

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Evilaine de Castro Fernandes**

**Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a  
adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença**

Juiz de Fora  
2024

**Evilaine de Castro Fernandes**

**Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida

Juiz de Fora

2024

**Evilaine de Castro Fernandes**

**Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença**

Dissertação  
apresentada ao  
Programa de Pós-  
Graduação em  
Enfermagem da Universidade  
Federal de Juiz de  
Fora como requisito  
parcial à obtenção do  
título de Mestre em  
Enfermagem. Área de  
Concentração:  
Cuidado em Saúde e  
Enfermagem.

Aprovada em 04 de abril de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida** - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dra. Rosilene Rocha Palasson**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**Prof. Dr. Fábio da Costa Carbogim**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dra. Katlusse Rezende Alves**

Universidade Federal de Viçosa

**Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves**

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 11/03/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Rosilene Rocha Palasson, Usuário Externo**, em 04/04/2024, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabio da Costa Carbogim, Professor(a)**, em 04/04/2024, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geovana Brandao Santana Almeida, Professor(a)**, em 04/04/2024, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1745736** e o código CRC **52986E85**.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Castro Fernandes, Evilaine .

Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença / Evilaine de Castro Fernandes. -- 2024. 73 p.

Orientadora: Geovana Brandão Santana Almeida

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. hipertensão arterial sistêmica. 2. cooperação e adesão ao tratamento. 3. atenção primária à saúde . 4. enfermagem. I. Brandão Santana Almeida, Geovana, orient. II. Título.

Dedico este trabalho a minha mãe, Maria Aparecida, que nunca mediu esforços para fazer o melhor para mim e sempre me incentivou a seguir em frente.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar o meu caminho e me abençoar durante esse ciclo.

Agradeço a minha família, em especial aos meus pais Maria Aparecida e Sebastião e aos meus irmãos Edson e Eduardo, que sempre me apoiaram e não mediram esforços para que esse sonho se tornasse realidade, com muito amor e carinho.

Agradeço ao meu noivo, Gabriel, que fez uma enorme diferença me dando confiança e força para seguir em frente e sendo paciente e parceiro em todos os momentos.

Agradeço aos docentes do curso Pós-graduação em Enfermagem da UFJF pelos ensinamentos, em especial à Geovana Brandão, que aceitou participar desse trabalho me orientando e contribuindo para a sua melhoria.

Por fim, sou grata a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, participaram da realização desse projeto.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivos: compreender as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença; conhecer os fatores que interferem na adesão; e, analisar as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença. Optou-se por um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa utilizando como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi desenvolvida em duas unidades básicas de saúde do município de Juiz de fora – Minas Gerais. Para coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com 15 usuários das unidades selecionadas para o estudo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2023, após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora. A análise e interpretação dos dados se deu conforme o método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. As entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica, através do gravador de voz, assegurando fidedignidade da transcrição dos depoimentos ao programa Microsoft Word® 2019, de forma que atendesse todos os aspectos éticos e legais. As entrevistas foram transcritas e organizadas, emergindo 3 categorias: Recebendo o diagnóstico da hipertensão: representação social da doença e seus impactos no cotidiano; Representação social da adesão ao uso de medicamentos por pessoas hipertensas; Representação social da adesão aos hábitos de vida saudáveis por pessoas hipertensas. Foi possível compreender que o tratamento medicamentoso da hipertensão é incorporado à rotina dos participantes de maneira aceitável e confortável. Já o tratamento não medicamentoso tem sua adesão dificultada pelo desgaste físico e mental causado pelo trabalho, serviços domésticos e até mesmo as relações familiares.

**Descritores:** hipertensão arterial sistêmica, cooperação e adesão ao tratamento, atenção primária à saúde e enfermagem.



## **ABSTRACT**

The present study aimed to understand the social representations of people with systemic arterial hypertension regarding adherence to drug and non-drug treatment for the disease, as well as the factors that contribute or not to adherence to treatment. We opted for a descriptive study with a qualitative approach using the Theory of Social Representations as a theoretical-methodological framework. The research was carried out in two basic health units in the city of Juiz de Fora – Minas Gerais. To collect data, semi-structured interviews were used with 15 users of the units selected for the study. Data collection took place between June and July 2023, after approval by the Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora. Data analysis and interpretation took place according to Laurence Bardin's Content Analysis method. The interviews were recorded on electronic media, using a voice recorder, ensuring the reliability of the transcription of the statements into the Microsoft Word® 2019 program, in a way that met all ethical and legal aspects. The interviews were transcribed and organized, resulting in 3 categories: Receiving a diagnosis of hypertension: social representation of the disease and its impacts on daily life; Social representation of adherence to medication use by hypertensive people; Social representation of adherence to healthy lifestyle habits by hypertensive people. Initially, it was possible to understand that drug treatment for hypertension is incorporated into the participants' routine in a more acceptable and comfortable way. Non-drug treatment, on the other hand, has its adherence made difficult by the physical and mental exhaustion caused by work, domestic services and even family relationships.

Keywords: hypertension; treatment adherence and compliance; primary health care; nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Tabela 1	– Descrição dos participantes da pesquisa.....	38
----------	--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMPA	Automedida da Pressão Arterial
BB	Betabloqueadores
BCC	Bloqueadores dos canais de cálcio
BRA	Bloqueadores dos receptores de angiotensina
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DRC	Doença Renal Crônica
DIU	Diuréticos
DM	Diabetes Mellitus
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Muscular
LOA	Lesões de Órgãos-alvo
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MEV	Mudanças de Estilo de Vida
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
RCV	Risco Cardiovascular
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais

## SUMÁRIO

<b>1 MOTIVAÇÕES PARA A ESCOLHA DO TEMA.....</b>	<b>12</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Objetivos.....</b>	<b>15</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Tratamento não medicamentoso.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Tratamento medicamentoso.....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Atenção Primária a Saúde na assistência ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica.....</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Adesão ao tratamento da hipertensão.....</b>	<b>26</b>
<b>4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Teoria das Representações Sociais.....</b>	<b>29</b>
<b>4.3 Abordagem Qualitativa do estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>4.4 Cenário da pesquisa.....</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Participantes.....</b>	<b>33</b>
<b>4.6 Coleta de dados.....</b>	<b>34</b>
<b>4.7 Aspectos éticos.....</b>	<b>35</b>
<b>4.8 Tratamento dos dados.....</b>	<b>35</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Construção das categorias de análise .....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Recebendo o diagnóstico da hipertensão: representação social da doença e seus impactos no cotidiano.....</b>	<b>40</b>
<b>5.3 Representação social da adesão ao uso de medicamentos por pessoas hipertensas.....</b>	<b>44</b>
<b>5.4 Representação social da adesão aos hábitos de vida saudáveis por pessoas hipertensas.....</b>	<b>48</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>59</b>

## MOTIVAÇÕES PARA A ESCOLHA DO TEMA

Desde a infância sempre tive a área da saúde como interesse de formação e, no ensino médio optei por tentar vestibular para o curso de enfermagem, uma vez que conhecia algumas enfermeiras e sempre admirei a forma de cuidado com o próximo de uma maneira muito diferenciada e acolhedora em relação a outras profissões da área da saúde.

Já no primeiro período da faculdade tive contato com unidades básicas de saúde durante as disciplinas práticas, onde comecei a perceber como esses locais são fundamentais para a manutenção da saúde da população, principalmente aqueles mais vulneráveis como idosos e pessoas com doenças crônicas, que precisam de atendimento continuado através do vínculo com a UBS e os profissionais de saúde.

No sexto período da graduação tive a oportunidade de participar do projeto de extensão denominado “Atenção à saúde das pessoas vivendo com tuberculose e assistidas na atenção primária à saúde de Juiz de Fora- MG”, que me colocou novamente em contato com a atenção primária e com sua importância na manutenção, controle e sensibilização dos usuários sobre a adesão ao tratamento de uma doença de grande relevância para saúde pública. Durante o projeto, realizei salas de espera e grupos educativos sobre a temática da tuberculose e ainda, busca ativa e acompanhamento do tratamento diretamente observado de alguns usuários.

Dessa forma, a atenção primária à saúde sempre teve um lugar de destaque em minha formação e me proporciona grande satisfação profissional. Em 2018, participei e fui aprovada no processo seletivo para a Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFAC), que me deu a oportunidade de estagiar durante um ano em uma UBS do município de Juiz de Fora, onde foi possível vivenciar o cotidiano da unidade de forma mais abrangente, o dia a dia da população atendida e ainda os diferentes serviços oferecidos, como os grupos de acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

Na atenção primária à saúde, o cuidado ao usuário com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) me despertava interesse, uma vez que convivo com essa problemática na família desde a infância e sempre me chamou atenção a dificuldade de compreensão e de adesão aos cuidados necessários para o controle de tais doenças.

A fisiopatologia das DCNT, principalmente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), também foi algo que sempre me motivou a estudar e me aprofundar nos aspectos relacionados ao curso da doença, suas complicações, formas de tratamento e prevenção. Por esse motivo, em 2019 decidi realizar o processo seletivo para monitoria da disciplina de Fisiologia aplicada a Enfermagem, onde permaneci por um ano.

Já em 2020, durante a pandemia do Coronavírus, realizei o estágio curricular obrigatório em uma unidade de estratégia de saúde da família. Devido a situação de emergência em saúde pública, todos os esforços da unidade estavam voltados para atender as demandas da população relacionadas à expansão do vírus e, como consequência, as demais atuações da equipe de saúde, como o acompanhamento dos usuários com DCNT, ficaram deficitárias.

Todas essas experiências me fizeram compreender como é fundamental o apoio da atenção primária à saúde aos usuários com DCNT, na prevenção de agravos e na manutenção da qualidade de vida. Percebi também, principalmente em relação a doenças como a hipertensão e diabetes, que mesmo já sendo amplamente conhecidas pela população, ainda temos muitas fragilidades quanto a sensibilização dos usuários sobre as formas de prevenção e tratamento.

Sendo assim, minha motivação para desenvolvimento da presente dissertação partiu da minha inquietação a respeito da representação e do conhecimento que os usuários com hipertensão têm sobre a doença, como eles encaram o tratamento e as motivações para adesão ou não adesão ao tratamento necessário para controle. Para conseguir responder a estas inquietações optei por realizar uma pesquisa de caráter qualitativo ancorada no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais.

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, câncer e as doenças respiratórias crônicas, compõem sete das dez principais causas de mortes no mundo de acordo com as Estimativas Globais de Saúde da OMS, em 2019 as DCNT foram responsáveis por cerca de 74% das mortes ocorridas globalmente (World Health Organization, 2022).

No Brasil, as DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude representando 54,7% dos óbitos registrados no ano de 2019, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde (Brasil, 2022).

Dentre as DCNT, a hipertensão arterial sistêmica surge como uma das mais prevalentes no cenário nacional e mundial. Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de brasileiros adultos com diagnóstico da doença representava 26,3% da população no ano de 2021 (Brasil, 2023).

Segundo o Relatório Global sobre a hipertensão publicado em 2023 pela OMS, o número de pessoas que vivem com hipertensão (pressão arterial de 140/90 mmHg ou mais ou que tomam medicamentos para hipertensão) dobrou entre 1990 e 2019, passando de 650 milhões para 1,3 bilhão, ou seja, uma a cada três pessoas convivem com o diagnóstico da HAS no mundo (World Health Organization, 2023).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011- 2022), com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (Brasil, 2011).

Já em 2021, como forma de reafirmar as ações estabelecidas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, foi lançado o plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT), trazendo diretrizes para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a diminuir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de

serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (Brasil, 2021).

As DCNT também são foco na agenda de prioridades de pesquisa do ministério da saúde e compõem o eixo temático 5, sendo a HAS e DM umas das linhas de pesquisas priorizadas pela agenda (Brasil, 2018).

Dentre as DCNT, A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial (PA) em que a PA sistólica é maior ou igual a 140mmHg e/ou a PA diastólica é maior ou igual a 90mmHg. A hipertensão arterial quando não identificada e tratada corretamente pode evoluir para alterações funcionais em órgãos alvos como coração, rins e cérebro, sendo ainda o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV) e morte prematura (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

Apesar da HAS ser uma doença de alta prevalência e ser um dos principais fatores de risco para DCV, mostra-se de fácil diagnóstico e possui tratamento eficaz através de um arsenal terapêutico diversificado, de baixo custo e que causa poucos efeitos adversos. Mesmo assim, seu controle em todo o mundo é pífio, porque se trata de doença frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão aos cuidados (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

O tratamento da HAS consiste em terapia farmacológica e medidas não farmacológicas como o controle ponderal, padrão alimentar adequado, prática de atividades físicas, moderação do consumo de álcool, entre outros. Portanto, o tratamento constitui-se tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação e a associação de ambos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

A adesão ao tratamento da HAS é fundamental para o controle dos níveis pressóricos e conseqüentemente para prevenção de possíveis complicações cardiovasculares. O conceito de adesão ao tratamento consiste no grau de adequação entre o comportamento de um indivíduo e as orientações e prescrições de um profissional de saúde (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021).

As pessoas que convivem cotidianamente com o diagnóstico da HAS podem ser consideradas como um grupo socialmente constituído, uma vez que compartilham comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações, valores, afetos, objetos e imagens sobre a doença. Sendo assim, estas pessoas constroem representações e significados em torno da doença e de seu tratamento. Conhecer tais significações



torna-se fundamental para o fortalecimento e aprimoramento das ações e dos serviços de saúde, de modo a contribuir para uma melhor e maior adesão ao tratamento e controle da HAS (Ferreira, 2016).

Nesse contexto, levando em consideração o pensamento social construído por portadores da HAS, a Teoria das Representações Sociais (TRS) surge como um instrumento capaz de auxiliar a compreensão das ações das pessoas no âmbito da saúde, e dos sentidos que elas atribuem a essas ações em face aos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que se lhes apresentam (Ferreira, 2016).

Dessa forma, surgem os seguintes questionamentos: qual a compreensão das pessoas com HAS sobre os tratamentos medicamentosos e não medicamentosos? Quais os fatores contribuem ou não para adesão aos cuidados necessários em relação à HAS?

## **1.1 Objetivos**

Compreender as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença;

Conhecer os fatores que interferem na adesão aos cuidados relativos a HAS;

Analisar as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença;

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue circulante contra as paredes das artérias, os principais vasos sanguíneos do corpo. Os parâmetros da PA são definidos pelos valores da pressão arterial sistólica (PAS), que indica a pressão nos vasos sanguíneos quando o coração se contrai, e os valores da pressão arterial diastólica (PAD) que corresponde à pressão nos vasos quando o coração repousa entre os batimentos (Organização Panamericana de Saúde, 2022).

No Brasil o diagnóstico da doença é realizado pela constatação da elevação persistente da PA, ou seja, PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (Brasil, 2021).

Para diagnosticar a Hipertensão arterial é aconselhável, quando possível, a validação das medidas dos valores pressóricos por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), a HAS pode ser classificada de acordo com os seguintes estágios:

- PA ótima: PAS menor que 120 mmHg e PAD menor que 80 mmHg;
- PA normal: PAS entre 120 e 129 mmHg e/ou PAD entre 80 e 84 mmHg;
- Pré-hipertensão: PAS entre 130 e 139 mmHg e/ou PAD entre 85 e 89 mmHg;
- HA Estágio 1: PAS entre 140 e 159 mmHg e/ou PAD entre 90 e 99 mmHg;
- HA Estágio 2: PAS entre 160 e 179 mmHg e/ou PAD entre 100 e 109 mmHg;
- HA Estágio 3: PAS maior ou igual a 180 e/ou PAD maior igual a 110 mmHg.

Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HAS costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, rins e cérebro. Ela é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Além disso, apresenta impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes das complicações nos órgãos-alvo, fatais e não fatais (Brasil, 2022).

A avaliação do Risco Cardiovascular é fundamental para determinar a melhor forma de tratamento medicamentoso para controle da HAS. O método mais utilizado para avaliação do RCV e o Escore de Framingham, trata-se de uma escala que busca estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente, a partir de algumas variáveis: idade, níveis de HDL, colesterol total, níveis de pressão arterial sistólica tratada e não tratada, uso de tabaco e diabetes (Pimenta; Caldeira, 2014).

As DCV são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, dados completos e revisados do Datasus mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HAS estava associada em 45% destas mortes cardíacas e de 51,0% das mortes por doença. Vale ressaltar que a HA mata mais por suas lesões nos órgãos alvo (DataSUS, 2017).

Nos Estados Unidos a American College of Cardiology /American Heart Association – ACC/AHA (2018) publicou uma nova definição para hipertensão considerando valores maiores que 130/80 mmHg para diagnóstico da doença. A justificativa para o novo valor foi a identificação de aproximadamente 31 milhões de adultos a mais nos Estados Unidos (14%) com diagnóstico de hipertensão; e mais de 4,2 milhões de adultos nos EUA (2%) serão recomendados para tratamento imediato com medicamentos e isso se traduz em maiores custos. Em contrapartida, os autores da ACC/AHA argumentam que a maioria dos pacientes recém diagnosticados com hipertensão usando os novos critérios podem ser gerenciados apenas com modificações de estilo de vida.

Apesar da HAS ser uma doença amplamente conhecida e estudada, os desafios para o controle dela parecem só aumentar. Existem diferentes fatores que podem causar a doença como por exemplo: genética, envelhecimento (devido ao enrijecimento das paredes das artérias e diminuição da complacência), sexo (entre os homens é mais comum com os mais jovens e entre as mulheres é mais comum a partir da sexta década de vida), sobrepeso e obesidade, ingestão de sódio e potássio sedentarismo, uso de álcool e fatores socioeconômicos como baixa escolaridade, renda e condições de habitação inadequadas. Os fatores relacionados à HAS são multidimensionais, ou seja, além de envolver não apenas uma característica definidora necessita por parte do examinador atenção e cuidado no momento da avaliação do contexto de vida do seu paciente (Loureiro; Moreira, 2022).

## 2.2 Tratamento não medicamentoso

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Um dos desafios dos profissionais de saúde está em iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas, motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (Brasil, 2010).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

As diretrizes americana e europeia mais recentes sobre a hipertensão arterial enfatizam as MEV como parte da educação e tratamento anti-hipertensivo inicial. As MEV constituem a principal ferramenta para redução do risco cardiovascular e tratamento e incluem atividade física, dieta saudável, perda de peso, redução da ingestão de sódio, adequada ingestão de potássio e uso moderado de álcool (Whelton, 2018).

Sobre o tratamento não medicamentoso, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), destaca os seguintes cuidados:

**Controle do Peso:** A obesidade geral e a obesidade abdominal foram associadas ao aumento do risco de HA. Por outro lado, a diminuição do peso promove a diminuição da PA tanto em indivíduos normotensos quanto em hipertensos.

**Dieta Saudável:** alimentação com consumo parcimonioso de frutas, verduras, legumes, cereais, leite e derivados, além de indicarem menor quantidade de gordura e sal. Devem ser levados em conta os aspectos socioeconômicos e culturais para que ocorra adesão a determinado tipo de recomendação alimentar.

**Ingestão de sódio:** Recomenda-se que a ingestão de sódio seja limitada a aproximadamente 2 g/dia (equivalente a cerca de 5 g de sal por dia) na população em geral. A redução eficaz do sal não é fácil e, muitas vezes, há pouca valorização de quais alimentos contêm altos níveis de sal. Convém recomendações para se ter muito

cuidado com a quantidade de sal adicionado e com os alimentos com alto teor de sal (produtos industrializados e processados).

**Prática de atividade física:** Todos os adultos devem ser aconselhados a praticar pelo menos 150 min/semana de atividades físicas moderadas ou 75 min/semana de vigorosas. Os exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) podem ser praticados por 30 minutos em 5 a 7 dias por semana. A realização de exercícios resistidos de 2 a 3 dias por semana também pode ser recomendada. Para um benefício adicional, em adultos saudáveis, recomenda-se um aumento gradual da atividade física para 300 minutos por semana de intensidade moderada ou 150 minutos por semana de atividade física vigorosa, ou uma combinação equivalente de ambos, idealmente com exercício diário supervisionado.

**Redução do consumo de álcool:** Estima-se que o consumo excessivo de álcool seja responsável por cerca de 10-30% dos casos de HA e por aproximadamente 6% da mortalidade de todas as causas no mundo. Para os consumidores de álcool, a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 g de álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 ml); = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 ml); = 1 dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente).

**Controle do Estresse:** O controle do estresse emocional, por diversas técnicas existentes, pode contribuir para a prevenção da HA. carecendo ainda de mais estudos robustos nesse sentido. O treino desse controle resulta em: redução da reatividade CV e redução da PA e de sua variabilidade.

**Tabagismo:** Independentemente de seu efeito sobre a PA, abordar este tema mostra-se muito importante, porque o fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doenças e morte cardiovasculares, e seu enfrentamento precisa ser feito. O combate ao tabagismo é difícil, pelas dependências química e psíquica que causa, mas os benefícios da cessação na mortalidade CV já ocorrem a curto prazo.

**Espiritualidade:** Dentro de um conceito de espiritualidade que transcende religiosidade, mas que significa um conjunto de valores morais, emocionais, de comportamento e atitudes com relação ao mundo, temos evidências crescentes de seus benefícios em termos de risco CV, mortalidade e, particularmente, controle pressórico.

Em relação aos padrões alimentares as diretrizes atuais têm apontado cada vez mais estudos que verificam a influência dos diferentes padrões alimentares e seus efeitos benéficos no controle da HA, dentre eles, os que vem ganhando destaque são:

Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), DASH-Sodium, Dieta Mediterrânea (MedDiet) e Plant based (Berger, 2023).

Padrões alimentares ricos em frutas, verduras e legumes, grãos integrais, lácteos com baixo teor de gorduras saturadas e baixo teor de sódio estão associados à redução da PA. Além disso, o consumo desse tipo de dieta favorece a ingestão de componentes bioativos, relacionados com uma diminuição da PA, como as classes dos flavonóides, presentes em frutas, hortaliças, em alguns chás, no vinho e no cacau, e das antocianinas, encontradas em frutas e hortaliças de cor avermelhada (como açaí, uva, maçã, morango, cereja, acerola e repolho-roxo) e de micronutrientes como o potássio e o cálcio (Smith *et al.*, 2017; Bahari *et al.*, 2019; Miranda *et al.*, 2020).

Já a prática de exercício físico aparece como uma ferramenta importante no combate ao estresse, facilita o relaxamento do organismo, aumenta a oxigenação do coração e do cérebro, ativa a circulação sanguínea, previne e diminui a depressão e aumenta a energia física e o ânimo. A falta dele acarreta o sedentarismo, obesidade, falta de resistência e má circulação (Pereira *et al.*, 2020).

Um estilo de vida sedentário, associado a outros fatores de risco, pode contribuir para o aumento dos níveis pressóricos. Assim, a falta de exercícios físicos leva à necessidade de intervenções que contribuam para uma mudança de estilo de vida mais adequado e para uma redução das taxas de morbimortalidade relacionadas às doenças crônicas (Khalesi; Irwin; Sun, 2017).

As mudanças no estilo de vida (MEV) são de difícil implementação, e a sociedade como um todo deve participar desse esforço. São importantes programas contínuos de educação em saúde dirigidos a alunos de escolas profissionalizantes; alunos de primeiro e segundo graus; equipes de instituições; empresas; e comunidade. As ações de conscientização são estratégias importantes, por meio da mídia; campanhas temáticas periódicas (Arruda, 2023).

### **2.3 Tratamento medicamentoso**

O objetivo do tratamento medicamentoso é a proteção cardiovascular da pessoa com hipertensão arterial. As cinco principais classes de fármacos anti-hipertensivos são: diuréticos (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB) que demonstram

reduções significativas da PA, acompanhadas de diminuições consideráveis dos desfechos CV fatais e não fatais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

De acordo com a Diretriz da OMS para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica (2021), o início do tratamento anti-hipertensivo pode ser realizado com diagnóstico confirmado de hipertensão e pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg ou pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg e em pessoas com doença cardiovascular e pressão arterial sistólica de 130-139 mmHg.

No caso de adultos hipertensos que necessitem de tratamento farmacológico, a OMS sugere como tratamento inicial a terapia combinada de fármacos que tenham mecanismos de ação distintos. Os medicamentos anti-hipertensivos usados em combinação terapêutica devem ser escolhidos dentre três classes farmacológicas: diuréticos (tiazídicos ou similares), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)/ bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) e bloqueadores de canais de cálcio (BCC) di-hidropiridínicos de ação prolongada (Campbell, 2022).

A monoterapia é indicada para pacientes com HA estágio 1 com risco CV baixo ou com PA 130-139/85-89 mmHg de risco CV alto ou para indivíduos idosos e/ou frágeis. Nesses perfis de pacientes, a redução da PA desejada é pequena ou deve ser feita de maneira gradual, de modo a evitar eventos adversos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

As considerações na seleção da terapia incluem: a raça, a idade, doenças e terapias concomitantes, qualidade de vida, como também considerações econômicas e doses por dia. Os agentes diuréticos reduzem a pressão arterial por promover a excreção urinária de água e sódio, para diminuir o volume sanguíneo; os B-bloqueador-inibidores beta-adrenérgicos diminuem a pressão arterial por reduzir a frequência cardíaca e diminuir o débito cardíaco a partir dos rins; os bloqueadores dos receptores inibidores alfa-adrenérgico diminui a PA por dilatar os vasos sanguíneos periféricos e diminuir a resistência vascular periférica; os alfa-agonistas centrais por diminuir o fluxo simpático a partir do cérebro, reduzindo assim a resistência periférica (Carey; Muntner; Bosworth; Whelton; 2018).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde garante aos usuários o acesso a medicações anti-hipertensivas de forma gratuita através das unidades básicas de saúde e do Programa Farmácia Popular. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é um importante instrumento orientador do uso de



medicamentos e insumos no SUS. A Rename 2022 apresenta os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS (Brasil, 2022).

A lista de medicamento anti-hipertensivos presentes na Rename apresenta os seguintes medicamentos: Anlodipino; Atenolol; Captopril; Carvedilol; Cloridrato de propranolol; Cloridrato de verapamil; Cloridrato de verapamil; Maleato de Enalapril; Espironolactona; Furosemida; Cloridrato de Hidralazina; Hidroclorotiazida; Losartana; Metildopa; Succinato de metoprolol; Tartarato de metoprolol; Nifedipino (Brasil, 2022).

Um dos fatores que podem afetar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS são os efeitos colaterais, embora sejam raros, caso o usuário apresente alguma manifestação também pode ser indicativo para troca do fármaco. Alguns efeitos colaterais comuns relacionados aos fármacos anti-hipertensivos são: fraqueza, câimbras, disfunção erétil, tosse seca, entre outros (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

O tratamento medicamentoso da HAS requer acompanhamento rigoroso dos usuários por parte da equipe de saúde, uma vez que, pode ser necessário ao longo do tratamento o ajuste de doses, troca ou associação de fármacos para manter o controle dos níveis pressóricos de maneira adequada. Além da sensibilização do usuário a respeito da necessidade de uso contínuo das medicações (Sampaio, 2021).

#### **2.4 Atenção primária à saúde na assistência ao paciente com hipertensão arterial sistêmica**

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa

e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. O profissional poderá atuar nessa estratégia por meio de ações educativas coletivas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos, identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, entre outros (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Uma das estratégias utilizadas pelas equipes de saúde da família são os grupos de acompanhamento de hipertensos, onde os usuários diagnósticos com hipertensão participam de atividades educativas sobre a prevenção e tratamento da doença, passam por consultas individuais, classificação do RCV, verificação do IMC, aferição da PA entre outras atividades. Além de ser um espaço coletivo em que os usuários podem compartilhar suas vivências relacionadas ao controle da HAS (Figueredo, 2023).

Os sistemas de saúde são responsáveis por assegurar serviços que contribuam para uma adesão adequada aos tratamentos de saúde, promovendo o acesso aos cuidados e a interação entre o paciente e o profissional de saúde e buscando superar as barreiras relacionadas aos custos. Os serviços de atenção primária à saúde (APS) são os que oferecem uma abordagem mais inclusiva, equitativa e econômica para o cuidado integral e longitudinal da pessoa com HAS, sendo primordial direcionar ações da equipe de saúde para otimizar a adesão do indivíduo ao tratamento (Brasil, 2017).

Dessa forma, a atenção primária à saúde tem papel fundamental na vida das pessoas que convivem com o diagnóstico da hipertensão, sendo um fator facilitador para sensibilização dos usuários na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da mesma, proporcionando uma assistência segura e de qualidade através do vínculo do usuário com as unidades de saúde (Brasil, 2022).

## 2.5 Adesão ao tratamento da hipertensão

A HA é uma doença de alta prevalência e é um dos principais fatores de risco para as DCV e renais, apresentando determinantes genéticos, ambientais e sociais combinados. Mostra-se de fácil diagnóstico e seu tratamento é eficaz utilizando-se um arsenal terapêutico diversificado, bastante eficiente e com poucos efeitos adversos. Mesmo assim, seu controle em todo o mundo é pífio, porque se trata de doença frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão aos cuidados (Ferreira, 2023).

Nas Américas, mais de um quarto das mulheres e quatro de cada dez homens (idade entre 30 e 79 anos) têm hipertensão arterial (definida como PA  $\geq$  140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos), e as taxas de diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão estão abaixo do ideal. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), apenas 35% das mulheres e 23% dos homens com hipertensão arterial na América Latina e no Caribe têm a PA controlada (Organização Panamericana de Saúde, 2022).

Segundo o relatório da OMS sobre adesão a terapias de longo prazo, o conceito de adesão pode ser definido como “a proporção a que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou implementar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prescritor de cuidados em saúde” (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A OMS reconhece ainda cinco dimensões interdependentes que influenciam a adesão: dimensão sociodemográfica (escolaridade, renda), dimensão referente aos serviços de saúde (acesso e profissionais qualificados), dimensão referente à doença (sintomas e comorbidades), dimensão referente à farmacoterapia (duração e efeitos adversos) e a dimensão referente ao paciente (mudanças no estilo de vida) (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Sendo assim, a adesão, vista como uma medida do comportamento individual em consonância com as recomendações de cuidado em saúde, é um fator determinante da eficácia do tratamento em saúde e a baixa adesão tem impacto importante na qualidade de vida e nos custos em saúde. Ressaltando-se que devem sempre reconhecer e contemplar a vontade do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento (Spineli, 2020).

Alguns autores consideram o paciente como aderente ao tratamento quando utiliza os medicamentos ou outros procedimentos prescritos em pelo menos 80% de

seu total, levando em consideração horários, doses e tempo de tratamento. A baixa adesão é um fenômeno complexo e multideterminado, sendo, portanto, um desafio (Monteiro; Silva; Cunha, 2020).

A adesão ao tratamento da HAS continua a ser desafiadora para os serviços de saúde pela sua complexidade, o qual envolve os seguintes participantes: o paciente, seus cuidadores e profissionais de saúde. A adesão terapêutica na qual se estabelece uma relação colaborativa entre as partes envolvidas depende da prescrição médica e comportamento do paciente (Loureiro; Moreira, 2022).

No tratamento da HAS, a baixa adesão pode estar associada a múltiplos fatores de ordem individual, à condição de saúde, à terapia, aos aspectos socioeconômicos, ao sistema de saúde, à equipe de saúde e ao apoio social. Aspectos emocionais também podem causar dificuldade na adesão a dietas e exercícios, custos financeiros, quantidade e efeitos colaterais de fármacos, vínculo com o profissional de saúde, fatores sociais, comportamentais e culturais, gênero, assiduidade às consultas, hábitos de vida e ausência de programas educativos (Batista, *et al.*, 2022).

Sobre a Hipertensão observa-se o comportamento da não adesão terapêutica tanto relacionado a utilização dos medicamentos de forma incorreta quanto a não realização das mudanças no estilo de vida. Tal comportamento é comumente encontrado inclusive entre pessoas que possuem conhecimento adequado sobre a importância do tratamento correto para controle da doença, daí a necessidade de explorar e identificar precocemente os fatores que podem influenciar o comportamento dessas pessoas em prol da adesão correta ao tratamento da HAS (Schonrock; Costa; Linartevichi, 2021).

Além de identificar os fatores determinantes para adesão ou não adesão a uma terapêutica, é necessário ainda explorar formas de sensibilizar os usuários dos serviços de saúde sobre a importância de se realizar o tratamento de forma adequada, uma vez que mesmo sabendo dos riscos e complicações causadas pela HAS, ainda observamos uma grande dificuldade em relação a adequação do comportamento dessas pessoas com os comportamentos recomendados para tratamento e controle da doença (Costa; Braga; Cardoso; Mokfa, 2022).

### 3 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem como principal teórico o psicólogo social francês Serge Moscovici, que deu origem a teoria em sua obra “La psychanalyse, son image et son public”, de 1961. Para desenvolver sua teoria, Serge Moscovici se baseou nas concepções de representações coletivas de Émile Durkheim publicada na obra “O Suicídio” de 1897. O autor afirma que as representações traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que os afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não dos indivíduos (Durkheim, 1977).

Para Durkheim, as representações sobre determinado objeto ou situação estão associadas à construção coletiva e sua relação com o mundo e, não consideram as representações individuais de cada pessoa. Já Moscovici realiza críticas à concepção de Durkheim, uma vez que defende que as representações individuais são fundamentais para a formação do sujeito e cada indivíduo é capaz construir seu pensamento com base nas características da sociedade e na sua história pessoal (Ferreira, 2017).

A partir dessa concepção, Moscovici deu origem a Teoria das Representações Sociais e as definiu como sendo:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (Moscovici, 2003, p. 13).

Moscovici confere um novo valor ao pensamento social e define as representações como um saber prático que organiza o modo de vida de determinado grupo social, constituindo formas de compreender o mundo e lidar com os problemas que nele identificam (Almeida; Santos, 2014).

As representações sociais possibilitam a compreensão do mundo e da interação de cada indivíduo com a sociedade que o cerca e, a sua construção é

motivada pela necessidade de tornar concreto aquilo que é abstrato, de definir conceitos e explicações para situações, objetos e comportamentos.

Porém, as representações sociais não podem ser vistas como conceitos estáticos, pois na verdade, são frutos de um processo dinâmico de interação entre indivíduos que constroem espaços coletivos de saber:

O que estamos sugerindo, pois, é que pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos colocam. Nas ruas, bares, escritórios, hospitais, laboratórios etc., as pessoas analisam, comentam, formulam filosofias espontâneas, não oficiais, que têm um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas, na maneira como elas educam seus filhos, como planejam seu futuro, etc. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhes fornecem o alimento para o pensamento (Moscovici, 2012, p.45).

Para Moscovici, “o propósito de todas as representações é tornar algo familiar, ou a própria não familiarização, familiar” (Moscovici, 2012, P.20). dessa forma, o autor descreveu duas etapas importantes para construção de uma representação social: a Ancoragem e a Objetivação e as definiu da seguinte maneira:

Ancoragem – Esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. [...] Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa (Moscovici, 2005, p. 61).

Sobre a objetivação, afirma que “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem” (Moscovici, 2005, p. 71).

A ancoragem e a objetivação fazem parte do processo de construção de uma representação social que tem como objetivo compreender e comunicar o conhecimento do senso comum:

Ancoragem e objetivação [...]. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (Moscovici, 2005, p. 78).

Após a criação da TRS, surgiram três correntes teóricas que corroboraram com o pensamento original de Moscovici, sendo elas: perspectiva processual criada por Denise Jodelet (1989), perspectiva sociológica por Willem Doise (2002) e dimensão cognitivo-estrutural por Jean Claude Abric (1993).

De acordo com Almeida (2005), não resta dúvida de que Denise Jodelet é a grande responsável por manter atual a proposição original de Moscovici, sistematizando e divulgando a teoria. Para Jodelet (2003) as representações são o estudo dos processos pelos quais os indivíduos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, permitindo a integração das dimensões sociais e culturais com a história.

Jodelet (1989) descreve as representações sociais como formas de compreender o pensamento elaborado e compartilhado por determinado grupo social, favorecendo a elaboração de um pensamento comum. Ou seja, conjuntos de conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados diante de um olhar prático, formando um contexto comum a um determinado grupo social.

Nesse contexto, levando em consideração o pensamento social construído por portadores da HAS, a Teoria das Representações Sociais (TRS) surge como um instrumento capaz de auxiliar a compreensão das ações das pessoas no âmbito da saúde, e dos sentidos que elas atribuem a essas ações em face aos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que se lhes apresentam (Ferreira, 2016).

A utilização da Teoria das Representações sociais, proposta pelo psicólogo social Serge Moscovici (1961) possibilitou a compreensão dos fenômenos, dos conhecimentos, do senso comum e das explicações populares que baseiam as atitudes e pensamentos das pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento e cuidados referentes a doença no cotidiano delas.

### **3.2 Abordagem Qualitativa do estudo**

A escolha da abordagem qualitativa se justifica pela possibilidade de aproximação com a realidade vivenciada pelos participantes da pesquisa. Minayo (2014), afirma que a pesquisa qualitativa visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais, representações, relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

Dessa forma, tal método de investigação leva em consideração os níveis mais profundos das relações sociais, o cotidiano e as experiências do senso comum que são interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam, fatores que não podem ser quantificados ou operacionalizados em números e/ou variáveis (Minayo, 2014; Minayo, Costa, 2019).

### **3.3 Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida na atenção primária do município de Juiz de fora – MG, que conta com 67 unidades básicas de saúde divididas entre as zonas urbanas e rurais da cidade. Segundo o Plano Diretor do município, existem 43 Unidades atuando no modelo da Estratégia de Saúde da Família e 24 unidades atuando no modelo tradicional (Prefeitura de Juiz de Fora, 2021).

De acordo com a Política Nacional de Atenção básica, o processo de trabalho das equipes de atenção primária envolve desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários, como exemplo o grupo de acompanhamento de hipertensos (Brasil, 2017).

O cenário escolhido para a realização de uma pesquisa precisa ser um ambiente capaz de promover uma aproximação do pesquisador com os participantes, por estes estarem vivenciando algo inerente a sua realidade, buscando estabelecer uma relação entre os dois e assim desenvolver um diálogo confortável durante a pesquisa (Yim, 2016).

Dessa forma, o critério para seleção foram as unidades que tinham grupos de acompanhamento de hipertensos em andamento. A secretaria de saúde do município indicou 5 unidades de estratégia de saúde da família que realizam os grupos de hipertensos, porém no momento da coleta de dados apenas duas unidades estavam realizando a atividade e as outras ainda não tinham previsão para realização. A justificativa das unidades para a não realização dos grupos era de que estavam se reorganizando após o período da pandemia de COVID-19, onde todos os esforços estavam voltados para atendimento da população sintomática e vacinação. Além disso, algumas unidades estavam com as equipes incompletas com ausência de médicos e/ou enfermeiros.



As duas unidades selecionadas para realização da pesquisa atuam no modelo da Estratégia de Saúde da Família, a primeira conta com 4 equipes, sendo que apenas uma delas estava realizando o grupo de hipertensos e, a segunda unidade conta com 5 equipes, sendo que 3 delas estavam com o grupo em andamento.

Na primeira unidade, o médico, o enfermeiro e a agente comunitária da equipe realizaram inicialmente a estratificação de risco dos usuários hipertensos da área de abrangência e a sensibilização para participação no grupo, que estava programado para acontecer em 10 sessões, uma vez por semana.

Na segunda unidade, as equipes estavam realizando os grupos semanalmente sendo em dias e horários específicos para cada equipe. Os grupos eram abertos, ou seja, novos usuários poderiam comparecer a qualquer momento e eram voltados tanto para usuários com hipertensão quanto para usuários com diabetes. Além das médicas, enfermeiras e agentes comunitários das equipes, a unidade também contava com acadêmicos de enfermagem na elaboração e condução dos grupos.

Em ambas as unidades a dinâmica dos grupos eram semelhantes. Inicialmente aborda-se um tema de educação em saúde voltado para controle da hipertensão como alimentação saudável, atividade física, redução do estresse, entre outros temas. Após esse primeiro momento eram realizadas a aferição da pressão arterial, verificação do peso corporal, glicemia capilar, circunferência abdominal e IMC pelos enfermeiros e, por último, os participantes passavam por consulta médica individual para ajustes na medicação ou renovação de receitas, quando necessário.

### **3.4 Participantes**

Os participantes da presente investigação foram usuários das unidades básicas de saúde, selecionados de acordo com os critérios de inclusão: pessoas do sexo masculino e feminino, independente da etnia, com idade acima de 18 anos, atendidas nas unidades de atenção primária selecionadas, com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e que participem do grupo de acompanhamento de hipertensos das unidades, e com os critérios de exclusão: as pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há menos de 6 meses.

A escolha desses usuários se justifica por serem considerados como um grupo socialmente constituído e, dessa forma, constroem representações e significados em

torno da doença e de seu tratamento, indo ao encontro com referencial teórico do presente estudo.

Os usuários foram convidados a participar de forma individual e presencialmente logo após a participação no grupo de hipertensos. Para resguardar o anonimato dos participantes da pesquisa, eles foram identificados através de nomes de pássaros, de forma aleatória.

### **3.5 Coleta de dados**

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho e julho de 2023 nas duas unidades básicas selecionadas. A pesquisadora acompanhava a realização dos grupos, sem interferências e, após o encerramento, realizava o convite aos usuários para participar das entrevistas.

Os usuários que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados individualmente em salas privativas apenas com a presença do participante e da pesquisadora, logo após a participação no grupo, enquanto aguardavam também pela consulta médica.

Para obtenção dos depoimentos dos participantes foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas, caracterizadas como um método de interação social dinâmico, flexível e criativo que permite aos interlocutores, incluído o pesquisador, construir coletivamente uma versão do fenômeno analisado (Oliveira; Guimarães; Ferreira, 2023).

De acordo com Minayo, (2016):

A entrevista pode prover informações de duas naturezas: sobre fatos cujos dados o investigador poderia conseguir por meio de outras fontes, geralmente de cunho quantitativo; e sobre o que se refere diretamente ao indivíduo em relação à realidade que vivencia e sobre sua própria situação. Os cientistas das áreas sociais e de humanidades costumam denominar tais informações como “subjetivas”, pois constituem uma representação da realidade sob a forma de ideias, crenças, opiniões, sentimentos, comportamentos, e ação, ou seja, sobre modos pensar, sentir, agir e projetar o futuro.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado (apêndice A), composto por duas partes: a primeira diz respeito à caracterização dos participantes quanto à idade, gênero, renda e escolaridade. Para facilitar a organização de tais dados a primeira parte do roteiro foi respondida de forma digital através do programa Google Forms. A

segunda parte do roteiro era constituída por 10 questões norteadoras para permitir a condução do diálogo entre pesquisadora e participante de acordo com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um aplicativo de gravador de voz para smartphone e tiveram durações entre 06'38" e 17'31". Posteriormente a pesquisadora salvou as entrevistas em arquivo MP4 em pasta do Google Drive e realizou a transcrição dos áudios na íntegra através do programa Microsoft Word.

Ao final das entrevistas foi oportunizado aos participantes um momento de fala para aqueles que desejaram falar algo a mais sobre o tema discutido com a pesquisadora.

Os profissionais das unidades se mostraram muito solícitos com a realização da coleta de dados, disponibilizando salas para realização das entrevistas e na sensibilização dos usuários para participação. Os participantes da pesquisa também se mostraram agradecidos pelo momento das entrevistas que proporcionou além da coleta de dados, um momento de reflexão dos usuários sobre suas ações de cuidados referentes à doença.

Para determinar o fim da coleta de dados utilizou-se como referencial o conceito de Minayo (2017) que discute a saturação dos dados em pesquisa qualitativa a partir do momento em que o autor percebe que a amostra reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Dessa forma, ao observar semelhanças no conteúdo das falas dos participantes determinou-se o encerramento da coleta, totalizando assim, 15 entrevistas.

### **3.6 Aspectos éticos**

A presente investigação seguiu os aspectos éticos em conformidade com as Normas de Pesquisa em Seres Humanos, determinadas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto e emissão do parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o número 5.900.901, liberado em 16 de fevereiro de 2023 (anexo B).

Aos participantes da pesquisa foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa por meio da leitura e compreensão do TCLE (apêndice C) que foi assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias, ficando uma com

cada um. Foi garantido ao participante a liberdade para aceitarem ou não participar da entrevista. Os dados coletados ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de 5 anos e posteriormente serão destruídos.

### **3.7 Tratamento dos dados**

A análise dos dados se deu através da transcrição das entrevistas, leitura e releitura das mesmas, utilizando os recursos do Microsoft Word® 2019, como banco de dados das entrevistas transcritas, que, posteriormente ficarão arquivadas pelo período mínimo de 5 anos.

A interpretação dos dados ocorreu segundo a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011), que consiste na análise aprofundada do conteúdo do discurso do participante, de modo a interpretar a mensagem, para permitir identificar e compreender os fenômenos e seus elementos representacionais.

A análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens contidas nas falas dos participantes e, a partir disso, realizar inferências sobre os dados coletados, por meio da leitura, compreensão e identificação das significações presentes nos dados coletados (Cavalcante; Calixto; Pinheiro, 2014).

Bardin (2011) propõe classificar a análise de conteúdo de dados em três etapas distintas, sendo estas organizadas em pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e resultados.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, formulação e reformulação de hipóteses, tal fase requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo. Compreende uma visão geral dos dados coletados e o primeiro passo para estruturação das categorias de análise dos discursos (Cavalcante; Calixto; Pinheiro, 2014).

A segunda etapa, de exploração do material, consiste na formação de categorias, através da identificação de palavras ou expressões presentes nas falas dos participantes da pesquisa que possibilitam a codificação significativa recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas considerados relevantes (Cavalcante; Calixto; Pinheiro, 2014).

Posteriormente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas responsáveis pela especificação do tema

(Bardin, 1977). A partir daí, é possível propor inferências e realiza interpretações para a formulação das categorias da análise de acordo com respaldo do referencial teórico utilizado para análise dos dados (Cavalcante; Calixto; Pinheiro, 2014).

A organização das entrevistas foi realizada com o auxílio do programa Microsoft Word® 2019 com a utilização de tabelas para organizar a codificação de trechos dos textos que apresentaram pontos de relevância para a investigação, possibilitando a interpretação e categorização dos dados relevantes para responder aos objetivos da presente pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 15 usuários de duas unidades básicas de saúde do município de Juiz de Fora. Dos 15 participantes 10 (66,6%) eram do sexo feminino e 5 (33,3%) do sexo masculino. A participação majoritária de mulheres também se deu na composição dos grupos acompanhados, demonstrando uma maior procura pelos serviços de saúde por parte delas.

Sobre a faixa etária dos participantes da pesquisa, 7 (46,6%) estavam na faixa etária entre 30 e 59 anos e 8 (53,33%) estavam na faixa etária entre 60 e 80 anos. Sobre o tempo de convívio com o diagnóstico de hipertensão 5 (33,3%) apresentaram mais de 20 anos com a doença, 3 (20%) a mais de 15 anos, 3 (20%) a mais de 10 anos, 2 (13,3%) a mais de 5 anos, 1 (6%) a mais de 1 ano e 1 (6%) há mais de 6 meses.

Em relação a presença de outras comorbidades além da HAS, 8 (61,5%) dos participantes afirmaram conviver também com o diagnóstico de Diabetes Mellitus e 5 (38,5%) dos participantes afirmaram não ter nenhuma outra DCNT.

Sobre o uso de álcool e tabaco, 11 participantes (73,3%) afirmaram não fazer uso de bebidas alcoólicas e 14 participantes (93,3%) afirmaram não fazer uso de tabaco. Apenas 4 participantes afirmaram fazer uso de bebidas alcoólicas somente em festas ou eventos e apenas 1 (6,7%) participante afirmou fazer uso de tabaco.

Os dados socioeconômicos demonstraram que doze (80%) participantes contavam com renda de até um salário-mínimo e três (20%) contavam com renda entre dois e três salários-mínimos. Sobre a escolaridade, oito (53,3%) possuíam ensino fundamental incompleto, três (20%) possuíam ensino fundamental completo e quatro (26,7%) apresentavam ensino médio completo. Dentre as profissões citadas, quatro eram aposentados, três mulheres do lar, dois faxineiras, um ajudante de caminhão, um cobrador de ônibus, um auxiliar de tinturaria e um carpinteiro.

A tabela a seguir apresenta a descrição dos participantes da pesquisa quanto à faixa etária, escolaridade, renda e o tempo de convívio com o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica:

Tabela 1 – Descrição dos participantes da pesquisa

<b>Pseudônimo do participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Renda (Salários-mínimos)</b>	<b>Tempo de convívio com a HAS</b>
Canário	49 anos	Ensino Médio completo	2 a 3	15 a 20 anos
Andorinha	68 anos	Ensino fundamental incompleto	1	20 anos ou mais
Rendeira	73 anos	Ensino fundamental incompleto	1	5 a 10 anos
Tordo	62 anos	Ensino fundamental incompleto	2 a 3	20 anos ou mais
Rouxinol	35 anos	Ensino fundamental completo	1	5 a 10 anos
Coruja	66 anos	Ensino fundamental incompleto	1	20 anos ou mais
Anambé-azul	49 anos	Ensino Médio completo	1	10 a 15 anos
Cantador-amarelo	78 anos	Ensino fundamental incompleto	1	15 a 20 anos
Cardeal	60 anos	Ensino Médio completo	1	10 a 15 anos
Maú	59 anos	Ensino fundamental incompleto	1	10 a 15 anos
Petrim	68 anos	Ensino fundamental completo	1	6 meses
Saurá	60 anos	Ensino fundamental completo	1	1 a 5 anos
Vissia	66 anos	Ensino fundamental incompleto	2 a 3	20 anos ou mais
Bandoleta	50 anos	Ensino Médio completo	1	15 a 20 anos
Anumará	61 anos	Ensino fundamental incompleto	2 a 3	20 anos ou mais

(Fonte: elaborada pela autora)

#### **4.1 Construção das categorias de análise**

Após o procedimento de leitura das entrevistas e identificação das unidades de significados, foi possível organizar o material e construir três categorias para analisar e apresentar os resultados da pesquisa de acordo com os objetivos estabelecidos.

As três categorias estão descritas a seguir:

- 1 - Recebendo o diagnóstico da hipertensão: representação social da doença e seus impactos no cotidiano;
- 2- Representação social da adesão ao uso de medicamentos por pessoas hipertensas;
- 3- Representação social da adesão aos hábitos de vida saudáveis por pessoas hipertensas;

Os discursos organizados em categorias possibilitaram ao pesquisador identificar as representações dos usuários de modo a estabelecer uma melhor compreensão e estruturação dos resultados em análise.

#### **4.2 Recebendo o diagnóstico da hipertensão: representação social da doença e seus impactos no cotidiano**

Receber o diagnóstico de uma doença crônica pode ser considerado um momento desafiador para a pessoa. Aceitar a nova condição de saúde, compreender os cuidados e as adaptações necessárias para o controle da doença, além de todas as preocupações e incertezas que podem surgir. Todos esses fatores impactam diretamente na qualidade de vida, nas relações sociais, no trabalho e na saúde mental (Silva; Santos; Bezerra, 2021).

A primeira pergunta feita aos participantes da pesquisa foi sobre como eles se sentiram ao receber o diagnóstico da hipertensão pois compreender como foi esse momento para eles também seria importante para compreender e analisar a adesão ao tratamento necessário.

Diante dos depoimentos dos participantes é possível constatar representações de medo e insegurança ao receber o diagnóstico de uma doença crônica:



Na época eu fiquei assim, pensando (...) Ai meu Deus do céu, agora que parei de trabalhar na roça vou ter que ficar lidando com doenças, esses remédios tão caros, como que eu vou fazer? Tive essas preocupações (...) a vida não é fácil né (Andorinha).

Me senti péssima, tive muito medo de morrer, fiquei apavorada e parecia que os remédios não faziam efeito (Coruja).

No início eu fiquei com medo. Porque eu ouvia falar que pressão alta corria muito risco, assim de vida mesmo, e como eu trabalhava e tinha minhas filhas comigo ainda (...) para mim ali foi um medo, quanto tempo eu ia viver, como eu trabalhar, por causa das minhas filhas que dependiam de mim. Então eu senti medo (Cardeal).

Tudo que vem para modificar a saúde da gente mexe com o psicológico. Eu fiquei meio abalado. Mas o problema nosso é que a gente acaba se acostumando com a doença e não cuida da forma que tem que cuidar (Bandoleta).

Isso é muito difícil (...) muito ruim, tomar remédio não é bom não (Anumará).

Pesquisa realizada com 60 usuários da atenção primária à saúde do estado de Santa Catarina também constatou através das falas dos participantes os sentimentos de medo e preocupação diante do diagnóstico da doença, seus sintomas e suas complicações (Silva, Bousfield, 2020).

A vivência de sentimentos negativos pode comprometer diretamente a motivação para o tratamento, e, ainda, podem desencadear consequências, como sintomas depressivos, desesperança, perda de interesse pelas atividades diárias, entre outros agravantes (Silva; Crepaldi; Bousfield, 2021).

Por outro lado, mesmo as representações de medo e insegurança sendo prevalentes, alguns participantes da pesquisa demonstraram tranquilidade e aceitação diante da nova condição de saúde, principalmente aqueles que já conviviam com a doença na família:

Eu meio que já estava preparada, o médico disse que ia desencadear, e como minha família tem isso (hipertensão arterial) eu sabia que tinha como controlar (Rouxinol).

Na verdade, eu acho que nem sei se senti alguma coisa, porque passaram remédio e eu não sabia o que era pressão alta, o que era, o que precisava fazer para acabar. Sei que tinha que tomar remédio para regular, mas não fiquei preocupado. Se você recebe a notícia de coisa ruim, não pode desacreditar (...) não adianta desesperar, tem que ouvir o médico (Rendeira).

Eu aceitei, tive que aceitar o que vem, tomo remédio a vida toda, vou tomar (Tordo).

Eu fiquei tranquilo, de acordo com a idade, o tempo vai passando o corpo modifica né (Maú).

Eu não pensava muito nisso, minha mãe tinha pressão alta e eles me falaram que poderia ser hereditário, eu não fiquei muito preocupada (Vissíá).

O convívio prévio com uma doença crônica no ambiente familiar pode favorecer para uma percepção menos negativa em relação ao tratamento anti-hipertensivo e assim contribuir para uma boa adesão ao tratamento, uma vez que, tal convívio proporciona maior conhecimento sobre a doença, sobre os fatores de risco e sobre as formas de controle e prevenção (Almeida, 2022).

Assim, verifica-se que pessoas que convivem ou já conviveram com outras pessoas hipertensas apresentam representações sobre a hipertensão arterial ancoradas nos conhecimentos e informações compartilhados socialmente, bem como na experiência com o membro familiar que já vivia com a doença (Antunes, 2017).

Em contrapartida, percebe-se através das falas dos participantes que o fator genético é visto como algo inevitável e inerente ao familiar de uma pessoa hipertensa. Essas pessoas constroem a representação de certeza que em algum momento da vida também serão diagnosticadas com a doença. Tal fato revela a necessidade de abordar temas sobre as formas de prevenção da HAS e promoção da saúde de forma geral.

Tal achado vai ao encontro aos resultados um de uma pesquisa realizada com usuários hipertensos atendidos na rede pública de saúde do estado de Santa Catarina, onde os participantes associaram a hipertensão como algo que está no sangue da família, passando através das gerações, sendo este o principal causador da ocorrência da HAS (Silva, Silva, Bousfield, 2019).

Considerando que as representações guiam as práticas, o fato da causa da HA estar relacionada a fatores biológicos como a genética pode contribuir para uma menor percepção de controle e menor responsabilização destas pessoas sobre a sua condição de saúde implicando na não adoção de medidas preventivas como alimentação balanceada e realização de atividade física (Silva, 2023).

Ao questionar os participantes sobre como se sentem sabendo que para tratar e controlar a HAS é necessário tomar medicação de forma contínua e adaptações de hábitos de vida, verificou-se a construção de representações quanto aos sentimentos de obrigação e responsabilidade imposta a eles para manter sua saúde:

(...) eu me sinto na obrigação de querer. Ter esse compromisso e obediência. Se eu não fizer vai ser ruim para mim mesma. Tenho que forçar a barra para fazer tudo direitinho (Andorinha).

Eu me sinto à vontade para fazer, tenho que fazer de tudo pra fazer, não pode dizer que não e tem que ter força de vontade (Rendeira).

É ruim que eu gosto muito de doce, o sal eu sempre tiro da comida e não uso pimenta, só gosto de tempero natural mesmo. Sei que uma parte da culpa é minha, a outra parte é da genética da minha família, mas tenho que tentar melhorar (Tordo).

É uma responsabilidade muito grande (Saurá).

Hoje eu sinto que é necessário cuidar, por isso agora eu estou disposta a procurar saber para fazer, temos que nos amar e nos cuidar para fazer o que for preciso para cuidar (Cardeal).

Eu me sinto na obrigação, tenho que fazer de tudo para fazer, não pode dizer que não, e tem que ter força de vontade (Rendeira).

Os dados apresentados revelam a compreensão do tratamento como algo realmente necessário, principalmente com objetivo de impedir que aconteçam complicações relacionadas ao aumento da pressão arterial.

Silva, Santos e Bezerra (2021), afirmam que a percepção de que a HAS pode trazer consequências, algumas delas incapacitantes, pode não ser de todo ruim, já que, gera maior preocupação com os cuidados voltados para o controle dos valores pressóricos e conseqüentemente aumentam a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

O fato de que a maioria dos participantes da pesquisa são idosos e/ou possuem longo período de convívio com a hipertensão, também pode ser considerado como facilitador para compreensão da necessidade e da importância de se realizar o tratamento da forma adequada, uma vez que, essas pessoas já passaram por diversas situações relacionadas a complicações da doença, consultas, aconselhamentos, grupos de hipertensos, atividades educativas, entre outros e dessa forma, as representações sociais dessas pessoas sobre a necessidade de se realizar o tratamento já estão ancoradas como algo familiar.

De acordo com Ferreira e colaboradores (2023), um maior tempo de convívio com HAS está relacionado com maior conhecimento sobre a condição de saúde e os riscos relacionados à doença e, com isso, essas pessoas apresentam maior receio de complicações graves, visto já terem experienciado as consequências da não adesão ao tratamento.

Estudo quantitativo sobre a adesão ao tratamento da hipertensão realizado na Letônia apontou que quanto maior o tempo de duração da doença, mais aderente é o paciente e, se a duração do tratamento for superior a 10 anos a adesão também será maior (Gavrilova *et al.*, 2019).

### **4.3 Representação social da adesão ao uso de medicamentos por pessoas hipertensas**

Atualmente o sistema de saúde brasileiro conta com diversos medicamentos eficazes para controle da HAS e o acesso a esses medicamentos é amplamente facilitado, sendo sua grande maioria distribuídos de forma gratuita pelas unidades básicas de saúde e/ou através do programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Dentre os participantes da pesquisa, 13 deles (73%) convivem com o diagnóstico da HAS a mais de 10 anos e, ao serem perguntados sobre a forma que se organizam para tomar as medicações prescritas, foi possível compreender a incorporação do uso dos medicamentos como parte da rotina e associada a hábitos do dia a dia como aos horários de refeições:

eu marco ali. Cinco horas da manhã eu acordo, vou ao banheiro e já vou lá e tomo a medicação da manhã e tomo café (Andorinha).

(...) de manhã é fácil, levanto de manhã, fiz o café e tomo o remédio pra depois tomar o café (...) é fácil (Rendeira).

De manhã e à noite, oito horas da noite ou quando vou me deitar, losartana. Esses eu tomo certinho. Tomo losartana junto com atenolol. De noite eu tomo na hora que vou dormir, mas sempre tomo (Coruja).

Sei que de manhã eu vou tomar certinho, o da pressão e de noite tomo certinho (Tordo).

Às seis da manhã eu estou no serviço e deixo lá pra já tomar, e quando é de noite eu tomo em casa (...) (Anambé-azul).

Tomo de manhã direitinho, junto com o da diabetes (Cantador-amarelo).

No início eu deixava um bilhete na porta da geladeira, mas com o passar dos anos eu peguei o costume e assim que eu tomo café da manhã, antes de sair para o trabalho eu já tomo (Cardeal).

(...) De manhã, assim que tomo café eu já tomo o remédio, e a noite tomo entre 18h e 19h (Maú).

Tomo todos de uma vez só. Não esqueço não. Sou muito responsável com os remédios (Saurá).

Eu já levanto, tomo café e tomo o remédio e a noite eu janto e tomo o remédio. Assim eu não esqueço nem passa do horário (Vissιά).

Eu tomo assim que acordo e assim que eu vou deitar para dormir eu já tomo (Bandoleta).

Minha cabeça é muito boa. Tomo certinho, muito difícil esquecer (Anumará).

Compreende-se que a adesão ao tratamento medicamentoso é facilitada por não exigir atividades complexas, desse modo são incorporados à rotina de maneira mais aceitável e confortável.

Uma pesquisa realizada sobre as dificuldades e facilidades do tratamento anti-hipertensivo apontou que os portadores da doença consideram como facilidade do tratamento o uso da medicação, que aparece como parte da rotina da pessoa que vive com hipertensão (Silva; Bousfield, 2016).

A partir das falas dos participantes da pesquisa também é possível compreender que existem representações de responsabilidade e compromisso com o uso correto das medicações. Ao serem perguntados se já deixaram de tomar as medicações por algum motivo, podemos destacar as seguintes falas:

Sempre tomei certinho, tenho medo de ficar sem tomar e a pressão subir (Coruja).

Não esqueço não. Sou muito responsável com os remédios (Saúra).

Tem que tomar o remédio, não paro de tomar de jeito nenhum (Anumará).

Não, depois que eu decidi cuidar (...) eu tomei o remédio certinho. Só no início, quando eu não queria aceitar a doença que eu não tomava mesmo (Bandoleta).

Não, nunca parei. Quando eu esquecia de tomar meu corpo dava sinais e aí eu lembrava de tomar, para não passar mal (Cardeal).

Não, nunca parei, tomo até hoje direto, ainda mais agora que é de graça (Anambé-azul).

Tais resultados demonstram a compreensão de que o tratamento da hipertensão perpassa principalmente pelo uso de medicamentos, sendo estes vistos como algo indispensável para o controle dos níveis pressóricos. Para eles a responsabilidade está em tomar a medicação todos os dias e isso é visto como suficiente para o cuidado (Jankowska-Polańska; Blicharska; Uchmanowicz; Morisky, 2016).

Em um estudo realizado com 20 pessoas hipertensas foi constatada a representação social da hipertensão arterial associada predominantemente ao controle da doença a partir da medicação (Silva; Bousfield, 2016).

Outro estudo também destacou o uso de medicamentos como aspecto principal para manter o controle da doença. Neste estudo, 13 participantes que vivem com hipertensão declararam apenas o uso da medicação como prática de controle da pressão arterial e 5 participantes citaram o uso da medicação aliado às mudanças de hábitos (Antunes, 2017).

O cuidado com o medicamento é associado a não esquecer de tomar, uso contínuo e tomar na hora certa. Para a maioria das pessoas o medicamento é associado com a prevenção de possíveis consequências da HA, havendo uma prevalência do uso da medicação sobre outras práticas, como as mudanças de estilo de vida (Nunes, 2012; Antunes, 2017).

A forte ênfase dada ao uso de medicamentos para controlar a hipertensão pode estar associada à figura do profissional médico, que é visto por essas pessoas como o profissional mais capacitado para determinar o melhor tratamento e onde depositam confiança. Alguns autores ressaltam que as pessoas que vivem com hipertensão tendem a depositar no médico e na medicação o controle da pressão arterial. Isto contribui para uma valorização do acompanhamento médico, tornando-se um comportamento recorrente adotado pelas pessoas depois que descobrem ter hipertensão arterial (Nunes; Nogueira; Pedrosa, 2012; Silva, 2014; Silva; Bousfield, 2016; Antunes, 2017).

Para o sucesso no tratamento da hipertensão é necessário que o indivíduo apresente uma boa aceitação de sua condição de saúde e conhecimento adequado acerca dos cuidados necessários para manter os níveis pressóricos dentro dos valores recomendados. Sendo assim, é fundamental que o portador da doença entenda que o uso das medicações seja realizado de forma contínua e ininterrupta, a menos sob recomendação médica (Silva; Santos; Bezerra, 2021).

Por ser uma doença muitas vezes silenciosa, é comum que o portador da HAS apresente picos hipertensivos sem aparecimento de sintomas. Essa condição pode ser considerada um fator complicador para a adesão ao uso das medicações.

As falas apresentadas abaixo configuram as afirmações acima:

Tem dia que eu esqueço, fico muito nervosa, eu sei que é normal (tomar a medicação), mas é chato né (Rouxinol).

Eu já parei de tomar por conta própria. Achei que não tinha nada a ver, quem não ia sair de 17 (valor da Pressão Arterial), mas foi pra 22, só que nunca senti nada (Cantador-amarelo).

Minha filha, eu não senti nada. Eu só fui ao médico porque sofri um acidente e lá eles descobriram que eu tinha pressão alta, mas, até hoje eu nunca senti nada (Saurá).

O fato da hipertensão se apresentar muitas vezes de forma assintomática dificulta o entendimento das pessoas sobre a real necessidade de se adotar o tratamento de forma contínua. Estudo quantitativo realizado com mais de três mil pessoas hipertensas apontou que os motivos mais frequentes para não tomar as medicações foram: achar que estava curado (16,7%), não sentir nada (8,3%), não sentir necessidade de se tratar (8,3), acreditar que deveria tomar o medicamento apenas quando se sentia mal (14%) e esquecimento (10,9%) (Tavares, 2016).

Outro fator complicador relacionado a adesão ao uso das medicações de controle da HAS são os efeitos colaterais, um dos participantes da pesquisa apresentou a seguinte fala:

Teve uma época que troquei de remédio e ele me dava dor de cabeça, aí eu parei de tomar. Só voltei a tomar quando o médico trocou para mim (Rouxinol).

Assim entre os fatores dificultadores, em consonância com a literatura, apareceram o esquecimento da tomada do medicamento e a alteração da prescrição por decisão própria, justificada por prováveis efeitos colaterais das medicações, falsa percepção de controle da PA e ausência de sintomas da HAS (Arruda, 2023).

Estudo de revisão sistemática também apontou os fatores relacionados à condição de saúde do paciente (gravidade da HAS, ausência ou presença de sintomas e nível de incapacidade e/ou comorbidades) como fatores associados a menor conformidade com o uso de medicamentos (Gutierrez; Sakulbumrungsil, 2021).

#### **4.4 Representação social da adesão aos hábitos de vida saudáveis por pessoas hipertensas**

A adoção de hábitos saudáveis de vida constitui o tratamento não medicamentoso da hipertensão. Essa modalidade de tratamento envolve o controle

alimentar e a prática regular de atividade física. A alimentação de pessoas com hipertensão arterial deve ser rica em frutas, verduras e legumes, grãos integrais, alimentos com baixo teor de gorduras saturadas, alimentos com baixo teor de sódio e reduzida ingestão de sal (Porto, et al., 2022).

. Em relação aos hábitos alimentares é possível perceber nas falas dos participantes que eles possuem conhecimento adequado sobre os alimentos saudáveis e o controle da ingestão de sódio.

Aos serem perguntados sobre como é a alimentação no dia a dia, podemos destacar as seguintes falas:

Café da manhã café com leite, depois como um pão com café ou uma maçã, aí almoço arroz, feijão, brócolis e frango. As vezes uso cebola, alho, mas nada demais. Boto um legume também né (Coruja).

Ultimamente, eu passei a comer arroz integral, salada de alface, tomate abobrinha (Anambé-azul).

Meu café no serviço é café com pão normal, de dia nem tomo café em casa. Arroz feijão verdura, fritura nunca como, tudo assado (Cantador-amarelo).

Café da manhã é pão integral, café. Almoço: carne arroz, salada, não posso comer muito sal, coloco pouco sal (Cardeal).

De manhã geralmente é um pão integral. O almoço geralmente é arroz, feijão, verdura, frango, carne. Chuchu, beringela. Pouco sal, pois, minha esposa também é hipertensa (Saurá).

Café da manhã eu como pão com manteiga e café, as vezes um bolo. Almoço é feijão, salada, arroz, ovo as vezes carne. Jantar é a mesma coisa. Só final de semana que faço um lanche. Reduzi muito o sal (Vissíá).

Apesar dos participantes apresentarem conhecimento em relação a alimentação saudável, existem outros fatores que interferem na adesão de tais hábitos como as condições socioeconômicas e também o convívio familiar:

Aí é problema, eu como o que tiver em casa para comer, o que der pra comprar para todo mundo (Rendeira).

Quando tem carne eu como, nem todo dia tem. Ovo está caro também. Eu como carne umas duas vezes na semana (Bandoleta).

Meu marido gosta de comida bem salgada e de fritura, aí como eu faço para ele, acabo comendo também (Maú).

A um tempo atrás, eu comia de tudo, de um tempo para cá eu estou tentando fazer meu marido aceitar comida cozida (Rouxinol).

Os fatores socioeconômicos interferem diretamente nos padrões alimentares de uma determinada população. Pessoas que vivem em áreas de baixa renda e alta



vulnerabilidade social são mais suscetíveis a adotarem hábitos alimentares menos saudáveis. O ambiente alimentar influencia os padrões alimentares por meio da disponibilidade, do acesso, do preço e da qualidade dos alimentos, e por fatores individuais como cultura, preferência, aceitabilidade e conhecimento do indivíduo em relação ao alimento (Cunha *et al.*, 2022).

Um estudo transversal, realizado com 250 famílias atendidas em uma unidade básica de saúde do município de Porto Alegre, apontou que a renda esteve associada ao consumo de alimentos saudáveis. Os alimentos como frutas, legumes, verduras e cereais integrais, são habitualmente mais caros do que alimentos ultraprocessados e seu consumo ainda é maior entre os indivíduos de maior renda (Cunha *et al.*, 2022).

O ambiente familiar também é considerado fator determinante para definição dos padrões alimentares de uma pessoa que precisa adotar hábitos saudáveis e realizar alterações específicas na dieta para controlar sua condição de saúde.

Sobre a hipertensão, quando a família apoia a pessoa e opta por escolhas alimentares saudáveis, ela incentiva a adesão ao plano alimentar a longo prazo. Da mesma forma, o aconselhamento nutricional pode potencializar a adesão ao fornecer informações sobre os tipos de alimentos que devem ser consumidos e evitados (Smith *et al.*, 2017; Bahari *et al.*, 2019; Miranda *et al.*, 2020).

Em relação à prática regular de atividade física foi possível verificar que os participantes compartilham representações sobre a importância e a necessidade da realização e possuem conhecimento sobre como fazer corretamente. Apesar disso, a grande maioria dos entrevistados não praticam ou praticaram atividade física de forma insuficiente:

De vez em quando faço caminhada, subo e desço escada. Duas ou três vezes na semana (Coruja).

Não faço. Tenho muita vontade de fazer, mas não faço, porque trabalho, eu saio de casa de manhã e só volto à noite. Mas eu quero praticar, porque sei que preciso (Cardeal).

Não faço atividade física, porque trabalho carregando peso, subo e desço a escada. Aí já chego em casa cansado e não faço atividade física nenhuma (Petrim).

(...) antes da pandemia eu estava fazendo caminhada. Aí veio a pandemia, e desanimou tudo e o corpo se acostumou, desde então eu não tenho feito mais não (Bandoleta).

Eu estava caminhando 3 vezes por semana, mas agora não, eu só ando de ônibus (Tordo).

Pesquisa realizada com 31 pessoas hipertensas no município de Juazeiro – BA também apontou que pessoas hipertensas apresentam representações ambíguas e contraditórias com relação ao tratamento da doença. Embora saibam a necessidade de se realizar o tratamento de forma sistemática e prolongada, deixam de realizar os cuidados necessários ou realizam de forma inadequada (Silva; Santos; Bezerra, 2021).

Entre as mulheres entrevistadas foi possível compreender a construção de representações quanto a associação do trabalho doméstico como prática de atividade física, os desgastes diante da realização das tarefas da casa e o cuidado com familiares aparecem como justificativa para não realização de atividade física:

A minha atividade física é andar atrás de menino (se refere aos netos) o dia inteiro e o serviço de casa. Não faço caminhada, preciso fazer, mas não faço (Andorinha).

Não faço. o que eu faço em casa já é uma atividade física (Cantador-amarelo).

Acho q a rotina da casa, meu trabalho, que é uma correria, tenho que ajudar meu marido também (Rouxinol).

Tais achados revelam o impacto da sobrecarga doméstica como fator dificultador para adesão a prática regular de atividade física. Estudo realizado com mais de 600 mulheres revelou que a sobrecarga de trabalho doméstico em mulheres se relaciona com aumento dos níveis de estresse, ansiedade e depressão e, de forma indireta acabam impactando na motivação pessoal e na disposição dessas mulheres para prática de atividade física e demais práticas de cuidados pessoais (Rodrigues *et al.*, 2018).

São diversos os fatores que podem dificultar a adesão aos hábitos de vida saudáveis para controle e tratamento da hipertensão. Ao questionar os participantes sobre quais são os empecilhos para colocar em prática tais atitudes e comportamentos percebe-se que a rotina de trabalho e a falta de motivação pessoal foram predominantes nas falas dos participantes:

Eu trabalho como faxineira, tem dia que eu vou trabalhar não levo nada para comer, as vezes nem tem tempo para comer (Canário).

Preguiça. Eu fico numa preguiça de levantar da cama de manhã. Eu aposentei e fiquei numa preguiça danada. Trabalhei demais desde os 9 anos de idade (Andorinha).

Falta só força de vontade para fazer (Rendeira).

Se eu quiser fazer atividade física, dá para fazer na parte da manhã, posso ir fazer uma caminhada. Mas o cansaço do trabalho atrapalha um pouco a ter disposição (Saurá).

O cansaço do trabalho atrapalha um pouco (Maú).

O nosso problema é a luta contra o corpo, a mente manda fazer, mas o corpo não faz. Você se acostuma mais com as coisas negativas do que as coisas positivas. Qual você prefere: ficar na cama deitado ou fazer uma caminhada? Então, junta tudo isso, a alimentação é o menos complicado. Mas o exercício é o pior. É o que mais me arreventa, eu sei que preciso fazer, mas é complicado lutar contra o corpo todo dia. É uma luta constante (Bandoleta).

A rotina exaustiva de trabalho aparece como um dos principais motivos para não realização de atividade física pelos participantes da pesquisa. Em estudo realizado com 57 pessoas sobre os níveis de adesão ao tratamento, foi constatado que a maioria daqueles considerados aderentes ao tratamento trabalhavam até no máximo 40 horas semanais, não trabalhavam aos finais de semana e se sentiam felizes com a vida profissional (Arruda *et al.*, 2023).

Percebe-se que a representação social das pessoas hipertensas sobre o tratamento não farmacológico envolve os fatores pessoais e emocionais como limitantes à adoção de novos hábitos para a saúde, os quais apontam o estresse físico e emocional como um dos fatores que atuam como barreira para a adesão ao tratamento e às mudanças de hábitos (Pinto *et al.*, 2020).

A adesão de uma pessoa com hipertensão arterial ao exercício físico, ao uso regular do esquema terapêutico e a adoção de estilo de vida saudável, é resultante do seu engajamento efetivo nas atividades de autocuidado, sendo necessário que a pessoa compreenda seu papel como agente ativo desse processo (Maya, *et al.*, 2022).

Dessa forma, compreende-se que existem diferentes fatores que interferem no nível de engajamento de cada pessoa em seu tratamento, sendo esse o principal desafio para os profissionais e para o sistema de saúde no desenvolvimento de ações e serviços voltados para atingir o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram: compreender as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença; conhecer os fatores que interferem na adesão; e, analisar as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença. Nesse sentido buscou-se apreender a representação social da hipertensão arterial por pessoas hipertensas, para então averiguar as possíveis relações entre elas e as práticas de controle desenvolvidas.

A representação social da hipertensão passa por sentimentos de medo e insegurança principalmente relacionados às complicações da doença e lesões de órgão-alvos. Ao mesmo tempo, as pessoas que convivem com o diagnóstico constroem representações da doença como sendo algo inevitável e inerente a eles por questões genéticas.

A partir dos resultados apresentados foi possível compreender que as representações sociais sobre a adesão ao tratamento da hipertensão por pessoas hipertensas diferem a depender de qual modalidade de tratamento estamos nos referindo. As pessoas que vivem com hipertensão têm suas práticas associadas com a realização do tratamento através do uso da medicação e das mudanças de hábitos. Contudo, para este grupo, o uso da medicação é a prática que prevalece.

No que diz respeito às atitudes frente ao tratamento, verificou-se que os participantes são favoráveis à realização das medidas de controle da doença, entretanto, quando estas se referem a mudanças na alimentação e realização de atividade física a favorabilidade é menor.

A utilização do medicamento é incorporada à rotina de maneira mais fácil quando comparada às mudanças do estilo de vida. Dessa forma, a representação social do tratamento medicamentoso é construída através da percepção de que o medicamento é a principal forma de se prevenir complicações graves da doença, fazendo com que essas pessoas apresentem maior compromisso com essa modalidade de tratamento.

A construção da representação social de uma pessoa hipertensa sobre a adesão ao tratamento perpassa pelo conhecimento adquirido sobre o tema e pelas experiências pessoais de cada uma. Sendo assim, compreendeu-se que os

participantes da pesquisa apresentam conhecimento sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis para tratamento e controle da doença, porém existem fatores que dificultam a aplicabilidade desse conhecimento no cotidiano.

O tratamento não medicamentoso, principalmente em relação à prática regular de atividade física, tem sua adesão dificultada pelo desgaste físico e mental causado pelo trabalho, serviços domésticos e até mesmo as relações familiares, levando essas pessoas a terem baixa motivação e disposição. Os fatores socioeconômicos e a qualidade de vida também

interferem diretamente na motivação dessas pessoas na adoção de tal hábito. O caráter assintomático da hipertensão também é um fator que interfere na adesão ao tratamento não medicamentoso, uma vez que, leva a uma percepção de que a patologia está controlada, não havendo necessidade de se adotar outras modalidades de cuidado que não sejam o medicamento.

Dessa forma, o estudo contribui para a discussão do tema e sensibilização de sua importância nessa e em outras realidades. É necessário que os profissionais de saúde reconheçam e identifiquem as representações do processo saúde-doença das pessoas hipertensas, levando em conta a singularidade dos indivíduos e comunidades, para assim possibilitar a transformação e sensibilização quanto às práticas de cuidados e de tratamento da hipertensão arterial.

A relação do medicamento como foco central na representação do tratamento chama atenção para necessidade de implementar ações baseadas na educação em saúde que potencializem a realização de práticas de controle não medicamentosas, como a realização de atividades físicas e mudança de hábitos alimentares.

Entende-se, como limitação, o desenvolvimento do estudo apenas em unidades de saúde do município de Juiz de Fora - MG. Isso inviabiliza, ao menos parcialmente, a generalização dos resultados, dada a influência de fatores sociais, culturais e econômicos.

Por fim, entende-se a importância de que os dados apresentados nesta pesquisa sejam disseminados em eventos científicos, publicados em artigos e, principalmente, que a divulgação dos resultados possibilite a discussão entre profissionais e gestores da saúde para elaboração de políticas públicas que favoreçam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica com maior foco na modalidade de tratamento não medicamentoso.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Eds.), **Estudos interdisciplinares de representação social** (pp. 27-38). Goiânia, GO: AB.
- ALMEIDA, G.B.S. **Representações sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre a hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo**. Tese. (Doutorado em Enfermagem) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ALMEIDA, I.N.K et al. Regulação emocional, percepção da doença e adesão ao tratamento de brasileiros com hipertensão arterial: estudo transversal. **Revista de Enfermagem UFPI**. 2022. 11:e2846. DOI: 10.266.694/REUFPI.v11i1.28446.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Blood pressure guidelines: more similar than different**. JAMA 2018. Nov 6; 320 (17):1749-1750; doi: 10.1001/jama.2018.16755
- ANTUNES, L. (2017). Representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares. **Tese de Doutorado em Psicologia**. Santa Catarina. Florianópolis (SC).
- BAHARI G., SCAFIDE K., KRALL J., MALLINSON R.K., WEINSTEIN A.A. Mediating role of self-efficacy in the relationship between family social support and hypertension self-care behaviours: a cross-sectional study of Saudi men with hypertension. **Int J Nurs Pract**. 2019; 25(6):e12785. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12785>
- BATISTA, G. F.; NASCIMENTO, A. C. de M.; SOUZA, B. de F.; TOMÉ, L. S. A.; COSTA, M. G. O.; DANTAS, J. M. C.; TARGINO, R. Main factors influencing treatment adherence for Systemic Arterial Hypertension: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e26311124760, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.24760. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24760>. Acesso em: 3 mar. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revisada e atualizada. São Paulo: Edições, v. 70, 2011.
- BERGER, A.L.D.; KUWABARA, K.L.; FARIA, N.F.O. LEAL, D.P. Efeito dos padrões alimentares no tratamento e prevenção da hipertensão arterial: uma atualização. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 11-15, 1 mar. 2023. Atha Mais Editora Ltda. <http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/2023300111-5>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 118 p.: il
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de **Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não**

**Transmissíveis.** Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 131 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** – Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

CAMPBELL N.R.C., PACCOT BURNENS M., WHELTON P.K., ANGELL S.Y., JAFFE M.G., COHN J. **Diretrizes de 2021 da Organização Mundial da Saúde sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: repercussões para as políticas na Região das Américas.** Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e55. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.55>

CAREY R.M., MUNTNER P., BOSWORTH H.B., WHELTON P.K. Prevention and control of hypertension: JACC health promotion series. **J. Am. Coll. Cardiol.** 2018; 72 (11): 1278-293. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008>

COSTA, M. B. S; BRAGA, L. C.; CARDOSO, L.; MOKFA, G. V., SANTOS, F. R. Principais fatores assinalados por pacientes hipertensos para não adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. **Scientia Generalis**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 206–214, 2022. Disponível em: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/390>. Acesso em: 3 mar. 2024.

COSTA, K. S. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: obtenção de medicamentos por adultos em tratamento para hipertensão e diabetes no programa farmácia popular do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-15, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/ss2237-9622202200004.especial>.

COELHO, J. C., et al. Controle da pressão arterial de hipertensos acompanhados em um ambulatório de alta complexidade e variáveis associadas. **Braz. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.) 2021;43(2):207-216

CRUZ L. H. L. et al. Fatores relacionados a não adesão medicamentosa no tratamento da hipertensão arterial. **Revista Nurising.** 2018; 22 (248): 2497- 2501.

CUNHA, CM; CANUTO, R; ROSA, P; LONGARAI; SCHUCH, I. Associação entre padrões alimentares com fatores socioeconômicos e ambiente alimentar em uma cidade do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 687-700, fev. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022272.37322020>.

FERREIRA. Theory of Social Representations and Contributions to the Research of Health Care and Nursing. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 214-215, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160028>.

FERREIRA, P., et al., Fatores associados a não adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial que procuram assistência por emergência. **Cogitare enfermagem** [internet], v.28 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.90796>.

FIGUEREDO, A.D. **Grupo operativo para hipertensos e diabéticos: resultados da interrupção das atividades devido a pandemia de COVID-19.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais, 2023.

GAVRILOVA A. *et al.* Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. **Medicina (Kaunas)**. 2019;55(11):715. DOI: 10.3390/medicina55110715.

GUTIERREZ, M.M., SAKULBUMRUNGSIL, R. Factors associated with medication adherence of hypertensive patients in the Philippines: a systematic review. **Clin Hypertens.** 2021;27(1):19. doi: 10.1186/ s40885-021-00176-0

JANKOWSKA-POLAŃSKA, B., BLICHARSKA, K., UCHMANOWICZ, I., MORISKY, D.E. (2016). The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, 15(7), 559-568. doi: 10.1177/1474515115626878

JODELET, D. *et al.* **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Eduerj, p. 17-44, 2001.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais.** 2005. Paris: PUF, 1989.

JODELET, D. **O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais.** Sociedade e estado, v. 24, p. 712, 2009.



KHALES, S., IRWIN, C., SUN, J. (2017). Dietary patterns, nutrition knowledge, lifestyle, and health-related quality of life: associations with anti-hypertension medication adherence in a sample of Australian adults. *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 24(4), 453-462. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s40292-017-0229-9>

LIMA, LEITE. SILVA. Comparação entre as Diretrizes de Hipertensão ACC/AHA e ESC/ESH. *Revista Norte Nordeste de Cardiologia* 2019;9(2):2

MAYA, V. N., et al. Os fatores sociodemográficos interferem na adesão aos anti-hipertensivos na atenção primária? Revisão integrativa. *Clin Biomed Rev*. 2022; 42 (4).

MAHDAVI R., ASL A.B., ABADI M.A.J., NAMAZI N. Perceived barriers to following dietary recommendations in hypertensive patients. *J Am Coll Nutr*. 2017;36(3):193-9. doi: <https://doi.org/10.1080/07315724.2014.966176>.

MEDEIROS, R.T.O. **SARS-COV2 e o impacto da sobrecarga de trabalho em uma instituição de referência: representações sociais de profissionais de enfermagem. Dissertação.** Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu. Universidade de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais 2023.

MINAYO, M.C. S. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14ª ed. Hucitec Editora, São Paulo, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 1992. p. 269-269.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes Limitada, 2011.

MINAYO. M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7429265>. Acesso em: 23 nov, 2023.

MIRANDA P.R.O., SACRAMENTO D.O., DIAZ F.B.B., TOLEDO L.V., PEREIRA R.S.F., REZENDE-ALVES K. Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento. *Rev. Enferm. UFSM*. 2021 [Acesso em: Ano Mês Dia]; vol.11 e6: 1-23. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769242403>.

MORAES, P.R. *et al.* **A teoria das representações sociais.** Revista em Foco. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2014.

MONTEIRO, A. A. F.; SILVA, G. C. A.; SILVA, L. V.; CUNHA, L. S. da; TORRES, P. A. Estudo sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na UBSF de Três Poços. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 1289–1305, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n1-099. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7162>. Acesso em: 4 mar. 2024.

MOSCOVICI, S. **Reconversion Industrielle et Changements Sociaux – Um Exemple: la Chapelleriedans l’Aude**. Paris: Colin, 1961, 41p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. In: Representações sociais: investigações em psicologia social. 2009. p. 404-404.

MOSCOVICI. Prefácio. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S (Org.). **Textos em Representações Sociais**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1995

MOTA, B. A; MOURA-LANZA, F.; NOGUEIRA-CORTEZ, D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Salud Pública**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 1-9, 1 maio 2019. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v21n3.70291>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Diretriz para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em adultos**. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726266>.

PAULA T.P, VIANA L.V., TZ NETO A., LEITÃO C.B., GROSS J.L., AZEVEDO M.J. Effects of the DASH diet and walking on blood pressure in patients with type 2 diabetes and uncontrolled hypertension: a randomized controlled trial. *J Clin Hypertens*. 2015; 17(11):895-901. doi: <https://doi.org/10.1111/jch.12597>.

PEREIRA, P.M., et al. 2020. Estilo de vida, adesão medicamentosa e não medicamentosa em hipertensos: uma revisão. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, 25(268), 112-126. de: <https://doi.org/10.46642/efd.v25i268.2271>

PORTO, Q.A.R.; et al. A efetividade de ações de educação em saúde na adoção de hábitos saudáveis: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.L.], v. 45, n. 2, p. 213-230, 14 jul. 2022. Secretaria da Saude do Estado da Bahia. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3428>.

REZENDE-ALVES K. Percepção de pessoas com hipertensão arterial sobre aspectos que influenciam a adesão ao tratamento. **Rev. Enferm. UFSM**. 2021 [Acesso em: Ano Mês Dia]; vol.11 e6: 1-23. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769242403>.

SAMPAIO; Promoção da saúde de pacientes hipertensos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 5238-5249 mar./apr. 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** 2021; 116(3): 516-658. Brasil, 2021. Disponível em: [Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 - ABC Cardiol](https://doi.org/10.5902/2179769242403). Acesso em: 25/07/2022.

SILVA, J.P; SILVA, M.L.B.; BOUSFIELD, A.B.S. Representações sociais da hipertensão, do convívio e tratamento da doença. **Psicologia Argumento**, [S.L.], v. 37, n. 98, p. 433, 21 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.7213/psicologum.37.98.ao02>.

SILVA, S.B. Convivendo com a hipertensão: saberes e práticas de

peças diagnosticadas. **Rev. APS. 2021 abr.-jun.; 24(2): 270-81.** DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34950>

SILVA L.B, et al. Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. **Rev Panam Salud Publica.** 2023;47:e67. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67>

SILVA M.F.F. et al. Percepção de pacientes hipertensos sobre a doença e motivação para mudança de hábitos. **Interação Em Psicologia** | vol. 25 | n 2 | 2021 | DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i2.71800>

SILVA; SANTOS. BEZERRA. Convivendo com a hipertensão: saberes e práticas de pessoas diagnosticadas. **Rev. APS. 2021 abr.-jun.; 24(2): 270-81.** DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34950>

SMITH G.L., BANTING L., EIME R., O'SULLIVAN G., VAN UFFELEN J.G.Z. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017; 14(1):44-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>

SPINELLI, A.C.S. Hipertensão arterial: adesão ao tratamento. **Rev Bras Hipertens** 2020; Vol.27(1):18-22

SCHONROCK, G., COSTA, L., BENDER, S., & LINARTEVICH, V. (2021). Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes idosos hipertensos em uma unidade de saúde da família em Cascavel Paraná. **Fag journal of health (fjh)**, 3(1), 29-33. <https://doi.org/10.35984/fjh.v3i1.298>

Tavares D. M. S. Et al. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2015;68(6):122-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>

VENDRAME S., KLIMIS-ZACAS D. Potential factors influencing the effects of anthocyanins on blood pressure regulation in humans: a review. *Nutrients.* 2019;11(6):1431-42. <https://doi.org/10.3390/nu11061431>

WHELTON P.K., WILLIAMS B. The 2018 European Society of Cardiology / European Society of Hypertension and 2017 American College of Cardiology / American Heart Association blood pressure guidelines: more similar than different. **JAMA** 2018. Nov 6; 320 (17):1749-1750; doi: 10.1001/jama.2018.16755.

WHO. World Health Organization. **Reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019.** 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>. Acesso em: 25 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2023. **Global report on hypertension: the race against a silent killer.** ISBN 978-92-4-008106-2 (electronic version).

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Pesquisa: “Representações Sociais de hipertensos acerca da adesão aos cuidados de saúde relativos a HAS”

Pesquisadoras: Mestranda Evilaine de Castro Fernandes

Prof. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida

**Pseudônimo do participante: (Nome de Pássaros)**

**Idade:**

**Escolaridade:** ( ) Alfabetizado; ( ) Fundamental Incompleto; ( ) Fundamental Completo; ( ) Ensino Médio incompleto; ( ) Ensino Médio Completo; ( ) Superior Incompleto; ( ) Superior Completo; ( ) Pós-graduação; ( ) Mestrado/Doutorado.

**A quanto tempo convive com o diagnóstico de HAS?** ( ) 6 meses a 1 ano; ( ) 1 a 5 anos; ( ) 5 a 10 anos; ( ) 10 a 15 anos; ( ) 15 a 20 anos; ( ) 20 anos ou mais.

**Faz tratamento de alguma outra doença crônica não transmissível?**

( ) DM1 ( ) DM2 ( ) Câncer ( ) Doenças respiratórias Crônicas

**Faz uso de bebidas alcoólicas?** ( ) Sim ( ) Não.

**Se sim com qual frequência?** ( ) Todos os dias; ( ) Finais de Semana;

( ) Somente em festas ou eventos.

**Faz uso de Tabaco?** ( ) Sim ( ) Não

**Se sim, em que quantidade?** ( ) Menos de um maço por dia; ( ) 1 a 3 maços por dia; ( ) 3 maços ou mais por dia

**Faz uso de drogas ilícitas?** ( ) Sim; ( ) Não.

**Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**Questões norteadoras:**

- 1- Como foi para você receber o diagnóstico da HAS?
- 2- Como você se organiza para tomar as medicações para controle da HAS?
- 3- Você deixa ou já deixou de tomar alguma medicação de controle da HAS? Por quê?
- 4- Como é a sua alimentação no dia a dia? (Desde o café da manhã até o jantar)
- 5- Você já recebeu orientações sobre alimentação saudável? Essas orientações foram úteis para você?
- 6- Você pratica algum tipo de atividade física? Qual? Com que frequência?
- 7- Como é para você fazer atividade física?
- 8- Como você se sente sabendo que é necessário modificar alguns hábitos de vida e de alimentação para controle da HAS?
- 9- Existe algo que te impeça de modificar seus hábitos de vida?
- 10- Deseja falar algo mais?

## APÊNDICE – B FORMULÁRIO GOOGLE

### Dados da pesquisa

Titulo da pesquisa "Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença"

Pesquisadora: Mestranda Evilaine de Castro Fernandes

evilainecastro@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não compartilhado

Pseudônimo do participante

Sua resposta

Profissão

Sua resposta

Idade

Sua resposta

Renda

- 1 salário mínimo
- 2 a 3 salários
- Mais de 3 salários

04/03/2024, 16:24

Dados da pesquisa

Faz tratamento de alguma outra doença crônica não transmissível citada a seguir?

- DM1
- DM2
- Doença respiratória crônica
- cancer
- Nenhuma

Faz uso de bebidas alcoólicas?

- Sim, todos os dias
- Sim, aos finais de semana
- Sim, somente em festas ou eventos
- Não

Faz uso de tabaco?

- Sim, menos de um maço por dia
- Sim, 1 a 3 maços por dia
- Sim, mais de 3 maços por dia
- Não

Faz uso de drogas ilícitas?

- Sim
- Não

04/03/2024, 16:24

Dados da pesquisa

Qual sua escolaridade?

- Alfabetizado
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutorado

A quanto tempo convive com o diagnóstico de HAS?

- 6 meses a 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- 15 a 20 anos
- 20 anos ou mais



## APÊNDICE – C CARTILHA DE DICAS DE SAÚDE

Programa de Pós-Graduação em **Enfermagem** | ufjf

Mestranda Evilaine de Castro Fernandes  
Prof. Dra. Geovana Brandão

# Dicas de saúde

## Hipertensão Arterial




### ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Aumentar o consumo de frutas, verduras, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e nozes

**ALIMENTOS NATURAIS**



**EVITAR**

carnes vermelhas e processadas, sódio, bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados

Diminuir o consumo de SAL e de bebidas alcoólicas



### CONTROLE DO PESO CORPORAL

o índice de massa corporal (IMC) < 25 kg/m<sup>2</sup> para pacientes até 65 anos e IMC < 27 kg/m<sup>2</sup> para pacientes com mais de 65 anos

### CONTROLE DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

manter a medida inferior a 80 cm nas mulheres e inferior a 94 cm nos homens

### CESSÃO DO TABAGISMO

O tabagismo aumenta o risco para doenças cardiovasculares



### ATIVIDADE FÍSICA

A recomendação para todos os hipertensos é “Pratique atividade física”:

- Andar na rua
- Subir escada
- Fazer trabalhos físicos domésticos
- Nadar
- Pilates
- Academia

**no mínimo 30 min/dia de atividade - 5 dias na semana**





### TOMAR CORRETAMENTE AS MEDICAÇÕES

Tomar os remédios para Pressão Alta todos os dias nos horários recomendados pelo seu médico

Mesmo que não esteja sentindo nada é necessário tomar as medicações para um controle adequado da pressão e assim evitar complicações e internações



**REFERÊNCIA**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica** [recurso eletrônico]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. - Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 85 p.: il.

## APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico no contexto da atenção primária a saúde". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é de que mesmo a pressão alta sendo uma doença com tratamento eficaz, ainda convivemos com elevadas taxas de internações e complicações de saúde relacionadas a ela. Nesta pesquisa pretendemos compreender quais são os fatores que contribuem e os fatores que não contribuem para a adesão ao tratamento da doença.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: entrevistas que serão gravadas por meio de gravador de voz portátil. Será utilizado um roteiro com perguntas para guiar a entrevista de forma a possibilitar uma interação entre você e a pesquisadora, para se obter respostas ricas em detalhes. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos, devido a possibilidade de sua identificação como participante da pesquisa. Mas, para diminuir a chance desse risco acontecer, haverá um compromisso da pesquisadora para garantir que você não seja identificado (a), através do uso de nomes de pássaros para representar sua entrevista. A pesquisa contribuirá com as Unidades Básicas de Saúde para elaboração e implementação de novas condutas e ainda de políticas públicas voltadas a promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes da pressão alta. Como benefício direto, você receberá orientações sobre os cuidados de saúde referentes a doença e uma cartilha de dicas de saúde elaborada pelas pesquisadoras.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por atividades causadas que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida  
Campus Universitário da UFJF  
Faculdade/Departamento/Instituto: Departamento de enfermagem aplicada/ Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Juiz de Fora  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 991245040  
E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____
--

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@uff.br

## ANEXO A – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA



### Declaração


Autorizamos a realização da pesquisa do Departamento de enfermagem aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, intitulada **“Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença”** a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida, no âmbito dos estabelecimentos de Saúde da Atenção Básica no município de Juiz de Fora.


E DECLARAMOS que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

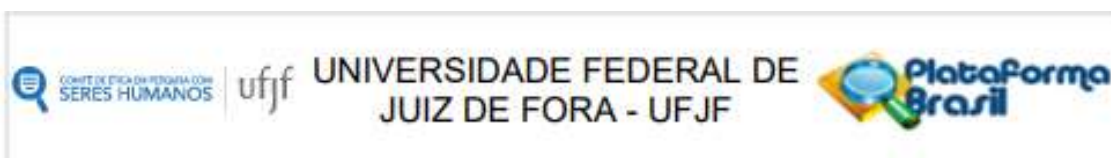
Solicitamos, assim que concluído, o envio do Relatório de Pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 09 de Novembro de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
João Daniel Neto  
Gerente do Departamento de Programas  
e Ações de Atenção à Saúde

  
\_\_\_\_\_  
Glenda de Almeida Aquino  
Supervisora de Educação Permanente e  
Integração Ensino-Serviço em Saúde

## ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA UFJF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da doença

**Pesquisador:** GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 65490522.2.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.900.901

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Estudo de abordagem qualitativa, ancorado na Teoria das Representações Sociais (TRS), tendo como participantes pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atendidas em unidades de Atenção Primária a Saúde (APS) do município de Juiz de Fora. Para alcance dos objetivos serão realizadas entrevistas semiestruturadas, com vistas a compreender as interpretações dos participantes acerca de suas representações sociais sobre a adesão ao tratamento necessário para o controle da HAS. A análise e interpretação dos dados coletadas nas entrevistas será realizada segundo o método de Análise de Conteúdo de Bardin."

#### Objetivo da Pesquisa:

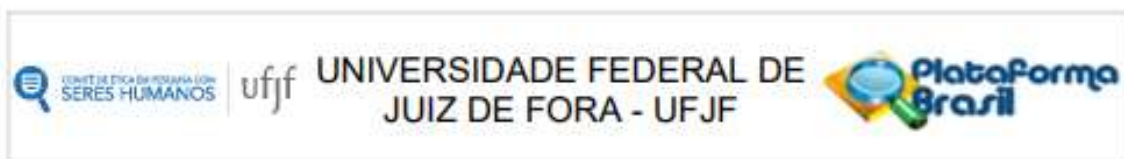
"Objetivo Primário: Compreender as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença."

"Objetivo Secundário: Conhecer os fatores que interferem na adesão aos cuidados relativos a HAS. Analisar as representações sociais de pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da doença."

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"A presente investigação é classificada como de riscos mínimos, inerentes a possibilidade de

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 38.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.900.901

identificação do participante, não sendo previstas a realização de intervenções que comprometam a integridade física dos mesmos. Haverá um compromisso das pesquisadoras a fim de gerar o mínimo de danos e riscos e o máximo de benefícios aos participantes e todos os cuidados serão tomados para garantir que os mesmos não sejam identificados através do uso de pseudônimos (nomes de pássaros), como prevê a Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Benefícios: Como benefício direto, todos os participantes receberão orientações sobre os cuidados de saúde referentes a HAS e uma cartilha de dicas de saúde para a pessoa com hipertensão arterial (Apêndice B) elaborada pelas pesquisadoras utilizando material de referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Como benefício indireto, a pesquisa contribuirá com as Unidades Básicas de Saúde para elaboração e implementação de novas condutas, e de políticas públicas voltadas a promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes da HAS.”

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 5.900.901

identificação do participante, não sendo previstas a realização de intervenções que comprometam a integridade física dos mesmos. Haverá um compromisso das pesquisadoras a fim de gerar o mínimo de danos e riscos e o máximo de benefícios aos participantes e todos os cuidados serão tomados para garantir que os mesmos não sejam identificados através do uso de pseudônimos (nomes de pássaros), como prevê a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Benefícios: Como benefício direto, todos os participantes receberão orientações sobre os cuidados de saúde referentes a HAS e uma cartilha de dicas de saúde para a pessoa com hipertensão arterial (Apêndice B) elaborada pelas pesquisadoras utilizando material de referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Como benefício indireto, a pesquisa contribuirá com as Unidades Básicas de Saúde para elaboração e implementação de novas condutas, e de políticas públicas voltadas a promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes da HAS.”

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@uff.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 5.900.901

projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2023.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2054691.pdf	15/02/2023 19:52:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_.docx	15/02/2023 19:51:39	EVILAINE DE CASTRO FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/02/2023 19:51:23	EVILAINE DE CASTRO FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/11/2022 20:21:30	EVILAINE DE CASTRO FERNANDES	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.docx	22/11/2022 20:21:15	EVILAINE DE CASTRO FERNANDES	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_infraestrutura_e_concordancia.pdf	22/11/2022 20:15:57	EVILAINE DE CASTRO	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

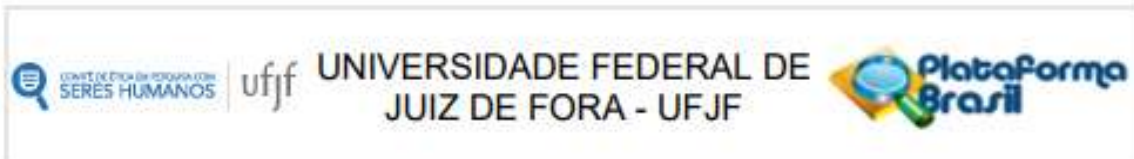
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br





Continuação do Parecer: 5.900.901

Declaração de concordância	Declaracao_infraestrutura_e_concordancia.pdf	22/11/2022 20:15:57	FERNANDES	Aceito
----------------------------	--	------------------------	-----------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 16 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br