujeitos os configuram como idosos autodeclarados brancos. Este achado se assemelha aos resultados de estudo desenvolvido por Siqueira e Riegel et. al (2015). Neste estudo a maior predominância foi da cor branca, o que contrapõe a literatura que indica a cor negra como associada duas vezes mais a hipertensão do que os brancos. O estudo ELSA – Brasil mostrou prevalência de 30,3% em brancos e 49,3% em negros (CHOR, D. RIBEIRO, A. L. et al. 2015).

No fator idade, deve – se uma atenção à população idosa, devido ao fato da maioria desse estudo se enquadrar nessa faixa etária. Esse achado explica – se pelo fator idade estar proporcionalmente relacionado à HAS. Entre os idosos, os mais jovens apresentam maior independência com relação à autonomia e tomada de decisões, por este motivo, há também a independência na decisão de abandonar o tratamento ou não segui – lo corretamente, mesmo quando vivem em famílias numerosas e com cuidadores (OPAS, 2011).

Evidenciou-se um maior número de indivíduos que moram acompanhados, casados, aposentados, com baixa escolaridade e renda de aproximadamente um salário mínimo, corroborando com os achados de estudo desenvolvidos nos serviços de urgência e emergências hospitalares (MARTINS; BRANDÃO, et. al. 2012). Segundo o estudo de Alves e Prado et. al. (2012) esse perfil de hipertensos, são também os que abandonam ou não seguem adequadamente o tratamento anti – hipertensivo.

Em relação aos dados clínicos, as taxas de alcoolismo e tabagismo, considerados fatores de risco para hipertensão, foram baixas apesar da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) defender que o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumentam a PA de forma consistente, e o tabagismo ser um fator de risco adicional para doença cardiovascular.

No quesito sedentarismo a maioria relatou não praticar atividade física regular. Sabe-se que a prática de atividade física regular apresenta-se como fator importante para a redução dos valores pressóricos. A SBC constatou que uma pequena parcela dos hipertensos pratica alguma atividade física com regularidade, sendo esse fato relacionado muitas vezes com a falta de ações e indisponibilidade de programas de incentivo a prática de atividade e áreas para essas práticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dentre as morbidades, houve uma predominância da Diabetes *Mellitus*. Segundo Grossman e Messerli et. al. (2000) há uma estreita associação entre a diabetes e a HAS, fato ligado a elevação das taxas de sobrepeso e obesidade, o que dobra o risco de DCV. Além da DM onde os sujeitos autodeclarados apresentaram *escore* médio de 5,2, outras morbidades também tiveram destaque com seus respectivos escores, entre elas a dislipidemia (5,3), AVE (5,9) e IAM (6,1). Tal fato mostra que em seus antecedentes esses sujeitos apresentaram algum evento relacionado às complicações decorrentes da hipertensão. A presença dessas comorbidades pode estar associada a não adesão ao tratamento farmacológico, o que pode predispor a agravos clínicos piorando o quadro de saúde em virtude deste descontrole da PA. Pelo fato de terem passado por estes eventos, esperava-se que estes sujeitos apresentassem níveis pressóricos mais controlados, assim como melhor adesão ao tratamento, uma vez que já passaram pela experiência das complicações advindas da HAS.

Quanto às queixas, as mais frequentes foram cefaléia e dor precordial, esses achados são similares aos estudos pesquisados de Siqueira e Riegel et. al. (2015). Além dessas queixas constataram-se: náusea, dor epigástrica, dispnéia, cefaléia suboccipital, vertigem, parestesia e dor abdominal. Corroborando com este estudo, conforme Péres e Magna (2003) dentre os sintomas apresentados entre os pacientes diagnosticados com HAS, as categorias mais relatadas foram dor de cabeça, dor na nuca e dor precordial. Esses sintomas podem estar associados muitas vezes a uma lesão em órgão – alvo, caracterizando-se como uma EH. Existe uma estreita relação entre aumento de níveis pressóricos e risco de lesões em órgãos – alvo (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Chama-nos atenção para os valores pressóricos de PAS, com uma média de 169,83 e a de PAD, com uma média de 98,49, considera-se o fato de representar de um leve descontrole, que se não intervir imediatamente, poderá evoluir para uma CH. Neste estudo

não objetivou-se classificar os riscos que este paciente apresentava, assim como a área qual ele foi encaminhado.

A circunferência braquial apresentou uma variação entre 22 – 32, mostrando assim a adequação do manguito (tamanho médio) para a aferição da pressão arterial, razão pela qual não interferiu nos valores pressóricos. Para este estudo foi adquirido um monitor de pressão arterial de braço automático, mais adequado para pesquisa uma vez que o tamanho do manguito maior que o adequado superestima a pressão, assim como o tamanho menor que o preconizado subestima a pressão, isso foi constatado em 1901 pelo médico alemão Von Recklinghausen (ARCURI, 2005).

Estudo de Barreto e Oliveira et. al. (2017) buscou identificar a circunferência braquial de pacientes internados em UTI e correlacionar com o tamanho de manguito correspondente e verificou que 65,2% da amostra estavam utilizando manguitos de tamanhos inadequados às CB.

A escolha em adquirir um equipamento para as medidas na pesquisa se deu em relação a ter segurança em estar aferindo de forma adequada as pressões arteriais. Porém se tornou uma limitação do estudo as pesquisadoras possuírem apenas um tamanho de manguito, limitando a amostra apenas aqueles que apresentavam a CB padrão.

De todos os medicamentos prescritos para hipertensão, os fármacos mais utilizados foram a losartana, seguido da hidroclorotiazida, captopril e maleato de enalapril. Os antagonistas de angiotensina II, diuréticos e os antagonistas do sistema renina – angiotensina são as classes de fármacos mais utilizados para o tratamento da hipertensão. Esses fármacos disponíveis gratuitamente na rede do SUS ou na rede credenciada do Programa Aqui tem Farmácia Popular (MENGUE; BERTOLDI, 2016). Os demais, descritos em uma menor frequência, não são disponibilizados pelo SUS.

A classe de fármacos mais escolhida foi a antagonista de angiotensina II, sendo o fármaco mais escolhido a Losartana, uma vez que está disponível na sua forma genérica. No entanto, Belsey (2011) aponta que ao se avaliar o custo-benefício de drogas pode-se chegar à conclusão que um fármaco mais caro, porventura, pode trazer mais economia, resultante de um maior poder de eficácia gerando menos custos as complicações clínicas. Este fato se deve porque uso da olmesartana, em diversos estudos, mostrou sua maior eficácia em prevenir eventos cardiovasculares (RAMOS, CASALI, 2012).

Em contraponto com os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os antagonistas da angiotensina II são uma boa opção de escolha, pois apresentam uma maior tolerabilidade, aumentando a adesão terapêutica (RAMOS, CASALI, 2012). Dos indivíduos

que fizeram o uso do captopril, inibidor da enzima conversora de angiotensina, relataram tosse seca. Isso acontece porque ocorre a degradação da cininase II, enzima responsável pela degradação da bradicinina, seu acúmulo resulta no efeito colateral da tosse. Esse efeito colateral foi relatado como uma desvantagem em aderir o tratamento medicamentoso neste estudo (escore TMG-1,5), corroborando com os achados de Cozaar (2011).

Assim como o efeito indesejável da tosse, foi citado como uma desvantagem em aderir o tratamento medicamentoso o efeito de urinar frequentemente (escore TMG-1,0). Este efeito está associado ao uso de diuréticos, também uma das classes mais utilizadas por indivíduos desse estudo. Segundo SBC (2014) são eficazes como monoterapia no tratamento de HAS, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares.

Ainda sobre os efeitos colaterais, apesar de não terem sido descrito pela maioria dos indivíduos, nos que relataram algum efeito indesejável, apresentaram os menores *scores*. Tosse (escore TMG – 1,5), efeitos colaterais (score TMG – 2,0) e urinar frequentemente (score TMG – 1,0). Este achado segundo Daniel e Veiga (2013) é um fator dificultador para adesão ao tratamento.

Ao aplicar o Teste de Morisky Green (TMAAS - 8) a maioria dos sujeitos apresentou baixos *score*, evidenciando uma baixa adesão. Tal fato corrobora com dados das perguntas do teste, pois a maioria esquece “as vezes de tomar os medicamentos para HAS” e “com alguma frequência tem dificuldade para lembrar – se de tomar os medicamentos para HAS”.Esses dados também foram apresentados em estudo em que quase metade dos indivíduos relatou esquecer a ingestão de medicamentos (BARBOSA, FERRIOLLI, et. al. 2012). É interessante notar que, nessas duas variáveis, não há interferência direta do profissional de saúde seja na forma da orientação ou intervenção.

A média e baixa adesão ao tratamento medicamentoso da HAS pode estar associado à idade, mais de uma medicação para o controle dos níveis pressóricos, falta de acompanhamento sobre a doença e controle da doença (AIOLFI, ALVARENGA, 2015). O estudo em questão encontrou que a maior parte dos pacientes são idosos e tomam mais uma de medicação para o controle da HAS. Esses dados corroboram com Aiouffi e Alvarenga (2015). Porém não foi possível identificar como está o acompanhamento do usuário em relação à HAS e o controle da doença à nível de assistência primária, participação de consultas, controles pressóricos.

Na baixa adesão há o prejuízo da evolução clínica do paciente causando desfechos adversos (PITTMAN, TAO, 2010). Assim, os usuários avaliados no estudo apresentam

maiores riscos em relação ao descontrole da PA e conseqüentemente a apresentarem desfechos adversos.

Os pacientes que apresentaram uma média adesão ficaram em segundo lugar dos mais relatados e alta adesão em terceiro. Mesmo entre os pacientes considerados aderentes pelo TMAAS-8, apresentaram níveis pressóricos descontrolados, fato esse que não deveria acontecer. Uma hipótese para esse achado é que, poder haver uma utilização incorreta dos medicamentos, falta de acompanhamento para avaliar o efeito do tratamento e a não adesão ao tratamento não farmacológico, que se torna um adjuvante importante para o controle pressórico e não pode ser investigado pela escala, assim como o cumprimento de esquema posológico e associação correta entre as medicações. Outro fator importante pode estar associado ao grau de condição clínica desses pacientes e a idade (idosos), havendo assim uma maior dificuldade em controlar os níveis pressóricos.

Além destes fatores, a própria busca por um atendimento de urgência, a espera pelo atendimento e o medo de diagnósticos de piora do quadro clínico pode ter feito com que os níveis pressóricos estivessem elevados, quadro este que deveria estar mais controlado, caso o usuário estivesse aderindo de forma adequada a terapêutica recomendada para a HAS, o que não foi encontrado com a aplicação do TMAAS-8 em relação à terapêutica medicamentosa.

Existem as crenças que afetam os indivíduos de forma a apresentar graus diferentes de adesão ao comportamento estudado, são elas: as crenças pessoais sobre determinado comportamento, as vantagens e desvantagens de assumi – lo, e a pressão social percebida para agir determinada forma em relação a ele (CAVALCANTI, DIAS et. al., 2007).

Com relação às crenças comportamentais, são aquelas que referem – se ao grau que a pessoa avalia como favorável ou desfavorável um comportamento em questão (AJZEN; FISHBEIN, 1980).As crenças modais salientes, aquelas que foram mais frequentemente emitidas são indicadas na utilização de crenças de um amplo número de participantes (MOUTINHO, ROAZZI, 2010). Nesta discussão abordaremos as crenças modais com relação as vantagem em aderir ao tratamento medicamentoso prescrito, que foram: controlar pressão; para melhorar; não ter doença e nenhuma. Já a desvantagem mais descrita foi nenhuma.

A resposta controlar a pressão como uma vantagem confronta com os achados do grau de adesão ao tratamento medicamentoso (*escore 4,7*), o qual a maioria apresentou baixa adesão. Esse achado infere que mesmo os pacientes, em sua maioria, tendo o conhecimento do objetivo do tratamento medicamentoso, possuem uma baixa adesão. Isso pode ter ocorrido porque apresenta – se como um conhecimento parcial, pois podem não saber as complicações decorrentes da HAS, ou não darem a devida importância por se tratar de uma doença

silenciosa. Em um estudo de Barreto e Reiners et. al. (2014) onde avaliou – se o conhecimento sobre a hipertensão associados a não adesão à farmacoterapia, os que apresentaram pouco conhecimento sobre a doença tiveram mais chances de não aderir ao tratamento medicamentoso.

Outro aspecto de bastante relevância que encontra-se em diferentes estudos sobre adesão ao tratamento medicamentoso, diz respeito ao acesso aos medicamentos. Pelo fato de nenhum sujeito referir este achado, isto infere que a não tomada dos medicamentos não está relacionada ao acesso aos mesmos. Em Campina Grande, o município disponibiliza os medicamentos direto nos domicílios, além da farmácia popular ser bastante acessível a estes usuário, motivo pelo qual, acredita-se, que a baixa adesão não pode estar relacionada com a falta de acesso aos fármacos, neste estudo.

A vantagem descrita *para melhorar* (escore 4,8) mostra a crença no tratamento medicamentoso para a HAS numa perspectiva de cura da doença. Essa crença pode influenciar a baixa adesão ao tratamento, pois a medida que passam – se os anos de diagnóstico e tempo de tratamento, há a percepção de que não há efeitos visíveis ou a cura da HAS propriamente dita. Estudo de Gama e Mussi (2012) verificou que a maioria dos participantes hipertensos parecia não compreender a sua enfermidade como de caráter crônico, pois não tinham compreensão sobre o tempo de tratamento e acreditava que entre 1 a 5 anos haveria cura.

Outra vantagem relatada com maior frequência foi *para não ter doença* (escore 5,5) , mostrando assim o medo de complicações associadas a HAS, pois nessa categoria foram citados IAM e AVC. Conforme Péres e Magna (2003) este aspecto pode favorecer a adoção de comportamentos positivos em relação aos cuidados com a doença.

Entre os indivíduos que relataram *nenhuma* (escore 4,5) vantagem pode estar relacionado com a baixa adesão em aderir o tratamento. Esse achado segundo Péres e Magna (2003) pode – se supor que estejam usando a negação da realidade. Nessa resposta observa – se a ausência de intenção que influencie positivamente o comportamento.

As crenças comportamentais com relação às desvantagens em aderir ao tratamento medicamentoso predominantemente relataram *nenhuma* (escore 5,2) desvantagem como resposta. Tal fato, confronta também com o baixo grau de adesão, pois se não há nenhuma desvantagem, deveria ser um fator que influenciasse na intenção de gerar o comportamento em aderir de forma integral o tratamento medicamentoso. Embora a percepção de desvantagem em aderir ao tratamento não implique necessariamente a coerência e efetividade da ação, a crença é por si só, um forte preditor de comportamento (PIRES, MUSSI, 2008).

A *dependência* foi descrita em menor frequência, mas observa – se que é uma desvantagem relevante e corrobora com o achado do TMAAS (*escore* 3,8), onde muitos se sentem incomodados por ter que tomar o medicamento todos os dias. A minoria elencou custo como uma desvantagem, isso se deve ao fato que a maioria das medicações utilizadas serem distribuídas gratuitamente pelo SUS e pelo Programa Saúde em Casa, do município de Campina Grande, que leva a medicação na residência.

As normas subjetivas referem – se à percepção da pessoa sobre a pressão socialmente exercida sobre o sujeito no sentido incentivar ou não a execução do comportamento (AJZEN; FISHBEIN, 1980). No intuito de identificar crenças normativas que geram as normas subjetivas, foram elaboradas variáveis que enfocavam quais eram as pessoas, importantes para eles, que consideravam que deveriam aderir ao tratamento medicamento prescrito.

Verificou – se a norma subjetiva positiva mais frequente e os respectivos *escores* de adesão os *filhos* (5,1), *esposa* (5,0) e *esposo* (4,6). Vale destacar que o profissional de saúde deve considerar os referentes sociais na motivação do paciente hipertenso em aderir ao tratamento e propor intervenções que considerem estes, tendo em vista que os que relataram esses referenciais apresentaram um dos maiores *scores*. Em um estudo prévio, que identificou em imigrantes latinos crenças relacionadas a terapia antirretroviral, a família, o conjugue, médico, amigo que são soropositivos, conselheiro de HIV e membros de apoio aos paciente com HIV foram considerados referentes sociais positivos (VISSMAN, HERGENRATHER, et. al. 2011).

Dentre os mais frequentes referentes sociais positivos, chama – nos atenção para o referente *ninguém* (4,8). Observamos nessa resposta uma desmotivação, fato que pode estar relacionando a fatores psicológicos, não abordados nesse estudo, mas que interferem diretamente sobre a adesão ao tratamento, observado no *escore* apresentado por quem referiu “ninguém” como referente positivo.

Por fim, com relação aos referentes sociais negativos, identificamos *ninguém* (*escore* 4,8) como o mais citado e com *escore* idêntico aquele assumido enquanto referencial positivo. As crenças normativas negativas não foram evidenciadas, como um fator relevante na adesão ao tratamento medicamento nesse estudo, tendo em vista que a grande maioria não tem ninguém importante que influencie negativamente na adesão.

Porém, aqueles sujeitos que apresentaram melhores *escores* em relação ao tratamento, referiram o esposo (*escore* 8,0), a religião (7,5) e amigos da igreja (7,0) como os referentes que influenciam negativamente no tratamento. Este achado se faz importante no sentido de

que estratégias educativas que impulsionem a adesão ao tratamento sejam levadas para outros locais além dos muros das instituições de saúde. Sendo as crenças, algo que muitas pessoas ainda associam a religiosidade, e como citado por alguns sujeitos, a religião está interferindo negativamente no tratamento, o olhar do profissional da saúde, para ações educativas que motivem a adesão ao tratamento, sejam direcionadas as comunidades religiosas, foi um achado importante deste estudo.

## 8 CONCLUSÃO

Pacientes hipertensos não controlados que deram entrada na Unidade de Pronto Atendimento eram a maioria do sexo feminino, idosos, aposentados, casados, baixa renda e escolaridade. Apresentaram Diabetes *Mellitus* associado, sedentarismo e cefaléia como queixa principal. A baixa adesão foi constatada pela maioria dos indivíduos segundo a escala de adesão terapêutica TMG. As crenças comportamentais descritas como vantagem foi apresentado *Controlar Pressão* e a desvantagem foi *Nenhuma*. As crenças normativas emitidas que geram as normas subjetivas foram *Filhos* para referentes positivos e *Ninguém* para referentes negativos.

Existe uma grande preocupação com a população hipertensa que da entrada nos serviços de urgência e emergência, dentre os serviços, a UPA, serviço que recebe grande parte dessa demanda. Há uma preocupação pelo fato do descontrole dos níveis pressóricos estarem relacionados a não adesão medicamentosa e por estarem em risco de desencadear complicações decorrentes da morbidade.

Quando aplicados o Teste de MAAS a maioria apresentou baixos escores de adesão ao tratamento. O teste evidenciou que os pacientes que dão entrada na UPA com níveis pressóricos descontrolados não estão aderindo à medicação de forma consistente. Tal fato justifica a preocupação com esse tipo de população. Esses resultados estão correlacionados com as crenças comportamentais e normativas emitidas pelos sujeitos, pois observou – se que apresentaram um sistema de crenças relacionados a conhecimentos parciais sobre diversos aspectos da HAS. Tais crenças parecem gerar práticas de controle da doença também distorcidas

Faz – se necessário o conhecimento das crenças comportamentais e normativas dos pacientes hipertensos para a implementação de estratégias pautadas nestas crenças para que haja uma melhor intenção comportamental em aderir ao tratamento medicamentoso para a hipertensão. Bem como estudar outros aspectos que podem estar relacionados a não adesão, que não foram os objetivos desse estudo, como verificar a adesão ao tratamento não farmacológico, e conhecer as crenças de controle (Teoria do comportamento planejado) não abordada TAR, importantes também para o controle dos níveis pressóricos e os aspectos psicológicos associados.

## REFERÊNCIAS

- AIOLFI, C. R. ALVARENGA, M. R. M. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V. 18, n. 2, p. 397 – 404, 2015.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. **Englewood Cliffs, NP:Prentice Hall.**, 1980.
- AJZEN, I. Residual Effects of Past on Later Behavior: Habitual and Reasoned Action Perspectives. **Personality and Social Psychology Review**, v. 6, n. 2, p. 107-122, 2002.
- ALVES, B. H. S. PRADO, M. A. P. et. al. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em unidade de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 91 – 98, 2012.
- ARCURI, E. A. M. Desde Riva Rocci Desde Riva Rocci, Recklinghausen e Korotkoff até os dias atuais: o desafio da medida precisa da pressão arterial. **Online Brazilian Journal Nursing**. [ Internet] 2005.
- BARBOSA, R. B. FERRIOLLI, E. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 99, n. 1, 2012.
- BARRETO, S. W. S. TAYSE, M. F. O. et. al. Circunferência braquial e adequação de manguitos em unidade de terapia intensiva. **Ciência e Saúde**. v. 10, n. 3, p. 121 – 126, 2017.
- BAUMANN, B. M. ABATE, N. L. et. al. Characteristics and referral of emergency department patients with elevated blood pressure. **Academic Emergency Medicine**, v. 14, n. 9, p. 779 -784, 2007.
- BELSEY, J.D. Choice of angiotensin receptor blocker in moderate hypertension. A UKbased cost-benefit comparison of olmesartan and candesartan based regimens. **Journal Medical Economics**. v. 14, n.5, pp.553-61, 2011.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Mortalidade hospitalar do SUS por local de internação – Brasil**. Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011**. Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
- \_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Órgão emissor: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços

de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. p. 70.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informação de Atenção Básica – DATASUS. **Número de hipertensos cadastrados por município**. Ministério da Saúde, 2013.

CAMPANHARO, C. R. V. OLIVEIRA, G. N. et. al. Hipertensão Arterial no Serviço de Emergência: Adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v. 23, n.6, p. 1149 – 1156, 2015.

CAR, M. R. PIERIN, A. M. G. AQUINO, V. L. A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 25, n. 3, p. 259 – 269, 1991.

CAVALCANTI, A. P. R. DIAS, M. R. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre idosos baixa renda. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, p. 1567 – 1574, 2007.

CHEEVER, K. H. HINKLE, J. L. **Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 2v.

CHOR, D. RIBEIRO A. L. et. al. Prevalence, awareness, tratamento and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA – Brasil study. **POLS One**, v. 10, n. 6, 2015.

CORREA, S.M.B.B. **Probabilidade e estatística**. 2.ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2006.

COSTA, M. F. L. PEIXOTO, S. V. et. al. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Revista Saúde Pública**. v. 38, n. 5, p. 637 – 642, 2004.

COZAAR: Losartana Potássica. Fernando C. Lemos. Campinas: Merck Sharp & Dohme, 2011. Bula de remédio.

DAL – FABRO, A. L. Adherence to long term therapies: evidence for action. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1292 – 1298, 2005.

D'AMORIM, M.A. A teoria da ação racional nos comportamentos de saúde. *Temas em Psicologia da SBP*. 2000. 8(1):39-44.

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

DAVIS, D. P. JANDRISEVITS, M. D. Demographic, socioeconomic, and psychological factors related to medication non-adherence among emergency department patients. **Journal Emergency Medicine**, v. 45, n. 5, p. 773 – 785, 2012.

DIB, M. W. RIERA, R. FERRAZ, M. B. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal Public Health** v. 27, n. 2, p. 125 – 131, 2010.

ELLIOT, W. J. Clinical features in the management of selected hypertensive emergencies. **Prog Cardiovasc Dis**, v. 48, n. 5, p. 316 – 325, 2006.

FEITOSA-FILHO, G. S. et. al. Emergências hipertensivas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v.20, n.3, p. 305- 12, 2008.

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

GAMA, G. G. G. MUSSI, F. C. et. al. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n.12, p. 3371 – 3383, 2012.

GOULART, F. A. A. Organização Pan – Americana da Saúde. **Organização Mundial da Saúde**. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GROSSMAN E., MESSERLI, F.H. et. Al. High blood pressure and diabetes mellitus: are all antihypertensive drugs created equal. **Arch Intern Med**. V. 160, n. 16, p. 2447 – 2452, 2000.

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

HELENA, E. T. S. NEMES, M. I. B. et. al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010.

HORNE, R.; WEINMAN, J. et, al. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. **Psychology and Health**. London. v.14 , p. 1-24, 1999.

JANNUZZI, F. F. RODRIGUES, M. C. R. et. al. Crenças relacionadas à adesão ao tratamento com antidiabéticos orais segundo a Teoria do Comportamento Planejado. **Revista Latino – Am. Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 529 – 537, 2014.

KANNEL, W.B. VASAN, R. LEVY, D. Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values? **Hypertension**, v. 42, n. 4, p. 453 – 456, 2003.

LEVY, P. S. **Lemeshow S. Sampling for health professionals**. Belmont: LLP, 1980.

LOPES R. D. FEITOSA FILHO, G. S. Crise hipertensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. 2005; 3:113-6.

LUDER, H.; FREDE, S.; KIRBY, J.; KING, K.; HEATON, P. Health beliefs describing patients enrolling in community pharmacy disease management programs. *Journal of pharmacy practice*. 2015.1-8.

MALACHIAS, M.V.B.et. al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p. 1 – 83, 2016.

- MALTA, D. C. BERNAL, R. T. I. B. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, supl. 1:2s, 2017.
- MARCONI, M. A., LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R A. et. al. **Emergências Clínicas - Abordagem Prática** - 7a ed, Manole, 2012.
- MENGUE, S. S. BERTOLDI, A. D. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 2, 2016.
- MOUTINHO, K. ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação Psicológica** v. 9, n.2, p. 279 – 287, 2010.
- NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE (NCGC). **Hypertension: the clinical management of primary hypertension in adults**. London: Royal College of Physicians, 2011.
- OLIVEIRA FILHO. A. D. BARRETO FILHO. J. A. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 649 – 658, 2012.
- PAVÃO, A. L. B. COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471 – 482, 2008.
- PÉRES, D. S. MAGNA, J. M. et. al. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos, sentimentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 5, p. 635 – 642, 2003.
- PICCINI, R. X. FACCHINI, L. A. et. al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543 – 550, 2012.
- PIRES, C. G. S. P. MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, sup. 2, p. 2257 – 2267, 2008.
- PITTMAN, D. G. TAO, Z. et. al. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. **American Journal of Managed Care**. v. 16, n. 8, p 568 – 576, 2010.
- PEREIRA, M. et. al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**, v. 27, n. 5, p. 937 – 975, 2009.
- PUCCI, N. et. al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 4, p. 322 – 329, 2012.
- REZENDE, J. M. **Linguagem Médica**. São Paulo: Velpes, 2011.
- RAMOS, D. C. CASALI, A, C. G. Antagonistas dos receptores de angiotensina II: uma revisão de classe. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 2, 2012.

- RENOVATO, R.D. DANTAS, A. O. et al Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. **Infarma**.v. 17, 2005.
- SANTOS, M. V. et. al. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivos: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 11. n. 1, p. 55-61, 2013.
- SILVA, E. C. MARTINS, M. S. A. S. M. et. al. Prevalência de Hipertensão sistêmica e fatores associados em homens e mulheres em município da Amazônia legal. **Revista Brasil de Epidemiologia**. v. 19, n. 1, 2016.
- SIQUEIRA, D. S. RIEGEL, F. et. al. Perfil de pacientes com crise hipertensiva atendidos em um pronto socorro no sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 5, n. 2, p. 224 – 234, 2015.
- SIQUEIRA , A. S. SIQUEIRA – FILHO, A. G. et al. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 21, n.3, p. 135, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1 – 51, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **HIPERTENSÃO ARTERIAL** [www.arquivosonline.com.br](http://www.arquivosonline.com.br). V. 107, Nº 3, Supl. 3, 2016.
- SZKLO, M. JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology. **Epidemiology: beyond the basics**. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc, p.3-5, 2000.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**/Marcos Antônio Barbosa Pacheco . - São Luís, 2015.
- VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.
- VILELA – MARTIN, J. F. et. al. Hypertensive crisis: clinical-epidemiological profile. **Hypertension Research**. v. 34, n. 3, p. 367 – 371, 2011.
- VISSMAN A. T. HERGENRATHER, K. C. et. al. Applying the theory of planned behavior to explore HAART adherence among HIV-positive immigrant Latinos: elicitation interview results. **Patient Education and Counseling**. v. 85, n. 3, p. 454 – 460, 2011.

VEIGA, E. V. NOGUEIRA, M. S. Avaliação de Técnicas da Medida da Pressão Arterial pelos Profissionais de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 80, n. 1, p. 83-89, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dia Mundial da Hipertensão**, 2015. Disponível em: [http://www.paho.org/bireme/index.php?id=286%3Adia-mundial-da-hipertensao-2015&option=com\\_content](http://www.paho.org/bireme/index.php?id=286%3Adia-mundial-da-hipertensao-2015&option=com_content)

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa intitulada “**PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Larissa dos Santos Sousa, sob orientação da docente Taciana da Costa Farias Almeida, a qual pretende verificar a adesão terapêutica dos pacientes hipertensos atendidos na unidade de pronto atendimento. A participação é voluntária e se dará por meio da aplicação três formulários que fará a sua caracterização, avaliará suas crenças e sua adesão ao tratamento medicamentoso em uso.

Os riscos que a pesquisa pode vir a trazer são os mínimos possíveis, podendo existir certo desconforto diante da condição clínica do entrevistado, bem como o receio em responder algumas perguntas. Participando da pesquisa, você estará contribuindo para geração de conhecimento a respeito do assunto, pois, através desta, conseguiremos identificar e verificar o nível de adesão e as crenças na terapêutica medicamentosa.

Após o seu consentimento, caso o Sr (a) queira desistir de continuar participando da pesquisa, tem o direito e a liberdade de se retirar em qualquer fase da pesquisa intitulada, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), localizado na Avenida Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó, pelo telefone (83) 2101-1684 ou diretamente com a orientadora da pesquisa, Taciana da Costa Farias Almeida, através do número (83)99600 - 2283, ou até mesmo com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUAC/UFCG, na Rua Dr. Carlos Chagas, s/nº, no Bairro São José, cidade de Campina Grande – PB, telefone (83) 2101-5545.

Campina Grande, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do(a) participante Voluntário(a)

---

Taciana da Costa Farias Almeida  
Pesquisadora Responsável

---

Larissa dos Santos Sousa  
Pesquisador Participante

## APÊNDICE B

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO CCBS/UFCG

Eu, Patrício Marques de Souza, estou ciente e autorizo que a aluna Larissa dos Santos Sousa do Curso de Enfermagem a desenvolver o estudo intitulado “**PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**”, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) orientador (a) Taciana da Costa Farias Almeida, cujo objetivo geral é verificar a adesão terapêutica dos pacientes hipertensos atendidos na unidade de pronto atendimento.

Campina Grande, 03 de março de  
2017.



Professor Patrício Marques de Souza

Prof. Patrício Marques de Souza  
DIRETOR CCBS/UFCG  
Mat. SIAPE 335891

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO UNIDADE DE PRONTO**  
**ATENDIMENTO DR. MAIA**

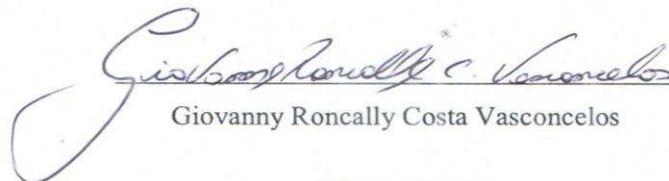
Eu, Giovanny Ronally C. Vasconcelos, exercendo a função de diretor geral da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Maia em Campina Grande – PB, estou ciente e **AUTORIZO** que a aluna **Larissa dos Santos Sousa**, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) realize coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “**PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**” sob a responsabilidade da professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, pesquisadora e orientadora, Taciana da Costa Farias Almeida(SIAPE: 1941859), nesta **INSTITUIÇÃO**. Reconheço a importância do estudo para a unidade, município e população, visto que o mesmo possui como **objetivo geral** verificar as crenças e a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos não controlados atendidos na unidade de pronto atendimento.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução nº466/12 do CNS/MS, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos pacientes e dos demais envolvidos.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa– CEP/HUAC/UFCG para garantir aos envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Campina Grande, 02 de maio de 2017

  
 Giovanny Ronally Costa Vasconcelos

Diretor Geral

**APÊNDICE D****DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa: PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: CRENÇAS E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Eu, Taciana da Costa Farias Almeida (SIAPE: 1941859), Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG nº 98001054709 – SSP/AL declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande – PB, 24 de Fevereiro de 2017.



---

Prof. Ms. Taciana da Costa Farias Almeida

SIAPE: 1941859

## APÊNDICE E

## FORMULÁRIO COMPLEMENTAR

## 1) DADOS SÓCIOECONÔMICOS

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE (ANOS): \_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  EMININOCOR DA PELE:  BRANCO  NÃO BRANCO

(Quesito a ser respondido pelo entrevistador)

RESIDE SOZINHO:  SIM  NÃOESTADO CIVIL:  CASADO  SOLTEIRO  SEPARADO  VIÚVO

ESCOLARIDADE (ANOS DE ESTUDO): \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO:  AUTONOMO  EMPREGADO  DO LAR  APOSENTADOAFASTADO  ESTUDANTE 

RENDA (Nº DE SALÁRIOS MÍNIMOS): \_\_\_\_\_

SEDENTARISMO:  SIM  NÃO

(Entender como sedentarismo a prática de exercícios em menos de 2 dias por semana)

ALCOOLISMO:  SIM  NÃO

(Consumo de 30g por dia para homens. Consumo de 30g por dia para mulheres)

TABAGISMO:  SIM  NÃOMORBIDADES:  AVE  DM  IAM  DISLIPIDEMIAQUEIXA RELACIONADA A PRESSÃO:  SIM  NÃO

Qual: \_\_\_\_\_

TEMPO DE DIAGNÓSTICO (ANOS): \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA: \_\_\_\_\_

## ANEXO I

### ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY DE 8 ITENS –MMSA -8

1) Você as vezes se esquece de tomar os seus remédios para pressão?

SIM  NÃO

2) Nas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?

SIM  NÃO

3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando tomava os remédios?

SIM  NÃO

4) Quando você viajava ou saia de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos.

SIM  NÃO

5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?

SIM  NÃO

6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?

SIM  NÃO

7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento de pressão alta?

SIM  NÃO

8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?

NUNCA QUASE NUNCA ÀS VEZES FREQUENTEMENTE  SEMPRE

## ANEXO II

### Levantamento das crenças acerca da adesão a terapia medicamentosa

**Identificação:** \_\_\_\_\_

1. Na sua opinião, quais as vantagens de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito?

\_\_\_\_\_

2. Na sua opinião, quais as desvantagens de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito?

\_\_\_\_\_

3. Quais as pessoas, importantes para você, que consideram que você deve aderir ao tratamento medicamentoso prescrito?

\_\_\_\_\_

4. Quais as pessoas, importantes para você, que consideram que você não deve aderir ao tratamento medicamentoso prescrito?

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_