



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

JOSÉ ROCHA GOUVEIA NETO

**TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ADESÃO
TERAPÊUTICA, QUALIDADE DE VIDA E CRENÇAS DE HOMENS
HIPERTENSOS**

CAMPINA GRANDE – PB

FEVEREIRO/2018

JOSÉ ROCHA GOUVEIA NETO

**TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ADESÃO
TERAPÊUTICA, QUALIDADE DE VIDA E CRENÇAS DE HOMENS
HIPERTENSOS**

Monografia apresentada para fins de conclusão do Curso de Enfermagem, apresentado no Centro de Ciência Biológica e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como requisito para obter o título de bacharel em enfermagem.

Área Temática: Saúde do Homem e Hipertensão

Orientador (a): Prof^ª. Ms. Taciana da Costa Farias Almeida

CAMPINA GRANDE - PB

FEVEREIRO/2018

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

G745t

Gouveia Neto, José Rocha.

Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: adesão terapêutica, qualidade de vida e crenças de homens hipertensos/ José Rocha Gouveia Neto. – Campina Grande, PB: O autor, 2018.

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

Orientador: Taciana da Costa Farias Almeida, Ma.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Saúde do homem. 2.Hipertensão. 3.Indicadores básicos de saúde. 4.Adesão a medicação. 5.Qualidade de vida. I. Almeida, Taciana da Costa Farias. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083: 616.12-008.331.1 (813.3)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em enfermagem, a Universidade Federal de Campina Grande.

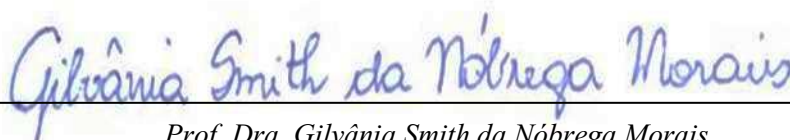
JOSÉ ROCHA GOUVEIA NETO

Monografia apresentada em: 26/02/2018

Banca Examinadora:



Prof. Ms. Taciana da Costa Farias Almeida
Orientadora



Prof. Dra. Gilvânia Smith da Nóbrega Morais
Examinadora



Prof. Esp. Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Examinadora

*“Posso, tudo posso naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus
projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou
pra mim e ali estar”*

(Celina Borges)

AGRADECIMENTO

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por sempre me abençoar e dar forças para superar todos os obstáculos, agradeço por ter me dado uma família tão especial e por ter colocado as pessoas certas nesta minha caminhada, tornando-se essenciais para minha evolução.

Mãe e pai, abrigado por todo carinho e dedicação, por nunca deixar faltar nada para mim, também agradeço pelos conselhos e a paciência em relação aos meus momentos de estresse na universidade.

Bianca, a melhor irmã que Deus podia me dar, agradeço por todo apoio que me deste, pelas palavras de consolo em momentos difíceis durante a graduação. Saiba que você é muito importante para mim e que sempre, em qualquer situação que você precisar de um ombro amigo ou de qualquer ajuda pode contar comigo que te prometo que nunca irei negar.

Vó Eloíza, muito obrigado por todo o carinho que a senhora sempre me deu, você é muito especial, te considero uma das mulheres mais forte e bondosa que já conheci em toda minha vida, tenho certeza que Deus tem muito orgulho do ser humano tão magnífico que tu és.

A toda minha família, obrigado por todas as palavras de apoio, carinho, obrigado por todas as orações em que vocês me colocaram. Saibam que não irei desapontá-los, cada um de vocês é uma peça fundamental do meu viver.

Aos professores, agradeço pelo conhecimento que foi compartilhado, por todo apoio e compreensão que a maioria teve comigo e com minha turma. Saibam que vocês são muito mais que professores, são amigos que irei levar para toda minha vida.

Professor Erik, a minha graduação no curso não estaria sendo realizada sem seu apoio, como eu disse na cerimônia de aposição da placa, todo o seu apoio naquele estágio no quarto período me deu forças para superar meus medos e insegurança.

Outro apoio essencial neste momento difícil do quarto período foi o meu eterno grupo de estágio: Mirelly Barros, Nathália Bianca, Anna Karla e Bruna Gonzaga. Vocês foram mais que companheiras de estágio, foram verdadeiras amigas que sempre me apoiaram em momentos parecidos como esse e nos alegres. Teremos cada história para compartilhar, cada situação foi vivenciada não é mesmo? Nos perdemos em ônibus durante a ida para estágio, descansamos depois do “almoço” em escadarias de locais abandonados, mas tudo isso vivenciado com muita alegria e carinho.

Anninha e Mônica, minhas irmãs que a universidade me deu, obrigado por todo apoio e carinho, vocês duas são extremamente especiais para minha vida. Sou muito grato por todo o amor, conselhos e confiança que vocês me oferecem. Agradeço a Deus por ter colocado estas duas cabeçadas que amo tanto em minha vida, saibam que estarei à disposição no que vocês precisarem.

A todos os amigos, Roberta Paolli, Marina Saraiva, Nathália Fernandes, Ingrid Moura e demais que conquistei durante a graduação, muito obrigado por todo o carinho, a minha turma 2013.1, agradeço por tudo, compartilhamos momentos que estarão em minhas lembranças por toda eternidade, como eu disse anteriormente. Deus me abençoou no início até o final da graduação, me deu a melhor turma que alguém pode desejar, repleta de pessoas que me apoiaram em todas as ocasiões, muito obrigado por tudo, meninas.

Taciana, minha orientadora, agradeço por todo apoio que me deste, te considero uma das professoras mais carinhosa e bondosa que conheço, o seu cuidado com pacientes e com seus alunos é inspirador e admirável. Obrigado por todo o seu apoio no oitavo período, momento este onde enfrentei situações difíceis e você sempre foi tão carinhosa e compreensível, o que me trazia um certo consolo. Na minha vivência com a pesquisa, você foi a pessoa incentivadora e a pioneira a me ajudar neste aspecto, como eu disse no começo, você é uma pessoa que através de toda sua paixão no que faz acaba inspirando outras pessoas e eu não sou diferente, espero que minha assistência profissional e no ramo da pesquisa seja parecida com a da senhora.

Agradeço as professoras, Gilvânia Smith e Xênia Sheila, por aceitarem o convite para composição da banca, realizando contribuições relevantes para enriquecer ainda mais este estudo.

Nathália Bianca, a eterna Bibi, sem seu auxílio não teria conseguido finalizar as coletas sobre as crenças dos usuários, obrigado por nunca negar a sua ajuda e sempre ser tão legal comigo, você é uma amiga que todos gostariam de ter, saiba que sempre pode contar comigo.

Profissionais do monte castelo, obrigado por todo apoio nas coletas, por todos os dias que eu fui até a unidade e vocês me atenderam da mesma forma, com educação e alegria, vocês foram peças fundamentais na minha vivência acadêmica.

RESUMO

GOUVEIA NETO, José Rocha. **Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial:** adesão terapêutica, qualidade de vida e crenças de homens hipertensos. 59f. Trabalho de conclusão de curso, (Bacharelado em enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande (PB), 2018.

INTRODUÇÃO: O homem desde a sua formação sociocultural é estereotipado como sexo marcante, poderoso e o principal responsável pela sua família. Esse conceito antiquado prejudica diversos aspectos da vivência, sendo a saúde, um dos mais afetados. O homem possui a crença de que problemas de saúde irão abalar a sua masculinidade e sua funcionalidade no trabalho, este comportamento proporciona um autonegligenciamento da saúde, ocasionando a baixa procura aos serviços de saúde, resultando na vulnerabilidade a doenças e agravos, sendo a hipertensão arterial sistêmica bastante prevalente. Sabe-se que esta enfermidade requer um controle adequado para evitar complicações, e para alcançar este resultado é necessário que os hipertensos realizem uma adesão terapêutica adequada e que os profissionais conheçam quais são as crenças destes usuários em relação ao tratamento. Assim, os **OBJETIVOS** deste estudo são: avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos homens hipertensos; investigar a qualidade de vida dos homens hipertensos; levantar as crenças desses homens em relação à adesão terapêutica. **MÉTODO:** Estudo quanti-qualitativo, realizado em uma UBSF na cidade de Campina Grande- PB. Para o desenvolvimento deste estudo, foi acessado o banco de dados ativo da pesquisa piloto, que continha informações levantadas por meio de um formulário aplicado anteriormente e extraiu dele os dados que alimentaram o banco, referente aos sujeitos do sexo masculino, como: dados sociodemográficos, antropométricos e questões específicas sobre adesão terapêutica e qualidade de vida (QV), após esta etapa, iniciou-se o convite para participar do levantamento das crenças. A pesquisa piloto abordou 112 hipertensos, dentre os quais, 20 são homens, compondo a amostra de caracterização, porém sobre o levantamento das crenças não foi possível realizar com todos, resultando em uma amostra de 13 homens. **RESULTADOS:** A média de idade dos homens foi de 64 anos, auto relataram ser brancos (45%), com baixas renda (1,85 salários mínimos) e escolaridade (2,65 anos), casados (60%) e aposentados (55%). Os dados indicam que se trata de uma amostra com sobrepeso (IMC=28,95), sedentários (85%), tendo cefaleia (20%) como queixa principal e com baixos *scores* de qualidade de vida (10,50) e adesão (4,75). O questionário de QV revelou que estes hipertensos se queixavam de fraqueza (50%), acham que a vida é uma luta contínua (90%), possui a sensação de que estão doentes (65%), urinam com mais frequência (70%) e sentem a boca seca (55%). Como crenças salientes para o tratamento identificou-se benefícios para saúde e cumprir com o dever como vantagens de aderir ao tratamento. A esposa foi o principal referente positivo para o tratamento da hipertensão. **CONCLUSÃO:** Confirma-se que as crenças dos usuários sobre o tratamento, a adesão medicamentosa e a qualidade de vida são variáveis inteiramente conectadas, sendo de relevante importância que os profissionais sejam cientes deste fato para proporcionar uma assistência integral aos homens hipertensos, conhecendo e introduzindo os referentes positivos nesta assistência.

Descritores: Saúde do homem, Hipertensão, Indicadores básicos de saúde, Adesão a medicação, Qualidade de vida.

ABSTRACT

GOUVEIA NETO, José Rocha. **Drug treatment of hypertension:** therapeutic adherence, quality of life and beliefs of men with hypertension. 59f. Completion of course work. (Bachelor of Nursing) - Center for Biological and Health Sciences, Federal University of Campina Grande, Campina Grande (PB), 2018.

INTRODUCTION: Man since his socio-cultural formation is stereotyped as a strong, powerful sex and the man responsible for his family. This old-fashioned concept harms many aspects of life, and health is one of the most affected. The man has the belief that health problems will shake his masculinity and his functionality in the work, this behavior results in self-neglect of health, causing the low demand to the health services, resulting in the vulnerability to diseases and diseases, being arterial hypertension prevalent. It is known that this disease requires adequate control to avoid complications, and to achieve this result it is necessary for hypertensive patients to achieve adequate therapeutic adherence and for professionals to know the patients' beliefs regarding treatment. Thus, the **OBJECTIVES** of this study are: to evaluate adherence to the drug treatment of hypertensive men; to investigate the quality of life of hypertensive men; to raise the beliefs of these men regarding therapeutic adherence. **METHOD:** Quantitative-qualitative study, carried out at a basic unit of family health in the city of Campina Grande-PB. For the development of this study, we accessed the active database of the pilot research, which contained information collected through a form previously applied and extracted from it the data that fed the bank, referring to the male subjects, such as: sociodemographic data, anthropometrics and specific questions about therapeutic adherence and quality of life (QL), after this stage, the invitation to participate in the belief survey began. The pilot study addressed 112 hypertensive patients, of which 20 were men, composing the characterization sample, but on the belief collection it was not possible to perform with all, resulting in a sample of 13 men. **RESULTS:** The mean age of the men was 64 years, with white skin self-report (45%), low income (1.85 minimum wages) and schooling (2.65 years), married (60%) and retirees (55%). The data indicate that the sample is overweight (IMC = 28.95), sedentary (85%), headache (20%) as the main complaint and with low scores on quality of life (10,50) and adherence (4,75). The QL questionnaire revealed that these hypertensive people complained of weakness (50%), they think that life is a continuous struggle (90%), they feel they are sick (65%), they urinate more frequently (70%) and feel dry mouth (55%). Outgoing beliefs for treatment have identified health benefits and complying with duty as advantages of adhering to treatment. And the wife was the main positive reference for the treatment of hypertension. **CONCLUSION:** It is confirmed that users' beliefs about treatment, medication adherence and quality of life are fully connected variables, and it is of great importance that professionals are aware of this fact to provide comprehensive assistance to hypertensive men, knowing and introducing the positive referents in this assistance.

DESCRIPTORS: Mens's Health, Hypertension, Health Status Indicators, Medication Adherence, Quality of life

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Aspectos sociodemográficos dos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida.....	28
Tabela 2- Distribuição dos dados sociais dos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida.....	28
Tabela 3- Distribuição dos valores antropométricos dos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida.....	29
Tabela 4- Distribuição dos fatores de risco, morbidades, queixas e fármacos utilizados pelos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida.....	30
Tabela 5- Distribuição do tempo de diagnóstico, escores de qualidade de vida e adesão ao tratamento medicamentoso para Hipertensão Arterial dos hipertensos.....	31
Tabela 6- Análise estatística sobre as respostas indicadoras de qualidade de vida nos últimos sete dias do questionário Minichal-Brasil (QV).....	32
Tabela 7- Distribuição das crenças comportamentais positivas e negativas relacionadas ao comportamento de aderir ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial (anti-hipertensivos orais) e a média dos escores de adesão ao tratamento e qualidade de vida.....	33
Tabela 8- Distribuição das crenças normativas positivas e negativas relacionadas ao comportamento de aderir ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial (anti-hipertensivos orais) e a média dos escores de adesão ao tratamento e qualidade de vida.....	34

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DBHA	Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECA	Enzima Conversora da Angiotensina
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
MMSA- 8	Morisk de 8 itens
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PET	Programa de Educação Tutorial
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QV	Qualidade de Vida
TAR	Teoria da Ação Racional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Hipertensão Arterial: fisiopatologia e fatores de risco	18
3.2 Epidemiologia, acompanhamento e adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial	19
3.3 Crenças do indivíduo em relação ao tratamento da Hipertensão Arterial	21
3.4 Adesão medicamentosa e crenças dos usuários: fatores relevantes para a qualidade de vida	22
4. MÉTODO	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Local da pesquisa	23
4.3 Sujeitos	23
4.3.1 População	23
4.3.2 Amostra	24
4.3.2.1 Critérios de inclusão	24
4.3.2.2 Critérios de exclusão	24
4.3.2.3 Critérios de descontinuidade	24
4.4. Procedimento de coleta, instrumentos e tratamento dos dados	25
4.4.1 FASE 1 – Levantamento dos usuários hipertensos por meio de consulta ao banco de dados (Projeto Guarda Chuva)	25
4.4.2 FASE 2 – Convite e levantamento das crenças no tratamento para hipertensão	25
4.4.3 FASE 3 – Transcrições das gravações	25
4.5. Análise dos dados	25
4.6. Aspectos éticos	27
5. RESULTADOS	28
5.1 Dados sociodemográficos, adesão e qualidade de vida	28
5.2 Levantamento de crenças no tratamento medicamentoso para hipertensão arterial	33
6. DISCUSSÃO	36

6.1 Caracterização dos homens hipertensos: conhecendo sua realidade diante a doença	36
6.2 Crenças sobre a HAS: explorando o conhecimento dos usuários sobre a patologia	42
6.2.1 Adesão ao tratamento medicamentoso na manutenção e prolongamento da vida	42
6.2.2 Adesão ao tratamento medicamentoso como obrigação	43
6.2.3 Esposa/companheira como referente essencial para adesão terapêutica.....	44
7. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXO 1- Termo de consentimento livre e esclarecido	
ANEXO 2- Escala de adesão terapêutica de MORISKY de 8 itens –MMSA -8	
ANEXO 3- Questionários de avaliação da Adesão terapêutica Minichal-Brasil	
ANEXO 4- Levantamento das crenças acerca da adesão a terapia medicamentosa	
ANEXO 5- Parecer de aprovação no CEP	

1. INTRODUÇÃO

A saúde masculina na atenção primária à saúde (APS) é marcada por diversas razões, que resultam em ineficácia por parte do serviço em relação ao atendimento prestado ao homem. Segundo estudo (BRASIL, 2009) estas barreiras são divididas em linhas de origem, que se encontram extremamente ligadas a fatores socioculturais e organizacionais do próprio serviço (MENDES et al., 2015; BRASIL, 2009).

A concepção sociocultural sobre o gênero masculino configura-se a partir de um estereótipo criado sobre este grupo populacional. Desde a sua origem o homem é rotulado como ser mais forte, protetor, patriarcal, que possui a obrigação de sustentar a família com o seu trabalho, que muitas vezes ocupa praticamente todo o seu dia. Para honrar com esta definição social, a população masculina deve ser antes de qualquer coisa invulnerável. Este conceito de virilidade e força inabalável é denominado masculinidade hegemônica, fator que prejudica a sociedade em diversos aspectos, dentre os quais, a criação de machismo é o mais evidente (ANDRADE; YOSHIDA, 2016; BRASIL, 2009).

Na área da saúde não é diferente, o homem não reconhece que está doente, considera a doença algo que o deixa fragilizado, abalando sua masculinidade, isso resulta na origem do medo em descobrir uma doença grave levando os usuários a ignorar prováveis sintomas existentes, fazendo com que cuide menos da saúde, tornando-se indivíduos mais vulneráveis a altas taxas de morbimortalidade, e conseqüentemente menos tempo de vida (ANDRADE; YOSHIDA, 2016; JESUS et al., 2014; BRASIL, 2009).

Em relação à organização do serviço, o principal problema apresentado é a incompatibilidade do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com o tempo disponível do homem, já que em muitos casos a jornada de trabalho desses usuários é extensa, fazendo com que a noite e os finais de semana sejam o horário que poderiam ser atendidos. De acordo com a legislação (BRASIL, 2011), as UBSF não costumam funcionar nos finais de semana, e contabilizam um horário de oito horas de funcionamento durante o dia, que coincide, na maioria das vezes, com o horário comercial e de trabalho.

Para dificultar o atendimento, ainda existe a demora na marcação de consultas e exames, tornando a assistência à saúde, algo que requer tempo o que pode prejudicar o acesso do homem, pois para eles, essa demora resulta em perdas no trabalho (SOUZA et al., 2015; JESUS et al., 2014; BRASIL, 2009).

Outra barreira evidenciada é o fato das unidades priorizarem a saúde de outros grupos específicos, tais como: criança, idoso e mulher. Essa situação torna o homem um ser distante quando comparada com a assistência focada nos outros grupos, já que em algumas ocasiões são inseridos dentro dos programas que acolhem mulher, adultos e idosos ou assistidos pela demanda espontânea (BRASIL, 2009).

Além desse problema, quando atendidos, os serviços realizam ações fragmentadas, tendo como foco principal o órgão genital masculino, a saber o novembro azul, com o foco na prevenção do câncer de próstata. Essa afirmação expõe um grande problema, a falta de uma assistência integral, abordando todas as necessidades desse grupo populacional (ANDRADE; YOSHIDA, 2016; MENDES et al., 2015; JESUS et al., 2014).

Todos esses fatores negativos na assistência primária ao homem fazem com que esse procure os serviços de saúde para alívio de sintomas extremos ou cura instantânea, sendo atendidos por serviços de atenção mais avançada, resultando em maiores custos para o governo e por consequência desta procura de serviço tardiamente os usuários apresentam morbidades graves que poderiam ser evitadas na APS com prevenção de doenças e promoção da saúde (SOUZA et al., 2015).

Como forma de aperfeiçoar essa assistência, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009). Essa tem como objetivo primário a atenção à saúde masculina de forma integral, observando todas as suas necessidades multidimensionais. A partir do conhecimento dos profissionais envolvidos na APS, espera-se a construção de vínculo entre trabalhadores da saúde e a população, ferramenta essencial para todos os serviços, principalmente na APS, por ser a atenção que mais tem contato com a comunidade, realizando ações na promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação (ANDRADE; YOSHIDA, 2016; CASTRO, 2012; BRASIL, 2009).

A política atenta para a redução dos índices de morbimortalidade em diversos eixos reforçando a concepção da vulnerabilidade do homem a problemas de saúde, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente (ANDRADE; YOSHIDA, 2016; SOUZA et al., 2015; BRASIL, 2009).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial (DBHA) essa doença crônica é definida como a elevação dos níveis pressóricos, pressão sistólica e diastólica maior que 140 mmHg e 90 mmHg respectivamente, tendo como principal característica a persistência destes valores. Em muitos casos a evolução desta doença é assintomática, fato que demonstra

negligenciamento dos cuidados necessário para o seu controle (MALACHIAS et al., 2016; CALDEIRA; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016; MENDES et al., 2015).

A HAS está associada a diversos fatores de riscos, os quais podem ser divididos em dois grupos: não modificáveis e modificáveis. As situações não modificáveis referem-se à idade, sexo, antecedentes familiares, e etnia. Esses aspectos devem ser analisados e utilizados como ferramenta de alerta (MALACHIAS et al., 2016).

Os modificáveis são: obesidade, tabagismo, dislipidemias, diabetes *mellitus*, sedentarismo e alimentação inadequada. As ações dos profissionais de saúde devem ser focadas nesses fatores de risco, utilizando tratamento farmacológico e educação em saúde, trabalhando juntamente com os usuários, protagonistas do cuidado, para intervenções nas mudanças de hábitos que podem prejudicar a saúde (MALACHIAS et al., 2016).

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão quando não controlada pode resultar em diversos agravos cardiovasculares, destacando-se: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica. No Brasil, 50% das mortes por esses agravos têm como principal causador a HAS; problemas renais; neurovascular como o acidente vascular encefálico (AVE), e lesões em órgão-alvo (PORTELA et al., 2016).

Essas condições clínicas confirmam o quanto a HAS é grave e merece a devida atenção no acompanhamento da adesão ao tratamento dos usuários, especialmente do sexo masculino, em relação ao seguimento da terapêutica prescrita. Além desses problemas apresentados, a hipertensão proporciona impacto social, pois juntamente com a diabetes interferem na produção do trabalho, aspecto que para o homem é característica essencial para a sua masculinidade, juntamente com o desempenho sexual, que também é afetado pela HAS (MALACHIAS et al., 2016).

Essa DCNT afeta mais de 30% da população adulta no Brasil. A prevalência entre os homens chegou a 22, 3% em pesquisa realizada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2014. Esses dados confirmam a imensidão de problemas que a HAS proporciona ao sexo masculino (MALACHIAS et al., 2016; MENDES et al., 2015; VARLETA et al., 2015).

Mesmos com os grandes avanços farmacológicos e assistenciais para o controle da HAS, ainda são observados índices elevados de usuários com níveis pressóricos totalmente descontrolados, principalmente na população masculina, e muitos casos de agravos cardiovasculares causados pela HAS (CALDEIRA; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016; PORTELA et al., 2016). Esse descontrole da pressão arterial (PA) pode estar relacionado a não adesão ao tratamento prescrito para a HAS, associado à característica de

ausência de sintomas específicos para doença, como também a crença que os indivíduos apresentam no tratamento, interferindo assim na sua qualidade de vida.

Neste sentido, considerar as crenças em saúde dos sujeitos no tratamento prescrito é fundamental para implementar ações educativas individualizadas. As crenças são ferramentas indicadoras da qualidade da adesão terapêutica dos usuários, já que interferem diretamente em seu comportamento, tornando-se barreiras para o enfrentamento da doença e o seu tratamento.

Muitas intervenções em saúde, direcionadas ao usuário hipertenso, são realizadas de forma mecanizadas, seguindo protocolos e de acordo com rotinas institucionais. Ações de saúde direcionadas ao homem hipertenso, com base em suas crenças sobre o tratamento e em horários oportunos para esta população, poderiam modificar este cenário de pouca adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida (PIRES; MUSSI, 2008; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Assim, este estudo buscará responder a seguinte pergunta: qual o retrato da adesão ao tratamento medicamentoso, qualidade de vida e crenças de homens hipertensos acompanhados em uma unidade básica de saúde da família?

A importância dessa temática está na necessidade em estudar um grupo populacional, que por ter a sua saúde negligenciada, torna-se mais suscetível a desenvolver doenças crônicas, principalmente a hipertensão, que apresenta diferentes agravos quando não controlada, possuindo uma menor expectativa de vida, quando comparada com a população feminina que na pesquisa da PNS atingiu 77,7 % , porém essa diferença no percentual pode ser entendida pela a dificuldade de coletar dados com a população masculina, já que essa grupo não são atendidos nos serviços com tanta frequência e negligenciam a saúde.

2. OBJETIVOS

- Geral
 - ✓ Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos homens hipertensos;
 - ✓ Investigar a qualidade de vida dos homens hipertensos;
 - ✓ Levantar as crenças desses homens em relação à adesão terapêutica;

- Específicos
 - ✓ Investigar o comportamento masculino quanto ao tratamento medicamentoso da hipertensão
 - ✓ Pesquisar as condições de saúde de homens acometidos por ha
 - ✓ Analisar as condições de vida de homens acometidos por ha
 - ✓ Analisar as influências sociais quanto ao tratamento medicamentoso da hipertensão
 - ✓ Averiguar o conhecimento que os hipertensos apresentam sobre a doença
 - ✓ Refletir acerca do poder das crenças sobre a adesão ao tratamento e qualidade de vida.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Hipertensão Arterial: fisiopatologia e fatores de risco

A hipertensão tem como origem um desequilíbrio hemodinâmico, na qual observa-se vasoconstrição, o que eleva a PA, sendo a principal característica desta doença a persistência desta alteração. Sua fisiopatologia está associada a diversos aspectos, em relação aos sistemas essenciais para esse controle, evidenciando-se o sistema renal e o renina-angiotensina-aldosterona (NOBRE et al., 2013).

Quando ocorre uma elevação da PA, os rins possuem um papel bastante relevante, irão excretar sódio e água, diminuindo o volume plasmático, com o objetivo de reduzir a pressão. Muitas medicações para hipertensão possuem este mesmo mecanismo, com o objetivo de diminuir o excesso de volume no organismo (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; NOBRE et al., 2013).

O sistema renina angiotensina aldosterona promove uma vasoconstrição dos vasos, resultando no aumento dos níveis pressóricos em situações de stress, perda de volume de forma brusca. O funcionamento deste sistema inicia-se com a liberação da renina, graças a uma diminuição abrupta da pressão e concentração de sódio. Há a interação com o substrato angiotensinogênio, transformando-se em angiotensina I, que não possui efeito sobre o sistema vascular, porém a partir do contato com uma enzima conversora da angiotensina (ECA), produzida no pulmão, resultará em outra transformação, angiotensina II, com efeito bastante significativo sobre os vasos (NOBRE et al., 2013).

A partir da vasoconstrição realizada, permite-se a estimulação da aldosterona, que realizará a estimulação da reabsorção de sódio e a liberação de hormônios antidiuréticos, como consequência a elevação da pressão arterial. Nos casos de hipertensão, algumas medicações irão intervir justamente neste sistema, impedindo o acúmulo de líquido ou na enzima que permite a transformação do angiotensina I em II (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; NOBRE et al., 2013).

O sistema nervoso também exerce um papel importante na regulação da PA, através de ação simpática, protagonista em relação ao efeito vasomotor, e parassimpática age no controle da PA, ambos recebem informações do descontrole da pressão por meio de mecanismos, sendo o barorreflexo o principal. O sistema nervoso simpático é o protagonista em relação ao efeito sobre a ação vasomotora, agindo diretamente sobre a resistência vascular periférica (MELO et al., 2016).

Todos os mecanismos citados vão interagir de forma direta sobre a PA ou indiretamente, agindo sobre aspectos que determinam a pressão, tais como o débito cardíaco e resistência vascular periférica, quando ocorre algum déficit hemodinâmico pode existir uma alteração no equilíbrio entre esses dois valores, o resultado desta situação pode ser uma constrição da musculatura lisa, o que evidencia o aumento da PA. A disfunção no endotélio, responsável por regular a resistência e tônus vascular, também pode resultar em alterações da PA (NOBRE et al., 2013).

Outro fator que poderá ter influência sobre os níveis pressóricos é a hereditariedade. Essa proporciona uma vulnerabilidade nos indivíduos para o desenvolvimento da hipertensão, porém é necessária a associação de outros aspectos, como os ambientais, para o seu surgimento (SILVA; BOUSFIELD, 2016; SABÓIA et al., 2014; NOBRE et al., 2013).

Os fatores ambientais referem-se ao meio propício para desenvolvimento do descontrole da PA, dentre eles, os hábitos de vida inadequados, os quais interferirão na regulação da PA. A ingestão excessiva de sal é o aspecto mais frequente quando se observa a alimentação, uma vez que proporciona uma incapacidade dos rins em excretar o consumo exacerbado de sal, com isso, o volume plasmático é aumentado, alterando a pré-carga, débito cardíaco e conseqüentemente aumenta a pressão arterial (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015; NOBRE et al., 2013).

Além do uso excessivo de sal, é observado que a obesidade também é um indicador de descontrole da PA, dislipidemias e hiperinsulemia, que são responsáveis por intervir no controle da pressão (PINHO et al., 2015; NOBRE et al., 2013). Além da alimentação, o sedentarismo, uso abusivo de bebida alcoólica e tabaco são aspectos que podem favorecer o surgimento da HAS (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; BERARDINELLI, 2013).

Por envolver diversos aspectos, a incidência da HAS está em crescimento, resultando no aumento de usuários acometidos por doenças ou agravos sérios, sendo HAS a causadora (LIMA; ALMEIDA, 2014; SABÓIA et al., 2014).

3.2 Epidemiologia, acompanhamento e adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 17,3 milhões de pessoas foram vítimas fatais das doenças cardiovasculares. A HAS foi responsável por mais de nove

milhões das mortes, sendo previsto que em 2030 este índice continue crescendo, chegando a mais de 23 milhões (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Em 2012 o programa HIPERDIA, sistema que organiza o atendimento a usuários hipertensos e diabéticos, cadastrou mais de 300 mil hipertensos isolados no ano de 2012, dos quais 9.782 são paraibanos (SABÓIA et al., 2014).

Os usuários acometidos por essa DCNT devem ser constantemente avaliados e apresentar uma adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica adequada, prevenindo o surgimento de complicações. Dessa forma, os índices de mortalidade podem torna-se menores, assim como os custos socioeconômicos (LIMA; ALMEIDA, 2014).

Para que essa adesão seja qualificada, torna-se importante observar o conhecimento que os hipertensos apresentam sobre a doença, assim como as suas crenças sobre HAS e a importância do tratamento pelos próprios usuários, protagonista e membro ativo do seu próprio cuidado (SABÓIA et al., 2014).

Os usuários devem conhecer sobre o autocuidado, refletir sobre os hábitos de vida, as consequências que a doença pode trazer, a importância da adesão ao tratamento farmacológico, e assim, proporcionar uma melhor qualidade de vida (LIMA; ALMEIDA, 2014; BERARDINELLI, 2013).

As razões que dificulta o entendimento desta doença, enquanto um problema crônico, para a maioria dos usuários é o baixo nível socioeconômico e de escolaridade, falta de vínculo com UBSF e informações inadequadas oferecidas pelos profissionais (SILVA; BOUSFIELD, 2016; VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015; LIMA; ALMEIDA, 2014).

Observa-se que, o conhecimento sobre a HAS pelos indivíduos é geralmente superficial, mesmo sabendo da importância da adesão, eles possuem dificuldade em aderir ao tratamento por diversos aspectos, tais como: acreditar que só estão doentes e precisam do remédio quando existem sinais e sintomas, muitos possuem medo de conhecer profundamente sobre sua doença e alguns casos a população acredita que adesão adequada irá resultar na perda do prazer de viver, pois serão controlados por medicamentos e proibições impostas por profissionais da saúde (LIMA; ALMEIDA, 2014).

Neste sentido, o usuário, especialmente o hipertenso do sexo masculino, deve ser avaliado com um ser único e que não possui apenas aspectos biológicos, mas sim como um ser que apresenta diversos aspectos, como: sociais, econômicos, psicológicos, emocionais, financeiros e familiares, que irão interferir na adesão ao tratamento de maneira positiva ou negativa (SABÓIA et al., 2014; BERARDINELLI, 2013).

3.3 Crenças do indivíduo em relação ao tratamento da Hipertensão Arterial

As crenças são conceitos estabelecidos pelos usuários, influenciados pelo meio sociocultural em que se encontra, sobre determinada situação, influenciando em seu comportamento, por essa razão devem ser observadas durante a avaliação clínica, principalmente em hipertensos, de modo que qualidade de vida dependerá do controle desta patologia, uma vez que o seu descontrole proporcionará o surgimento de outras doenças com diversas consequências graves (STUCHI; CARVALHO, 2008; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Cada indivíduo tem suas próprias crenças e maneira de lidar com a doença, ou seja, a forma de entender e expressar pensamentos difere quando comparada com os profissionais, pelo fato do nível de conhecimento. Observa-se que muitos usuários atendidos na UBSF apresentam baixa escolaridade, sendo dever dos profissionais a elaboração ações educativas de maneira simples, clara de forma que a comunidade possa compreender e interagir, incentivando a sua participação de forma ativa (BERARDINELLI, 2013).

Observa-se que em alguns casos os indivíduos modificam as suas crenças sobre hábitos de vida muito mais por influência de outros, tais como: familiares, amigos profissionais de saúde, do que por atitudes pessoais. Essa situação demonstra a importância de observar todo o contexto social, para que estratégias direcionadas sejam adequadas para cada realidade (FORMIGA; DIAS; SALDANHA, 2005).

Para aperfeiçoar o conhecimento sobre crenças, a teoria da ação racional é de grande valia. Inicialmente foi proposta por Martin Fishbein em 1960, sendo aperfeiçoada por Ajzen e outros pesquisadores.

Esta teoria defende o pensamento de que o homem é um ser guiado pela razão, o qual, utilizando-se de informações acessíveis, determinará o seu comportamento. Para aprofundar o conhecimento é necessário identificar aspectos da essência desse comportamento, como a intenção, determinada pela atitude, definida por julgamentos individuais sobre aspectos positivos e negativos de determinado comportamento, e normas subjetivas, a qual refere-se às influências sociais, determinada pelo que a sociedade acredita sobre a realização de determinado comportamento. Estes elementos constroem as crenças em relação à intenção comportamental de realizar determinado comportamento (MOUTINHO; ROAZZI, 2010), sendo assim a teoria tem como foco as crenças.

Sabe-se que as intenções são influenciadas por fatores que interfere no controle volutivo, alterando ou aperfeiçoando as crenças, dentre os quais, estão: a força de intenção, efeito do tempo, novas informações, confiança e metas esperadas (AJZEN, 1985).

O levantamento das crenças sobre determinado comportamento, por exemplo aderir ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, é realizado através de questionamentos, que de início deverão observar as atitudes dos usuários, através das vantagens e desvantagens que o ser humano acredita sobre aderir ao tratamento e em seguida deve-se analisar a influência social, identificando quais são os referentes positivos e negativos que auxiliam na realização de determinado comportamento (aderir ao tratamento). Conhecendo estes valores, adquire-se informações que auxiliam no aperfeiçoamento ou alteração de comportamentos (FISHBEIN; AJZEN, 2011, cap. 10; MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

3.4 Adesão medicamentosa e crenças dos usuários: fatores relevantes para a qualidade de vida

Definir QV não é uma ação simples, esse conceito é bastante complexo, envolvendo diversos aspectos. Tratar qualidade de vida como sinônimo de saúde é uma atitude incorreta, já que este conceito se torna defasado, realmente existe uma ligação com a saúde, porem sua definição relaciona-se com outros aspectos (GILL; FEISNTEIN, 1994).

Muitos pesquisadores consideram este termo como uma união de indicadores que revelam um bem-estar, tais como: a felicidade, satisfação pessoal, aspectos sociais, psicológicos, biomédicos, holístico. Sendo assim, a QV interage com diversos fatores multidimensionais, que abordem todas as vertentes da vida, de forma subjetiva (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Prolongamento da vida não significa viver bem, QV pode estar prejudicada, principalmente quando DCNT acometem esses indivíduos, sendo mais intensa quando resultam no desenvolvimento de complicações originando sequelas e gastos públicos, de modo que HAS é representante marcante. Sendo assim para observar a QV dos hipertensos, é necessário avaliar diversos contextos influenciadores, dentre os quais a adesão farmacológica e não farmacológica, crenças sobre a doença irão tornar-se ferramentas essenciais nesta avaliação (LAURENTI, 2003).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos em uma unidade de saúde da família”, desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial (PET) Redes de atenção à saúde na linha de Rede de Atenção às Urgências e Emergências - SOS Emergência (2013-2015).

A partir dos achados, elaborou-se uma pesquisa descritiva de abordagem quanti-qualitativa. O estudo descritivo refere-se à descrição/retrato de algum problema específico, será registrado, utilizando como abordagens: a quantitativa e qualitativa, métodos de mensuração numérica ou não, através de análises estatísticas ou da interpretação das relações para explicar a situação encontrada, respectivamente (BOENTE; BRAGA, 2004; RAMOS; MARIA RAMOS; BUSNELLO, 2003).

Este estudo combina esses tipos de abordagens, já que apresenta toda a caracterização dos homens participantes da pesquisa de forma quantitativa, utilizando-se de análises estatísticas descritivas e em seguida expõe interpretações das relações entre as crenças com a realidade afirmada pelos homens hipertensos.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na mesma UBSF do projeto guarda-chuva, Horacina Almeida, situada em Campina Grande no bairro do Monte Castelo. A UBSF é composta por duas equipes, possuindo dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma auxiliar de serviços gerais, nove agentes comunitários de saúde e um segurança. A unidade atende aproximadamente 6.000 mil usuários, e desses, segundo o programa de HIPERDIA, em junho de 2014, possuía 657 hipertensos cadastrados.

4.3 Sujeitos

4.3.1 População

O termo população é utilizado para definir o conjunto de indivíduos ou objetos que se encontram em um mesmo local (MARCONI E LAKATOS, 2002, p. 41), para esse estudo, a população alvo foi homens hipertensos cadastrados no HIPERDIA.

4.3.2 Amostra

Amostra é definida como um subconjunto representativo da população (MARCONI E LAKATOS, 2002, pg. 41). No projeto piloto a amostra foi 112 hipertensos, dentre os quais 20 são homens, tornando-se amostra para dados de caracterização, adesão e QV. Para dados qualitativos, ou seja, coleta das crenças, a amostra reduziu para 13 indivíduos.

4.3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo homens participantes no estudo inicial do projeto guarda-chuva, uma vez que eles apresentam os critérios de inclusão descritos para o projeto mestre: sexo masculino, maiores de 18 anos, hipertensos, em uso de terapia farmacológica para controlar a hipertensão arterial, assistidos na UBSF, com capacidade de responder o formulário e que assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo1), em caso de analfabetos, coletaram-se a impressão digital ou algum responsável assinou este documento.

4.3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os homens que apresentarem os critérios de inclusão, porém não foram sujeitos da primeira fase da pesquisa (Projeto guarda-chuva).

4.3.2.3 Critérios de descontinuidade

Utilizaram-se como critério de descontinuidade os sujeitos que não foram localizados para a segunda fase da pesquisa, na qual foram coletadas as crenças dos homens em relação ao tratamento da HAS ou que relataram para o entrevistador a vontade de desistir da pesquisa, procedendo-se conforme o TCLE.

4.4. Procedimento de coleta, instrumentos e tratamento dos dados

4.4.1 FASE 1 – Levantamento dos usuários hipertensos por meio de consulta ao banco de dados (Projeto Guarda Chuva)

Nesta fase, os pesquisadores acessaram o banco de dados ativo da pesquisa piloto, que continha informações levantadas por meio de um formulário aplicado anteriormente e extraiu dele os dados que alimentaram o banco, referente aos sujeitos do sexo masculino, como: número de prontuário, número do TCLE, nome do participante, telefone para contato, idade, sexo masculino, cor da pele, com quem reside, estado civil, escolaridade, ocupação, renda (número de salários mínimos), fatores de risco para doenças cardiovasculares (sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, diabetes mellitus), morbidades, queixas relacionadas à pressão, medicações em uso, tempo de diagnóstico, medidas antropométricas (pressão arterial aferida, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, valores de exames), também foi questionado se recebem acompanhamento, além de escores de adesão ao tratamento medicamentoso, levantados por meio da escala de adesão terapêutica de Morisk de 8 itens (MMSA – 8) (Anexo 2) e qualidade de vida, obtido por meio do questionário de avaliação da adesão terapêutica Minichal-Brasil (Anexo 3).

De posse destes dados, foram realizadas as análises preliminares a fim de responder aos objetivos propostos por esta pesquisa e posteriormente, os pesquisadores procederam com a FASE II, conforme descrita abaixo.

4.4.2 FASE 2 – Convite e levantamento das crenças no tratamento para hipertensão.

Durante esta fase e de posse dos nomes e endereços dos hipertensos que participaram da fase I (buscados no banco de dados e posteriormente nos prontuários da UBSF), foram realizadas visitas, juntamente com os agentes comunitários de saúde, nas residências dos sujeitos desse estudo para relatar o resultado da pesquisa preliminar que eles participaram. Neste momento, foi possível, diante de uma conversa, refletir junto com os homens que a adesão terapêutica e qualidade de vida podem melhorar.

Por meio desta conversa, lançou-se a proposta de participar da segunda fase do estudo. De acordo com o aceite do sujeito, foi aplicado um formulário (Anexo 4) por meio de entrevista estruturada, com perguntas baseadas nos pressupostos da Teoria da Ação Racional

(TAR), com o intuito de obter informações acerca das crenças dos usuários em relação ao tratamento medicamentoso da HAS. Ressalta-se que toda a entrevista (conversa) foi gravada com aparelho celular, de acordo com o consentimento do sujeito.

A coleta de dados desta fase foi realizada por dois acadêmicos de enfermagem, procedendo-se da seguinte forma: enquanto o pesquisador responsável realizava as perguntas do formulário, o outro pesquisador auxiliava nas gravações.

4.4.3 FASE 3 – Transcrições das gravações

Todas as gravações coletadas foram transcritas por ordem de realizações. Utilizou-se o *Microsoft Word 2010* e cada gravação foi armazenada em um documento individualmente. O início do documento apresenta a palavra: **gravação**, seguida a sequência numérica da ordem de realização, em parêntese colocou-se os últimos quatro números do arquivo *mp3* da gravação, com intuito codificar e facilitar a organização.

4.5. Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos utilizou-se análises estatísticas descritivas das informações coletadas no questionário do projeto guarda chuva. Inicialmente os dados foram inseridos em planilha do *microsoft excel* e posteriormente utilizou-se o *software IBM SPSS* versão 21.0 para construir as análises estatísticas, apresentadas nos resultados, através de discurso descritivo e tabelas.

Para elementos qualitativos optou-se por realizar a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. A qual considera a análise de conteúdo, o agrupamento de técnicas comunicativas, capaz de fornecer entendimento sobre a essência das mensagens coletadas (CÂMARA, 2013; BARDIN, 2011). Esta técnica de análise apresenta cinco etapas para sua realização, destarte: a organização da análise, codificação, categorização, inferência e tratamento informático (BARDIN, 2011).

A organização é segmentada em três partes: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. Durante esta etapa realizou-se leituras flutuantes dos arquivos coletados transcritos das gravações com as *falas dos homens*, com o intuito de observar as crenças em relação às vantagens e desvantagens da realização do tratamento para HAS, assim

como analisar quem são os referentes positivos e negativos que influenciam este comportamento.

Em relação à segunda etapa, a codificação, foi elaborada em unidades de registros nas quais foram realçadas partes dos discursos dos usuários, apresentados na discussão. Atentou-se para o anonimato dos usuários, sendo assim, os mesmos foram identificados com pseudônimos (nomes de super-heróis).

Para a categorização, observaram-se as unidades de registro, classificando-as em grupos com características em comum, dessa forma as informações ficam organizadas e mais fáceis de correlacionar. As categorias serão apresentadas nos resultados do estudo.

Em seguida realizou-se a inferência das mensagens, identificou-se aspectos subentendidos nas mensagens analisadas, enriquecendo as discussões. Por fim, na interpretação dos dados correlacionaram-se as informações obtidas durante a entrevista com a fundamentação teórica.

4.6. Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva, o qual apresenta parecer de aprovação (Anexo 5) junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (Parecer n°: 931.863).

5. RESULTADOS

5.1 Dados sociodemográficos, adesão e qualidade de vida

Participaram do estudo piloto (desenvolvido durante o PET- SAÚDE REDES DE ATENÇÃO) 20 homens hipertensos em acompanhamento na UBSF Horacina Almeida, cadastrados no HIPERDIA, com a coleta realizada entre novembro de 2016 a abril de 2017.

A seguir, serão apresentados na Tabela 1 dados sociodemográficos coletados na pesquisa, como forma de conhecer a caracterização desses usuários.

Tabela 1: Aspectos sociodemográficos dos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida. n=20. Campina Grande-PB, 2017.

<i>Variáveis</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Media</i>	<i>DP (±)</i>
Idade	42	89	64,75	11,45
Escolaridade	01	12	2,65	2,39
Renda/salários mínimos	01	05	1,85	1,19

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

A caracterização identificou que estes homens hipertensos apresentam dados sociais relevantes para o entendimento de sua realidade diante a adesão terapêutica e por ventura a sua qualidade de vida. Esses dados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos dados sociais dos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida. n=20. Campina Grande-PB, 2017.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cor da pele		
Branco	09	45
Não brancos	06	30
Não respondeu	05	25
Reside sozinho		
Não	14	70
Sim	05	25

Não respondeu	01	5
Estado civil		
Casado	12	60
Viúvo	04	20
Solteiro	02	10
Separado	02	10
Ocupação		
Aposentados	11	55
Empregados	04	20
Autônomo	03	15
Do lar	01	05
Afastado	01	05

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Os dados antropométricos encontrados estão apresentados na Tabela 3 demonstrando sua importância para caracterização dos usuários, fatores que interfere diretamente no controle da HAS e qualidade de vida.

Tabela 3: Distribuição dos valores antropométricos dos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida. n=20. Campina Grande-PB, 2017.

<i>Variáveis</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Media</i>	<i>DP (±)</i>
Peso	49,00	127,00	78,05	19,32
Altura	1,50	1,94	1,63	0,99
Circunferência Abdominal	88	143	102,80	12,89
IMC	22,00	45,4	28,95	5,18
Pressão Arterial: Sistólica/Diastólica	90/50	190/100	135,50/81,00	25,02/11,19

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Durante a aferição da PA observou-se que a PA sistólica (PAS) de oito (40%) homens encontrava-se normal, quatro (20%) apresentavam-se no estágio de pré-hipertensão, quatro

(20%) HAS estágio 1, duas (10%) estágio 2 e duas (10%) estágio 3. Sobre a PA diastólica (PAD) 12 (60%) estavam normais, sete (35%) consideradas estágio 1 e uma (5%) em estágio 2.

Achados sobre os fatores de risco relacionados a hábitos de vida inadequados, as morbidades que mais afetam esta amostra, queixas relacionadas sobre a HAS e os fármacos utilizados são apresentados na tabela 4, a seguir.

Tabela 4: Distribuição dos fatores de risco, morbidades, queixas e fármacos utilizados pelos homens hipertensos atendidos na UBSF Horacina de Almeida. n=20. Campina Grande-PB, 2017.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sedentarismo		
Sim	17	85
Não	03	15
Alcoolismo		
Não	18	90
Sim	02	10
Tabagistas		
Não	16	80
Sim	04	20
Morbidades		
Diabetes Mellitus	07	35
Dislipdemias	05	25
Infarto Agudo do Miocárdio	02	10
AVE	01	5
Queixas		
Cefaleia	04	20
Cansaço	03	15
Cefaleia+ tontura	01	05

Dor na nuca	01	05
Fármacos		
Hidroclorotiazida	11	55
Losartana	07	35
Enalapril	05	25
Atenolol	04	20
AAS	03	15
Furosemida	03	15
Captopril	02	10
Anlodipino	02	10

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Quanto ao uso de fármacos, 19 (95%) dos entrevistados faziam uso, o sujeito que referiu não tomar medicações, o fazia por conta própria, apesar de ter prescrição médica de anti-hipertensivos.

Quando questionados se sentiam falta no acompanhamento da hipertensão 15 (75%) relataram não sentir, três (15%) referiram falta de medicação e dois (10%) de exames.

Sobre o *escore* de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, 12 (60%) apresentam baixa adesão, sete (35%) média adesão e apenas um (5%) com alta adesão, dado que reflete diretamente na qualidade de vida dos hipertensos.

Para retratar este achado, serão apresentados os dados estatísticos sobre o tempo de diagnóstico da HAS, *scores* de qualidade de vida e de adesão ao tratamento medicamentoso (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição do tempo de diagnóstico, escores de qualidade de vida e adesão ao tratamento medicamentoso para Hipertensão Arterial dos hipertensos. n=20. Campina Grande-PB, 2017.

<i>Variáveis</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Media</i>	<i>DP (±)</i>
Tempo de diagnóstico (em anos)	01	60	12,45	14,78
Score qualidade de vida	02	21	10,50	5,82

Score adesão	00	08	4,75	1,99
---------------------	----	----	-------------	------

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

A qualidade de vida dos sujeitos foi mensurada por meio do questionário de avaliação da adesão terapêutica Minichal-Brasil (QV) (ANEXO 3), composto de 17 questões divididas em duas categorias: estado mental (questões de um a nove) e manifestações somáticas (envolvendo as questões de 10 a 16), a última pergunta não entra nessas categorias, ela é considerada uma questão isolada que avalia a percepção geral de saúde do paciente, procurando entender a dimensão da presença da HAS e seu tratamento na qualidade de vida do usuário (SCHULZ et al., 2008).

Vale salientar que no questionário original a questão 10 é considerada uma integrante da categoria um, porém com a tradução deste questionário para o Brasil, observou a necessidade de desloca-la para categoria dois, ou seja, uma simples tradução não é suficiente, é necessário adequar a linguagem do questionário para o ponto de vista cultural e conceitual, aproximando o máximo da realidade da população (SCHULZ et al., 2008).

Os levantamentos sobre a QV são apresentados na tabela 6, baseada nas respostas do questionário de avaliação da adesão terapêutica Minichal-Brasil (QV), apresentando dados salientes para o desenvolvimento do estudo. A tabela apresenta as questões do questionário, juntamente com a frequência de usuários que responderam “*não*”, “*absolutamente*” (sem alterações) e “*sim*”, “*um pouco/bastante/muito*” (com alterações).

Tabela 6: Análise estatística sobre as respostas indicadoras de qualidade de vida nos últimos sete dias do questionário Minichal-Brasil (QV). n=20. Campina Grande-PB, 2017.

<i>Questão</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
(Assunto)	<i>Sem alteração (não)</i>	<i>Com alteração (sim)</i>
Q1 (Dormir)	11(55)	9(45)
Q2 (Relações sociais)	14(70)	6(30)
Q3 (Relações com pessoas)	16(80)	4(20)
Q4 (Papel útil)	14(70)	6(30)
Q5 (Decisões)	18(90)	2(10)
Q6 (Agonia e tensão)	13(65)	7(35)

Q7 (Vida como luta contínua)	2(10)	18(90)
Q8 (Atividades habituais)	13(65)	7(35)
Q9 (Sem forças)	10(50)	10(50)
Q10 (Sensação de que está doente)	7(35)	13(65)
Q11 (Dificuldade de respirar)	13(65)	7(35)
Q12 (Inchaço nos tornozelos)	15(75)	5(25)
Q13 (Urinado com mais frequência)	6(30)	14(70)
Q14 (Boca seca)	9(45)	11(55)
Q15 (Dor no peito)	15(75)	5(25)
Q16 (Dormência e formigamento)	11(55)	9(45)
Q17 (HAS afetou a QV)	12(60)	8(40)

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

5.2 Levantamento de crenças no tratamento medicamentoso para hipertensão arterial

Em virtude da baixa adesão e qualidade de vida apresentadas pelos homens atendidos na unidade, encontrados na pesquisa piloto, optou-se por identificar as crenças desses sujeitos acerca do tratamento medicamentoso para a HAS. Dos 20 usuários do sexo masculino abordados no estudo piloto, 13 aceitaram participar da entrevista que tinha como objetivo identificar as crenças dos sujeitos acerca do tratamento medicamentoso para HAS.

O intuito do estudo era que todos os sujeitos fossem abordados sobre suas crenças, porém cinco deles não foram localizados e dois se mudaram da área de abrangência da UBSF. Assim, a coleta das crenças sobre o tratamento foi realizada com 13 homens hipertensos.

Para desenvolvimento do estudo, avaliou-se os questionamentos realizados pelos homens e em seguida emergiram as unidades de registros sobre as crenças coletadas, realizou-se a elaboração das tabelas (7 e 8) para facilitar a compreensão, as quais serão utilizadas posteriormente para construir as categorias para análise qualitativa do estudo.

Tabela 7: Distribuição das crenças comportamentais positivas e negativas relacionadas ao comportamento de aderir ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial (anti-hipertensivos orais) e a média dos escores de adesão ao tratamento e qualidade de vida. n=13. Campina Grande, PB, Brasil. 2017.

Crenças comportamentais	n (%)*	Score MMSA	Score QV
<i>Na sua opinião, quais as vantagens/desvantagens de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito para hipertensão arterial?</i>			
*POSITIVAS			
#Benefícios para a saúde	05(38,4)	4,60	9,60
#Cumpro com o dever/Obrigação	05(38,4)	6,20	7,40
Melhorar a QV	04(30,7)	3,75	8,75
Controle da PA	03(23)	6,33	4,66
Evitar agravos	03(23)	4,66	6,33
Não sabe	02(15,3)	6,50	7,00
* NEGATIVAS			
#Não possui	08(61,5)	6,12	7,37
Descontrole da PA	02(15,3)	1,50	8,00
Sofrer do problema	01(7,6)	3,00	13,0

* número de crenças ultrapassa o número de sujeitos, uma vez que alguns sujeitos referiram mais de uma vantagem em fazer uso de anti-hipertensivos por via oral para controlar a hipertensão.

#Crenças modais salientes (apresentadas numa frequência maior ou igual a 5)

Em relação aos referentes positivos e negativos, que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso dos homens entrevistados, observam-se os dados da Tabela 8, a seguir.

Tabela 8: Distribuição das crenças normativas positivas e negativas relacionadas ao comportamento de aderir ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial (anti-hipertensivos orais) e a média dos escores de adesão ao tratamento e qualidade de vida. n=13. Campina Grande, PB, Brasil. 2017

Crenças Normativas	n (%)*	Score MMSA	Score QV
<i>Na sua opinião, quais as pessoas, importantes para você, que consideram que você deve/não deve aderir ao tratamento medicamentoso prescrito para hipertensão arterial</i>			
*POSITIVOS			
#Esposa	08(61,5)	4,87	8,75
Profissionais da APS	04(30,7)	4,75	5,25
Filhos	02(15,3)	5,50	13,5
Ninguém	02(15,3)	7,00	9,50
Irmãos	01(7,6)	4,00	7,00
Genro	01(7,6)	5,00	8,00

Amigos	01(7,6)	4,00	7,00
NEGATIVOS			
#Ninguém	12(92,3)	5,41	8,25
Amigos	01(7,6)	0,00	9,00

* número de crenças ultrapassa o número de sujeitos, uma vez que alguns sujeitos referiram mais de um referente positivo em fazer uso de anti-hipertensivos por via oral para controlar a hipertensão.

#Crenças modais salientes (apresentadas numa frequência maior ou igual a 5)

Após analisar estas unidades, optou-se por continuar o desenvolvimento do estudo, com a construção das seguintes categorias, baseadas na TAR, que considera as crenças mais relevantes para intervenção na amostra (crenças modais salientes), aquelas que apresentaram uma frequência maior ou igual a cinco, nas falas dos sujeitos. Sendo elas: Adesão ao tratamento medicamentoso na manutenção e prolongamento da vida, Adesão ao tratamento medicamentoso como obrigação e Esposa/companheira como referente positivo essencial para adesão terapêutica.

6. DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos homens hipertensos: conhecendo sua realidade diante a doença

O homem ainda continua com dificuldade em acessar os serviços de saúde, tornando-se vulneráveis a agravos mais severos. Essa concepção é fortalecida diante dos resultados encontrados no estudo piloto, foi observado que a maioria dos usuários entrevistados eram do sexo feminino (82,1%), este dado é semelhante a outros estudos que envolve a população hipertensa (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016; BARROS et al., 2014; PIRES; MUSSI, 2008).

A média de idade foi de 64 anos dos homens participantes, corrobora com outro estudo realizado na Paraíba (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016) e em outros estados (MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016; VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015), demonstrando que a população idosa prevalece em relação ao diagnóstico e acompanhamento da HAS. Este resultado diferiu apenas dos achados de Jesus et al. (2014) no qual estudou a população masculina hipertensa em Minas Gerais e encontrou uma prevalência de homens com idades entre 51 a 59 anos (53%).

A média de anos de estudos foi de 2,6 anos, o que difere de outras pesquisas (PORTELA et al., 2016; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016; BARROS et al., 2014) tendo a prevalência de indivíduos com mais de quatro anos de estudo. Este fator pode interferir no entendimento de informações oferecidas pelos profissionais e aplicação de questionários, já que muitos possuem dificuldade para ler, o que pode resultar em uma adesão inadequada (SANTOS JESUS et al., 2008), comprometendo assim a qualidade de vida, em vistas do aparecimento de sinais e sintomas associados ao descontrole dos níveis pressóricos.

A situação econômica dos usuários entrevistados indica uma prevalência de aposentados com menos de dois salários mínimos. Estudo realizado na Bahia (PORTELA et al., 2016) diverge dos achados desta pesquisa, no qual a maioria dos hipertensos eram ativos profissionalmente e com renda até dois salários mínimos, em outra pesquisa realizada na região nordeste (PIRES; MUSSI, 2008) mais da metade dos entrevistados apresentavam renda menor que um salário mínimo, e em outra pesquisa na mesma região do Brasil (BARROS et al., 2014) a maioria era desempregada. Os dados coletados neste estudo demonstraram que a maioria dos homens não trabalhava, excluindo-se assim, a barreira da carga horária dedicada ao trabalho como uma dificuldade de acesso a UBSF.

Em se tratando da cor de pele, a prevalência foi de brancos, corroborando com outros estudos (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015; JESUS et al., 2014). Este achado contraria, neste estudo, a informação de que a população negra é a mais afetada pela HAS (MALACHIAS et al., 2016), porém estudo realizado também no Nordeste (PORTELA et al., 2016) reforça esta informação, 89,2% dos entrevistados eram negros. Este achado pode estar relacionado à região em que a coleta foi realizada, e a forma como se aplicou o questionamento acerca da cor da pele. Neste estudo, perguntou-se como o sujeito se autodeclarava, *branco ou não-branco*, existindo entre estes não brancos, os pardos, indígenas, amarelos e negros. Associado a isto, houve uma limitação em relação ao número de sujeitos do sexo masculino abordados, apenas 20.

Já com relação a residir sozinho, a maioria dos entrevistados declararam viver acompanhados e serem casados, esta informação é semelhante a diferentes estudos brasileiros (PORTELA et al., 2016; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016; SILVA; BOUSFIELD, 2016; VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015; BARROS et al., 2014) e internacional (VARLETA et al., 2015); diferindo apenas de outro estudo, também realizado no Nordeste (PIRES; MUSSI, 2008), no qual 61,3% dos entrevistados não possuíam companheiros/as.

O fato de conviver com outras pessoas fortalece a incidência de referentes positivos para adesão a medicação, os quais poderão influenciar e apoiar comportamentos que serão realizados pelos usuários (MOUTINHO; ROAZZI, 2010). No caso do estudo em questão, a *esposa* surgiu na fala dos sujeitos como referente positivo no incentivo a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, corroborando com o pensamento dos autores acima citados.

A média de peso (78,5Kg), altura (1,63m), circunferência abdominal (102,80cm) e IMC (28,95) indica uma população com sobrepeso, sendo um indicador bastante significativo para o surgimento de complicações. Este achado é similar ao estudo de Jesus et al. (2014) divergindo de outros (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015; VARLETA et al., 2015; BARROS et al., 2014), nos quais a situação é ainda mais alarmante, prevalecendo usuários obesos.

O achado do estudo em questão, em relação ao sobrepeso, pode estar relacionado, entre outros fatores de risco modificáveis para a hipertensão, ao sedentarismo, referido por 85% da amostra, corroborando com outros estudos (PORTELA et al., 2016; NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; BARROS et al., 2014). Neste sentido, os profissionais da saúde devem impulsionar ações em saúde relacionadas à realização de atividade física para esta população masculina, uma vez que o alto índice de sedentarismo possibilita o descontrole dos

níveis pressóricos e o aparecimento de agravos à saúde, especialmente aqueles relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares.

A PA dos homens entrevistados apresentou média de PAS $\pm 135,80$ mmHg e PAD ± 81 mmHg, o que indica que durante a coleta de dados a pressão encontrava-se em estado de pré-hipertensão de acordo com as VII Diretrizes de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016). Em estudo realizado em São Paulo (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015) a média foi de PAS $\pm 126,3$ mmHg e PAD $\pm 81,2$ mmHg, já em outros estudos (PORTELA et al., 2016; VARLETA et al., 2015) encontrou-se níveis pressóricos descontrolados, com PA $\geq 140 \times 90$ mmHg, mesmo os sujeitos fazendo uso de anti-hipertensivos por via oral.

Cabe salientar que, a amostra em questão, se considerarmos os novos valores de *Guidelines* internacionais (WHELTON et al.; 2017) deixa de apresentar níveis pressóricos classificados como pré-hipertensão, para o estágio 1 de hipertensão, devendo os profissionais da saúde investir esforços em relação a esta população, que tomando as medicações, deveriam apresentar valores pressóricos dentro ou próximo dos valores de normalidade PA $< 120 \times 80$ mmHg.

Quando se observam as complicações apresentadas pelos hipertensos, *Diabetes Mellitus* foi a mais frequente, atingindo 35% da amostra, seguida de dislipidemia com 25%, corroborando com estudo (MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016), no qual a diabetes e as dislipidemias foram os agravos prevalentes na amostra de hipertensos; porém divergem dos achados de estudos (NEGREIROS; MELO; CARTAXO, 2016; BARROS et al., 2014) nos quais o AVE e o infarto agudo do miocárdio foram as complicações mais evidentes.

Dos indivíduos abordados, oito (40%) referiram queixas relacionadas à pressão, prevaleceram cefaleia e cansaço, isolados. Em estudo realizado, (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003) a cefaleia associada à dor na nuca foi a mais evidente.

Na amostra em questão, a dor na nuca foi referida com menor frequência. Sabe-se que o conhecimento de sinais e sintomas associados à elevação da PA são essenciais para a busca de atendimento nos serviços de saúde, destacando-se a dor na nuca ou região suboccipital como uma dor característica associada a este descontrole. A baixa escolaridade associada à elevada idade dos sujeitos, pode ter dificultado a informação acerca da localização da dor na cabeça, associando apenas cefaleia como a “dor na cabeça”, sem especificar a localização, que na maioria das vezes é a região suboccipital.

Em relação às medicações utilizadas, o hidroclorotiazida foi o mais citado, seguido de losartana. Em estudo (NEGREIROS et al., 2016), a hidroclorotiazida também foi uma das

medicações mais utilizadas, seguida de captopril. O Hidroclorotiazida quando utilizada em baixas doses, combinada a outra classe de anti-hipertensivo demonstra satisfação no controle da PA, motivo pelo qual é o diurético bastante utilizado (MALACHIAS et al., 2016), como observado pelos dados acima.

Já o Losartana é considerado um antagonista do receptor da angiotensina II, o que possui efeito similar aos inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), tendo como representante principal o Captopril. Essa classe de antagonista é utilizada quando se observa casos de sensibilidade ou de intolerância aos inibidores da ECA (SILVA; TARDELLI SILVA, 2014, p. 36).

A prevalência na utilização destes fármacos pode estar associada ao baixo custo e a disponibilidade pelo Sistema Único de Saúde e Farmácia Popular, enquanto um programa de incentivo a adesão ao tratamento farmacológico para Hipertensão. Porém, a baixa adesão a estes fármacos, nesta amostra, pode estar relacionada aos efeitos adversos e colaterais que elas podem apresentar, dentre eles, aqueles benéficos, como o aumento da diurese promovido pela hidroclorotiazida, diminuindo os valores pressóricos, mas encarado pelos homens como desconfortantes; e a tosse seca associada ao efeito adverso do uso do Captopril.

Quando indagados sobre sentir falta de algo no atendimento prestado pela UBSF, 75% relataram “nenhuma falta”, os demais informaram “insatisfação organizacional como a falta de medicação” e “demora na realização de exames”, cabendo salientar que nenhum dos usuários relatou está insatisfeito com a forma em que é acolhido e as orientações prestadas pelos profissionais.

A aplicação do MMSA – 8 é uma ferramenta bastante confiável para avaliar a adesão ao tratamento. Este questionário é composto de oito perguntas referente a barreiras que os usuários podem apresentar em relação a não tomar a medicação corretamente. O seu *score* é classificado em: abaixo de seis (baixa adesão), entre seis e sete (média adesão) e oito (alta adesão) (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012). Identificou neste estudo, a maior frequência de *score* de baixa adesão (60%), o que se torna preocupante, já que se trata de uma população mais vulnerável, que autonegligência o seu acompanhamento nos serviços de saúde e na qual uma pequena parcela referiu a falta de medicação na UBSF.

Estudo (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015) desenvolvido com objetivo semelhante a este, o resultado mostrou-se diferente, já que mais da metade dos usuários apresentaram adesão moderada. Avaliando as respostas dos homens participantes deste estudo, observa-se que a questão quatro (dificuldade de lembrar de levar a medicação quando

viam ou sai de casa) foi a mais frequente (75%), em seguida e com a mesma frequência (55%) as questões um e três (esquecer a medicação de maneira geral) e (já parou ou diminuiu a dose da medicação por conta própria por achar que estavam piorando), respectivamente.

Na primeira e segunda situação, orientações fornecidas pela equipe multiprofissional, especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde, sobre o horário correto, ou até mesmo medidas educativas como tabelas, maletas contendo medicações para solucionar a dificuldade de tomar a medicação quando viajam podem ser adotadas. O conhecimento dos referenciais positivos pode auxiliar nesta situação, sendo importante a sua participação em atividades relacionadas à adesão terapêutica dos hipertensos, motivando-os a realizar o tratamento.

Em se tratando da terceira situação, um fator resultante deste problema pode ser o desconhecimento dos efeitos colaterais das medicações, observa-se que muitos homens não conhecem os efeitos que a medicação proporciona. Foi observado que um usuário que faz uso de diurético, diminuiu a sua utilização achando que ela estava causando mal por urinar mais vezes, esta situação abala completamente a adesão medicamentosa, o que resulta em níveis pressóricos alterados e redução da qualidade de vida.

A média de tempo de diagnóstico da HAS foi de 12,45 anos. Este achado foi semelhante ao estudo (MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016) que teve como média 13 anos. Já em (SILVA; BOUSFIELD, 2016; BARROS et al., 2014) os indivíduos tinham menos de cinco anos de diagnóstico da HAS. Observa-se que a população deste estudo convive com a HAS há muito tempo, tendo como média do *score* de adesão 4,75 ($\pm 1,99$). Em estudo realizado em São Paulo (PIERIN et al., 2011) também foi observado que usuários hipertensos com maior tempo de diagnóstico possui adesão inadequada, o que pode estar relacionado com maior exposição a complicações e as crenças resistentes que eles possam ter.

Assim como o tempo de diagnósticos, os fatores sociodemográficos são influenciadores para a adesão terapêutica, como podemos observar neste estudo, visto que a forma que o indivíduo sobrevive na sociedade irá determinar o seu comportamento, sendo assim o fator social também possui efeito sobre as crenças, aspecto essencial quando procura-se estudar a adesão terapêutica (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015; PIERIN et al., 2011; PIRES; MUSSI, 2008).

Ao observar os dados referentes ao questionário de qualidade de vida desses usuários, as questões encontraram-se em duas categorias referentes ao estado mental e as manifestações somáticas. Na primeira classificação observa que 45% dos homens possui dificuldade em dormir, a maioria se relaciona de forma saudável com as pessoas em seu meio social,

exercendo um papel importante em sua vida, tomando suas próprias decisões, o que indica uma amostra composta de indivíduos independentes, realizando suas atividades habituais de forma autônoma.

Quando questionados o que acham sobre a vida, observa-se que a maioria (90%) possui consciência da complexidade do viver, relatando que se trata de uma luta contínua, mesmo sendo prevalente esta concepção, 65% dos homens não se sentem agoniados ou com sentimentos envolvidos de tensões, contudo 50% relataram possuir fraqueza e esgotamento. Este achado demonstra que os indivíduos possuem algumas barreiras no processo de viver, alguns aspectos coletados como a baixa escolaridade e renda familiar, podem ser indicadores que justificam as dificuldades em viver prejudicando a qualidade de vida, porém o estado mental permanece normal, não indicando sofrimento psíquico.

Em relação às manifestações somáticas, é observado que 65% dos homens relataram a sensação de que está doente. A poliúria e boca seca obtiveram índices elevados, 75% e 55%, respectivamente, o que podem ser considerados efeitos colaterais dos fármacos em uso, assim como sintoma de *diabetes melitus*, desconhecidos pelos sujeitos.

O alto índice de poliúria correlaciona-se com a medicação mais utilizada pela amostra, o hidroclorotiazida, da classe de diuréticos. Observa-se que muitos usuários não possui o conhecimento que este efeito se torna normal pela administração desta medicação, o que resulta na crença de que a medicação está prejudicando a sua QV. Já nas outras vertentes não são apresentadas grandes alterações. A partir destes achados, foi possível identificar que muitos indivíduos acham que estão doentes por serem acometidos pelos efeitos normais ou colaterais das medicações, sendo de extrema importância a atuação dos profissionais de saúde com medidas que facilitem o entendimento destes efeitos.

Na última questão, referente à percepção dos usuários sobre a saúde e avaliação das consequências da hipertensão em sua vida, 40% relatam que a HAS e o seu tratamento prejudicaram a sua qualidade de vida. Ao avaliar essas perguntas é possível determinar o *score* de qualidade de vida, variando de zero (ótima QV) a 17 (péssima QV), ou seja, quanto mais próximo a 17 mais a QV é prejudicada (SCHULZ et al., 2008).

Mesmo sendo um valor razoável, observa-se que a maioria dos usuários possuem baixos *escores* de adesão ao tratamento farmacológico para hipertensão e qualidade de vida, dados estes que podem estar relacionados diretamente as crenças acerca do tratamento e os aspectos sócio-demográficos levantados, comprometendo assim a qualidade de vida dos hipertensos.

6.2 Crenças sobre a HAS: explorando o conhecimento dos usuários sobre a patologia

Para aperfeiçoar o estudo sobre a influência das crenças em relação a comportamentos adequados para a adesão terapêutica, será apresentado as três categorias extraídas das unidades de registros, considerando as crenças salientes, determinadas pelo modelo teórico da Teoria da Ação Racional.

6.2.1 Adesão ao tratamento medicamentoso na manutenção e prolongamento da vida

Quando questionados sobre as vantagens em seguir o tratamento, os homens relataram que os benefícios para saúde, como forma de controle da PA, resultam em um prolongamento da vida. Essa crença demonstra que a maioria dos usuários entende que “o tomar das medicações” irá prolongar a vida, o que nem sempre é acompanhado por uma qualidade de vida satisfatória (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009; LAURENTI, 2003). A seguir será apresentado alguns recortes das falas que determinam esta ideia.

“Pra ela baixar e eu viver mais, né? [...] Viver mais dias” (Batman)

“É bom para se manter vivo, com saúde [...] fazer com pelo menos a gente adiante mais, né? A vida.” (Arqueiro verde)

“Para se sentir melhor, ficar bem, se sentir bem [...]” (Tocha Humana)

A adesão medicamentosa para o hipertenso é um artifício fundamental para melhorar a sua qualidade de vida, já que o controle da PA irá prevenir o surgimento de agravos com risco de morte. Observa-se que, com o controle desta DCNT, juntamente com a prevenção de hábitos inadequados, o indivíduo pode possuir uma qualidade de vida adequada, o que confirma os inúmeros benéficos que a adesão adequada pode oferecer para a saúde (MARIN; SANTOS; MORO, 2016), porém, entender que a adesão irá proporcionar benefícios não é suficiente, já que, a média de adesão e QV dos homens que relataram esta crença são baixas, o que poderia ser solucionado se estes indivíduos conhecessem mais profundamente a doença que os acometem.

Foi observado que alguns usuários possuem a crença que a HAS é uma doença curável, de modo que seguindo o tratamento irá curá-los desta patologia, este achado também

foi identificado em estudo (YOSHIDA; ANDRADE, 2016). Esta crença pode tornar-se um fator para o abandono da adesão, já que por se tratar de uma patologia crônica e assintomática, o hipertenso pode sentir-se frustrado por não conseguir a cura com a administração das medicações (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009), esta crença foi relatada na fala abaixo:

“[...] a pessoa quando se sente doente quer ficar bom, né isso mesmo?.” (Wolverine)

6.2.2 Adesão ao tratamento medicamentoso como obrigação

Outra vantagem citada foi a de cumprir com o dever, tomar as medicações conforme o médico prescreveu. O fato de tratar a adesão medicamentosa como uma obrigação, faz com que esses homens realizem este comportamento sem procurar saber a sua real importância, observando que muitos não sabem o verdadeiro valor da medicação, mas como foi prescrita, eles obedecem a ordem, tornando-se personagens passivos do seu próprio processo de cuidar. Essa passividade reflete em *scores* de adesão e QV medianos. A seguir são expostas falas dos homens que confirma esse pensamento.

“Não, não, o certo é tomar mesmo, porque a gente tem problema de diabetes, hipertensão, a gente tem que estar tomando, mesmo que não queira!” (Homem de Ferro)

“Ele me deu o horário eu tenho que cumprir com o dever, né?” (Capitão América)

“Eu acredito na necessidade, né? Eu tenho que tomar o remédio [...] conforme a orientação médica” (Aquaman)

Foi observado que em determinados casos, além de considerar algo obrigatório, os homens desconhecem as vantagens de seguir o tratamento, desconhecendo até os seus efeitos e sua importância para o controle da HAS, como é observado na fala a seguir.

“[...] eu não sei pra quê, mas tem que tomar, agora porque eu não sei [...] é porque se não tomar piora as coisas, então eu tenho que tomar!” (Flash)

“[...] e tem uma coisa, no banheiro eu vou muito quando eu tomo esse remédio. Eu “tava” até falando a mulher [...], será que é normal [...] tem vez que eu vou cinco vezes no banheiro durante o dia.” (Thor)

“Em mim tá dando muito isso, o captopril [...] é a mesma coisa, tosse seca [...] mais de mês com uma tosse seca, boca seca, urinando muito [...] até deixei de tomar.” (Tocha Humana)

A falta de informação sobre os efeitos e o funcionamento das medicações pode resultar no abandono do tratamento medicamentoso, já que, se os homens as utilizam para não ter problemas de saúde, crendo que haverá ausência de sintomas que prejudiquem a sua vida. Com o seu surgimento, as crenças que o tratamento é ineficaz surgem, trazendo consigo o medo que estes problemas evoluam para complicações que ameacem a sua vida (MENDES et al., 2015).

Os usuários que relataram não possuir desvantagens no tratamento para a HAS possuem média de *scores* da QV e adesão medianos. O fato de não dar muita atenção ao lado negativo deste comportamento pode ser considerado uma forma de evitar a quebra do tratamento, afastando aspectos negativos.

6.2.3 Esposa/companheira como referente essencial para adesão terapêutica

O referente positivo mais destacado durante entrevista foi a esposa ou companheira desses homens. O seu auxílio, referido pelos entrevistados, está em impedir que os homens se esqueçam de tomar as medicações, porém não foi citado o incentivo em outras medidas de controle da PA. Em algumas situações é observada uma cumplicidade entre o casal, já que o homem também se torna referente positivo para o tratamento de sua mulher. Esse comportamento é bastante saudável, podendo ser utilizado em outras medidas, tais como o abandono do sedentarismo e outros hábitos inadequados. As falas a seguir demonstram essa relação de cumplicidade e de apoio contra o esquecimento.

“Eu sempre mando ela tomar e ela manda também.” (Homem de Ferro)

“As pessoas em casa, minha mulher, de vez enquanto: ei rapaz, toma o remédio, entendeu como é?” (Wolverine)

“Só minha mulher mesmo [...] que lembra do horário correto [...] as vezes até eu não lembro [...]” (Tocha Humana)

O compartilhamento de problemas de saúde com pessoas importantes para sua vida é essencial, pois o enfrentar esses problemas sem o apoio ou incentivo pode enfraquecer o usuário psicologicamente, fazendo com que eles desistam de seguir hábitos saudáveis, por ser aspectos extremamente difíceis que requer disciplina, chegando ao ponto de alterar extremamente os hábitos que os indivíduos sempre seguiam. Tanto os referentes positivos como os profissionais, que em muitos casos integram este grupo de referência e apoio, necessitam compreender que os hipertensos precisam de apoio multidimensional, no qual, o tratamento medicamento não é o único fator que requer atenção, o emocional, espiritual também exercem papel importante nas atividades cotidianas (TAVARES; SILVA, 2013).

Os *scores* de adesão e QV destes homens são considerados baixos, assim como dos indivíduos que referiram ausência de referentes negativos. Estes achados podem revelar que o cuidado multidimensional se encontra fragilizado. O que fortalece a necessidade de atuação profissional sobre a HAS com a população que sofre, assim como seus referentes principais.

7. CONCLUSÃO

Podemos observar que adesão medicamentosa, crenças dos usuários e a QV são três vertentes extremamente conectadas, em que aspectos negativos envolvidos com algum desses conceitos resulta em um desequilíbrio, tornando-os alvos vulneráveis para as diversas complicações que a HAS pode causar.

A realização deste estudo possibilitou caracterizar, avaliar adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão e QV de uma população que por seu contexto sociocultural já é considerada vulnerável a ter problemas com o autocuidado. Para aperfeiçoar a avaliação e dar um cunho inédito ao estudo, foram levantadas as crenças destes homens em relação ao tratamento realizado, confirmando a presença de problemas na adesão e QV, justificados pelas médias desses *scores*.

A faixa etária considerada pela a PNAISH não foi tão frequente neste estudo. Optou-se por não considerar apenas como alvo os homens adultos, mas sim todos os indivíduos do sexo masculino, incluindo assim os homens idosos, justificada pela a baixa frequência de homens no projeto piloto, tornando-se a primeira limitação para este estudo. Outra barreira enfrentada foi a recusa de participar do projeto piloto, tendo como maioria os homens adultos.

O novo contato, com o intuito de coletar as crenças, também pode ser considerado uma limitação, no qual alguns homens não são mais atendidos na UBSF, já que foram morar em outro bairro. A distância entre a unidade e algumas casas é razoavelmente distante, de modo que os dois entrevistadores não conseguiram encontrá-los em suas residências. Vale salientar que foram mais de uma tentativa, porém todas sem êxito, e como se tratava de um bairro localizado em área de risco (violência urbana), optou-se por não insistir nestas buscas, conselho ofertado pela equipe de saúde. Essas limitações resultaram na redução de amostras qualitativas, abordando as crenças relacionadas ao tratamento.

A quantidade de literaturas relacionadas à adesão, QV e crenças da população masculina é escassa, estudos sobre HAS abordam ambos os sexos, nos quais os homens são os sujeitos menos frequentes.

Como proposta para a situação citada acima, a elaboração de um estudo maior, abordando a população masculina hipertensa atendida na unidade, torna-se relevante, já que o tamanho limitado da amostra coletada ($n= 20$ e $n=13$) não nos possibilitou caracterizar uma população bem maior de hipertensos (657 cadastrados no HIPERDIA). Porém, mesmo com esta limitação, foi possível observar que os homens possuem dificuldade de adesão, tendo

como maior problema o esquecimento, e como o referente positivo para o incentivo ao tratamento a “esposa”.

Com base nestes achados, mesmo que preliminares, já se pensa na elaboração de intervenção adequada para a realidade destes hipertensos, que envolva os profissionais de saúde, fortalecendo o vínculo com esta população, para que o estereótipo criado pela sociedade seja ignorado, fazendo com que os homens se tornem indivíduos frequentemente atendidos na UBSF de maneira integral e não apenas em campanhas do novembro azul e consultas de HIPERDIA.

Vale salientar que a participação dos referentes positivos nesta intervenção é necessária, uma vez que nas crenças dos hipertensos, esses referentes ajudam em seu tratamento.

A partir deste estudo, pensa-se em uma proposta educativa, a qual futuramente, através de uma roda de conversa, será dialogada acerca do conhecimento sobre a patologia, assim como serão minimizadas dúvidas que os usuários possuam sobre a HAS. Com esta proposta futura objetiva-se aperfeiçoar o conhecimento acerca da hipertensão arterial, para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, tão deficitário para esta amostra.

Os benefícios deste estudo estão no alerta em dar mais atenção a saúde masculina, principalmente aos acometidos com hipertensão, a qual trata-se de uma doença bastante perigosa, onde seu controle será peça fundamental para melhorar a qualidade de vida, com o desenvolvimento de ações com foco na adesão terapêutica poderá diminuir os índices de morbimortalidade causados pela HAS, o que reflete em menos gastos para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AJZEN, Icek. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: **Action control**. Springer Berlin Heidelberg, p. 11-39, 1985.
- ALMEIDA, Aline Mota et al. O conhecimento de feirantes sobre a hipertensão arterial e suas complicações. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 38, n. 4, out./dez., 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**; Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, Ariane Alves et al. Comportamentos de saúde de pessoas hipertensas: modelo de crenças em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 3, maio/jun., 2014.
- BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis et al. Hipertensão arterial e conhecimento popular: potencializando o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 446-451, out./dez., 2013.
- BOENTE, Alfredo; BRAGA, Gláucia. **Metodologia científica contemporânea**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez., 2013.
- CASTRO, Caroline Oliveira de. **Ação do enfermeiro no atendimento a necessidades de saúde do homem na estratégia saúde da família**. 58f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012.
- FISHBEIN, Martin; AJZEN, Icek. **Predicting and changing behavior: The reasoned action approach**. Taylor & Francis, cap.10, 2011.
- FORMIGA, Andréa Soares de Castro; DIAS, Mardonio Rique; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. **PsicoUSF**, v. 10, n. 1, p. 31-40, jan./jun., 2005.
- GILL, Thomas M.; FEINSTEIN, Alvan R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Jama**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. Marcadores de saúde do homem em um município de pequeno porte. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 650-655, out./dez., 2014.

LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 361-362, 2003.

MACIEL, Ana Paula Ferreira; PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 542-548, set./out., 2016.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol, v. 107, n. 3, supl. 3, set., 2016.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARIN, Nadia Sanches; DOS SANTOS, Mariana Fonseca; DOS SANTOS MORO, André. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. spe, p. 61-67, 2016.

MELO, Vitor Ulisses de et al. Controle reflexo da pressão arterial: qual o papel da ocitocina como neurotransmissor autonômico?. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 15, n. 1, p. 47-51, jan./abr., 2016.

MENDES, Cláudia Rayanna Silva et al. Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 580-586, nov./dez., 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. 2000.

MOREIRA, Ana Karine de Figueiredo; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; CAETANO, Joselany Afio. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009.

MOUTINHO, Karina; ROAZZI, Antônio. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 2, ago., 2010.

NEGREIROS, Rosângela Vidal; MELO, Káthya Daniella Figueiredo; CARTAXO, Rejane Maria Sousa. Caracterização epidemiológica de usuários com hipertensão e diabetes mellitus numa estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 2, p. 744-749, fev., 2016.

NOBRE, Fernando et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 46, n. 3, p. 256-272, 2013.

OLIVEIRA-FILHO, Alfredo Dias et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

- PÉRES, Denise S; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, out., 2003.
- PIERIN, Angela Maria Geraldo et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 1389-1400, 2011.
- PINHO, Lucineia de et al. Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. **Renome**, v. 4, n. 1, p. 87-101, 2015.
- PIRES, Cláudia Geovana da Silva; MUSSI, Fernanda Carneiro. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2257-2267, dez. 2008.
- PORTELA, Pollyana Pereira et al. Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 307-315, 2016.
- RAMOS, Paulo; RAMOS, Magda Maria; BUSNELLO, Saul José. **Manual prático de metodologia da pesquisa**: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese. Blumenau: Acadêmica, p. 84, 2003.
- SABÓIA, Guilherme et al. **Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos em uma unidade de saúde da família**. 26f. Projeto de pesquisa. Paraíba: Campina Grande, 2014.
- SANTOS JESUS, Elaine dos et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2008.
- SCHULZ, Renata Berberi et al. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 2, p. 139-44, 2008.
- SILVA, Marcelo Tardelli da; SILVA, Sandra Regina L.p.t. Classificação dos medicamentos: Antagonista do receptor da angiotensina II. In: SILVA, Marcelo Tardelli da; SILVA, Sandra Regina L.p.t. **Cálculos e administração de medicamentos na enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Martinari, Cap. 4, p. 36, 2014.
- SILVA, Mariana Luíza Becker da; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva. Representações sociais da hipertensão arterial. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 895-909, set., 2016.
- SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 932-945, Sept. 2015.
- STUCHI, Rosamary Aparecida Garcia; CARVALHO, Emília Campos de. Persuasão como estratégia para modificar as crenças nos comportamentos de risco para a doença arterial coronariana. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 295-302, jul./set., 2008.

TAVARES, Roseneide Santos; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 14-21, 2013.

VANCINI-CAMPANHARO, Cássia Regina et al. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, nov./dez., 2015.

VARLETA, Paola et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 143, n. 5, p. 569-576, maio., 2015.

WHELTON, Paul K. et al. 2017

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, p. 24430, 2017.

YOSHIDA, Valéria Cristina; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 597-610, jul./set., 2016.

ANEXOS

ANEXO 1- Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a), o Sr (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: “*Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos em uma unidade de saúde da Família*”. Esta pesquisa está sendo conduzida por Taciana Farias da Costa Almeida e co-autores. A sua participação está vinculada ao interesse em colaborar com a pesquisa de forma voluntária.

Riscos: Não há quaisquer riscos

Benefícios: Os benefícios relacionados à sua participação vão colaborar na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela Equipe de saúde da Família Horacina Almeida;

Confidencialidade: As informações obtidas através desta pesquisa são confidenciais e asseguramos o uso dos dados e dos resultados apenas para divulgação em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos. Afirmamos que seu nome não será citado em momento algum.

Custo e pagamento: Participar desta pesquisa **não** implicará em nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

Qualquer questionamento quanto ao andamento da pesquisa entre em contato com: tacianacfalmeida@gmail.com e tel: 083- 96172423

Assinatura pesquisador:



Assinatura do voluntário ou responsável:

ANEXO 2- 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?

NUNCAQUASE NUNCAÀS VEZESFREQUENTEMENTE SEMPRE

ANEXO 3- Questionários de avaliação da Adesão terapêutica Minichal-Brasil

Nos últimos sete dias...

1. Tem dormido mal?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito

4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

9. Tem se sentido esgotado e sem forças?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

10. Teve a sensação de que estava doente?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

12. Teve inchaço nos tornozelos?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

14. Tem sentido a boca seca?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?

Não, absolutamente. Sim, um pouco. Sim, bastante. Sim, muito.

ANEXO 4- Levantamento das crenças acerca da adesão a terapia medicamentosa

Identificação _____ tem domínio da tecnologia? () Sim () Não

Qual tecnologia? SMS () Aplicativo ()

Contato: _____ Contato referente: _____ Parentesco: _____

1. Na sua opinião, quais vantagens de aderir ao tratamento medicamentoso para a hipertensão?
2. Na sua opinião, quais as desvantagens de aderir ao tratamento medicamentoso para a hipertensão?
3. Quais as pessoas, importantes para você, que consideram que você deve aderir ao tratamento medicamentoso prescrito para a hipertensão?
4. Quais as pessoas, importantes para você, que consideram que você não deve aderir ao tratamento medicamentoso prescrito para a hipertensão?

ANEXO 5- Parecer de aprovação no CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão terapêutica e Qualidade de vida de Hipertensos acompanhados por uma Unidade de Saúde da Família

Pesquisador: Taciana da Costa Farias Almeida

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 38249314.0.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.313.566

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA QUARTA VERSÃO APÓS A SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES:

Estudo descritivo, transversal e com uma abordagem quantitativa a ser realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Campina Grande a partir da aplicação de questionário socioeconômico, do questionário de MINICHAL – BRASIL e do de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). E sendo analisados a partir do programa SSPS versão 21.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Verificar a adesão terapêutica e qualidade de vida dos usuários hipertensos; E os específicos: caracterizar sócio-demograficamente os usuários hipertensos; avaliar a adesão medicamentosa e qualidade de vida dos hipertensos cadastrados; relacionar os fatores de riscos com a adesão terapêutica e a qualidade de vida dos hipertensos; capacitar os profissionais envolvidos com esta clientela.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa será desenvolvida de acordo com o embasamento da Resolução N° 466/12 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conservando o respeito pela dignidade humana e especial proteção aos participantes das pesquisas em que estão envolvidos seres

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.313.566

humanos; contemplando as questões éticas, bioética, científica e os direitos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela mesma, no que refere à autonomia, não maleficência e benefícios, assegurando os participantes envolvidos na pesquisa (BRASIL, 2012).O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do site <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>. A execução da pesquisa só acontecerá após a submissão e apreciação do projeto ao Comitê de Ética, iniciando o seu desenvolvimento após um parecer favorável. Este estudo possui riscos mínimos como a quebra de sigilo dos resultados obtidos e violação do anonimato, porém os pesquisadores responsabilizam-se em manter o segredo da identidade de cada participante. Os dados obtidos durante o estudo serão guardados em segurança, sendo da responsabilidade dos pesquisadores a sua guarda, os quais não deverão ser fornecidos a indivíduos que não estejam envolvidos na pesquisa. Não será divulgado, em nenhum momento do estudo, o nome de qualquer participante. Os dados serão armazenados durante um período de cinco anos, após o qual serão apagados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e viável para ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de Rosto Folha de rosto assinada;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Publicação dos Resultados;
- Declaração de Propriedade das Informações;
- Termo de Compromisso do Orientador;
- Termo de Anuência SMS;
- Projeto Detalhado.

Recomendações:

Nada digno de nota

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

A partir da análise da relatoria e com base na Resolução CNS N°466 de 12 de dezembro de 2012, o protocolo de pesquisa foi considerado APROVADO ad referendum

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.313.566

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_402907.pdf	08/06/2015 16:59:08		Aceito
Outros	Projeto Monte Castelo Renata (3 versao).doc	08/06/2015 16:57:41		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_402907.pdf	11/05/2015 00:24:20		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_402907.pdf	11/02/2015 16:57:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Monte Castelo Renata.doc	11/02/2015 16:56:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/02/2015 16:55:18		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_402907.pdf	06/11/2014 06:45:29		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_402907.pdf	09/10/2014 13:00:13		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada_Monte Castelo.pdf	09/10/2014 12:58:44		Aceito
Outros	Termo Pesquisadora responsável.pdf	25/09/2014 10:23:50		Aceito
Outros	Termo de Anuência SMS_Raquel.pdf	25/09/2014 10:23:31		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 09 de Novembro de 2015

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br