

Universidade Politécnica - Á Politécnica

Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias – ISHCT

Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Consequências Psicológicas de não Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos nas Unidades Sanitárias-Estudo de caso da Unidade Sanitária 17 de Setembro, cidade de Quelimane, no 1º Semestre de 2022

Clarina Soares Narciso

Quelimane, 2023

Clarina Soares Narciso

Consequências Psicológicas de não Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos nas Unidades Sanitárias-Estudo de caso da Unidade Sanitária 17 de Setembro, cidade de Quelimane, no 1º Semestre de 2022

Monografia Científica a ser apresentada ao Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias, como requisito, para a obtenção do grau académico de Licenciatura Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Tutor: Licenciado: Arifo Ussene Aboobacar

Quelimane, 2023

ÍNDICE

Capítulo I	11
1. Introdução.....	11
Capítulo II	15
2. Revisão da Literatura	15
2.1 Marco conceptual.....	15
2.2 Marco Teórico	16
2.2.1. Sinais e sintomas de Hipertensão Arterial	16
2.2.2 Causas de Hipertensão Arterial	17
2.2.2.1 Hipertensão Arterial Primária.....	17
2.2.3 Diagnóstico de Hipertensão Arterial	18
2.2.4 Prevenção de Hipertensão Arterial.....	20
2.3 Desenvolvimento Circunstancial	21
2.3.2 Consequências de não Adesão ao Tratamento	22
2.3.3 Consequências psicológica de não Adesão ao Tratamento de hipertensão	23
2.3.4 Terapias usadas.....	23
2.1. 2.3.3. Estratégias para melhorar a adesão.....	23
2.4 Marco Referencial.....	24
Capítulo III	26

3.1	Metodologia	26
3.1.1	Tipo de Pesquisa	26
3.1.2	Técnica de recolha de dados	26
3.1.3	Universo e Amostra de Pesquisa	26
3.1.4	Universo.....	26
3.1.5	Amostra.....	27
3.1.6	Cuidados éticos	27
3.1.7	Procedimentos de análise de dados	28
	Capítulo IV	30
4.1	Resultados	30
4.2	Análise dos Relatos sobre negação	34
	Capítulo V	36
5.1	Discussão	36
	Capítulo VI.....	39
6.1	Conclusão.....	39
	Sugestões.....	40
	Referência bibliografica.....	41

Lista de Siglas

AVC	Acidente vascular cerebral
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
WHO -----	World Health Organizatio

Dedico este trabalho com enorme estima e prazer, aos meus pais especialmente a minha mãe que directa ou indirectamente participou na minha formação aos meus filhos Bruno e Jessica que tanto lhes amo.

Agradecimentos

Os meus agradecimentos são a expressão mais para o divino que graças a saude me acompanhou. Agradeço ao meu tutor dr: Arifo Ussene Aboobacar, que a seus múltiplos afazeres, aceitou orientar com humildade a pesquisa e soube prestar-me o apoio necessário, o que permitiu que o mesmo se tornasse uma realidade.

A elaboração deste trabalho foi fruto dos conhecimentos adquiridos no Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias, que agradeço a Direcção em especial ao curso de Licenciatura Psicologia Clínica e de Aconselhamento e a todos os Professores leccionaram os módulos.

Igualmente endereço os meus agradecimentos aos meus irmão Feliciano, Vina, Toneca, Naraso, Lucia, que sempre me encorajaram e fizeram-me acreditar que só com auto determinismo é que se alcança os nossos objectivos. À todos os meus colegas do curso que me motivaram que seria capaz de terminar o curso mesmo com os problemas que enfretava. Obrigado colegas por trilharmos juntos este caminho.

Ao director do centro de saúde 17 de setembro e ao técnico de saúde afeto na area de hipertensão pela dispoibilidade do tempo. O meu muito obrigado. Os meus sinceros agradecimentos vão para todos os que directa ou indirectamente me apoiaram na realização desta monografia.

Resumo

A Hipertensão Arterial faz parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis e estão dentre as principais causas de internações e ônus na saúde pública. A adesão ao tratamento e o uso correto das medicações que controlam essas doenças são importantes atitudes que previnem as complicações que surgem dessas doenças. Para o efetivo controle e a prevenção das complicações dessas doenças devem-se adotar medidas em conjunto a partir do paciente, família, comunidade e dos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, a presente pesquisa tem como tema consequências Psicológicas de não Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos nas Unidades Sanitárias -Estudo de caso da Unidade Sanitária 17 de Setembro, cidade de Quelimane, no 1º Semestre de 2022. De carácter exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, a pesquisa em relato teve como objectivo conhecer os factores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos no Centro de Saúde 17 de Setembro–Quelimane. Foram participantes desta pesquisa 31 sujeitos dentre os quais, 1 técnico de saúde responsável pela área de hipertensão no Centro de Saúde 17 de Setembro e 30 pacientes hipertensos que estão a fazer a medicação no mesmo Centro de Saúde. Como instrumento de recolha de dados foi usado um guião de entrevista estruturado. O guião da entrevista para os técnicos de Saúde e para os pacientes hipertensos. A análise das entrevistas realizadas baseou-se na análise de conteúdo, que foi sistematizada em três (3) categorias para o técnico de saúde. *Quais os factores que fazem com que os pacientes hipertensos não adiram ao diagnóstico para posterior tratamento?* Os resultados da pesquisa obtidos através de relatos dos dois grupos evidenciaram que a população estudada apresenta como características: ser em sua maioria do sexo masculino com idade média de 35-40 anos de idade, baixa escolaridade, apresentando baixos índices de adesão ao tratamento e, referindo como causa dessa não adesão ao tratamento os fatores de origem psicossociais ou estresse e a dificuldade em mudanças no estilo de vida. Na amostra desta pesquisa, mais da metade dos participantes demonstrou mudanças psicológicas, principalmente relacionadas à negação dos referidos quadros, após o diagnóstico. Nesse sentido, enfatiza-se a importância do tratamento psicológico no atendimento e acolhimento de pacientes em diferentes quadros clínicos.

Palavras-chave: Consequências psicológicas, não adesão, tratamento, pacientes, hipertensos, unidades sanitárias

Abstract

Arterial Hypertension is part of the group of non-transmissible chronic diseases and is among the main causes of hospitalizations and burden on public health. Adherence to treatment and the correct use of medications that control these diseases are important attitudes that prevent the complications that arise from these diseases. For the effective control and prevention of the complications of these diseases, joint measures should be adopted from the patient, family, community and health professionals. Hypertensive patients in Health Units (Case study of the Health Unit 17 de Setembro, city of Quelimane, in the 1st half of 2022). Of an exploratory, descriptive and qualitative nature, the research in question had the objective of knowing the determining factors of non-adherence to the treatment of hypertensive patients in the health center 17 de Setembro – Quelimane. 31 subjects participated in this research, including 1 health technician responsible for the hypertension area at the 17 de Setembro health center and 30 hypertensive patients who are taking medication at the same health center. An interview guide was used as a data collection instrument. The interview guide for health technicians and hypertensive patients. The analysis of the interviews carried out was based on content analysis, which was systematized into three (3) categories for the health technician. What are the factors that cause hypertensive patients not to adhere to the diagnosis for further treatment? The results of the research obtained through reports of the two groups showed that the studied population has the following characteristics: being mostly male with an average age of 35-40 years old, low education, presenting low rates of adherence to treatment and, referring to factors of psychosocial origin or stress and difficulty in changing lifestyle as the cause of this non-adherence to treatment. In the sample of this research, more than half of the participants demonstrated psychological changes, mainly related to the denial of the referred conditions, after the diagnosis. In this sense, the importance of psychological treatment is emphasized in the care and reception of patients with different clinical conditions.

Keywords: Psychological consequences, non-adherence, treatment, patients, hypertensive, health units

Capítulo I

1. Introdução

A presente pesquisa tem como tema: consequências psicológicas de não adesão ao tratamento em pacientes hipertensos nas unidades sanitárias, a realizar-se na Unidade Sanitária 17 de Setembro, cidade de Quelimane, no 1º Semestre de 2022, com o objectivo geral de identificar os factores que levam aos pacientes hipertensos a não aderir ao tratamento farmacológico, e com objectivos específicos de promover, actividades de Educação em Saúde, com conteúdos sobre os males causados pela Hipertensão Arterial; realizar Educação em Saúde a fim de informar a população sobre a necessidade de modificar os hábitos de vida das pessoas hipertensas; e sugerir meios eficazes para diminuir os factores que levam aos pacientes hipertensos a não adesão ao tratamento.

A problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem causas multifactoriais, sendo um desafio para os que a vivenciam: pacientes e profissionais de saúde, principalmente no contexto da atenção básica. Assim, é importante ao profissional o desenvolvimento de estudos para que possa conhecer a realidade onde atua e traçar estratégias de intervenção que tenham êxito, para que possam ser reproduzidas a um maior número de hipertensos, visto que o número de artigos sobre adesão de hipertensos na atenção primária ainda é escasso.

A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Neste contexto, faz surgir a seguinte questão: *Quais os factores que fazem com que os pacientes hipertensos não adiram ao diagnóstico para posterior tratamento?*

A justificação da presente pesquisa prende-se ao facto de ser funcionária de saúde. A escolha do tema prende –se ao facto de se verificar a existência de pacientes hipertensos que não aderem ao tratamento e conseqüentemente, o aumento de diagnóstico sem o devido tratamento ,razão pela qual foi possível realizar o estudo para melhor compressão das motivações e possíveis soluções para o problema.

A pesquisa enquadra-se na disciplina de Psicologia de Deficiência e Reabilitação, com a interdisciplinaridade da disciplina de Psicopatologia, intervenção a Psicologia em Momentos de Crise, e Psicoterapia Cognitiva Comportamental. A pesquisa circunscreve-se no território moçambicano, mais concretamente na Unidade Sanitária 17 de Setembro, cidade de Quelimane, distrito com o mesmo nome, província da Zambézia. O centro de saúde 17 de Setembro foi fundado no dia 17/09/1975, é do nível secundário, atualmente funciona um laboratório, uma farmácia, sectores de SMI, consulta pré-natal (CPN), consulta de criança em risco (CCR), planeamento familiar, e rastreio de cancro de colo do útero (cacum), uma Maternidade, triagem de Pediatria, triagem de adultos, serviço de Tarv, programam alargado de vacinação , uma recepção que integra a base de dados.

Para a maior parte dos adultos, considera-se que a pessoa tem hipertensão arterial quando a pressão arterial em repouso é consistentemente superior a 140/90 mm/Hg. Em crianças e idosos, os valores de referência são diferentes. A monitorização em ambulatório ao longo de 24 horas oferece uma medição mais rigorosa do que os medidores portáteis.

A maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é experienciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessária a adopção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomenda-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial. A Hipertensão Arterial Sistémica (HAS) configura-se como uma doença de grande magnitude, em Moçambique, estima-se que cerca de 30 milhões de indivíduos sejam portadores de hipertensão arterial, o que corresponde a 36% da população masculina adulta e a 30% das mulheres adultas.

Em consonância com essa elevada prevalência, destacam-se os altos custos gerados pelas hospitalizações de pacientes com complicações da HAS, além de ser factor de risco para várias doenças como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crónica.

A hipertensão raramente é acompanhada de outros sinais ou sintomas, e o seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas. Uma parte significativa de hipertensos revela sofrer

de dores de cabeça sobretudo na occipital (parte posterior da cabeça) e durante a manhã, assim como vertigens, zumbidos, distúrbios na visão ou mesmo episódios de desmaio.

O diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente. Tradicionalmente, isto implica três medições com esfigmomanómetro efectuadas em consultório médico, depois do doente estar em repouso pelo menos 10 minutos, efectuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso.

No caso de se tratar de uma hipertensão limite, o intervalo poderá ser de um mês. Nos casos da hipertensão severa o doente deverá ser imediatamente medicado. De modo a evitar o "efeito bata branca" em que por ansiedade a pressão arterial aumenta em presença do médico, poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa, com medições a várias horas do dia, sempre após os 10 minutos de repouso.

A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos factores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares. A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Todas estas medidas têm demonstrado reduzir de forma significativa a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Com a evolução da investigação sobre a genética da hipertensão arterial será possível no futuro estudar geneticamente a população, detectar os factores de risco geneticamente relacionados com a doença e fazer a profilaxia desta.

A hipertensão arterial não controlada ou tratada pode causar, dores de cabeça frequentes na região occipital, palpitações, infarto, até pode levar a morte.

Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. Uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais.

Deste modo, torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso.

Perguntas de Pesquisa

O desconhecimento de sinais e sintomas de hipertensão fazem com que os pacientes hipertensos não adiram ao tratamento?

Quais os factores que fazem com que os pacientes hipertensos adiram o tratamento?

A pesquisa obedece a seguinte estrutura: Capítulo I: Introdução; Capítulo II: Revisão da literatura; Capítulo III: Tipo de pesquisa; Capítulo IV; Resultados; Capítulo V; Discussão; Capítulo VI Conclusão.

Capítulo II

2. Revisão da Literatura

2.1 Marco conceptual

De modo a se ter um conhecimento antecipado sobre a matéria em análise, surge a necessidade de conceituar palavras-chave, que fazem parte integrante do tema, conhecendo desde já o conteúdo que se atribui a cada palavra.

Adesão- Entende-se a adesão Como grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. Haynes *et al.*, (2008).

Pode também ser definida como conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito, Almeida *et al.*, (2007: 67).

Leite & Vasconcelos (2003: 775 - 782) referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.

Etimologicamente, a palavra adesão¹ deriva do latim “*adhaesione*” sendo definida como acto ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa, Ferreira, (1996 Pp 47 - 50).

Paciente -De acordo com Ferreira (1986: 25), paciente (do latim *paciente*) é uma pessoa que está sendo cuidada por um médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, cirurgião-dentista ou outro profissional da área da saúde.

Hipertensão arterial segundo Naish, *et al* (2014: 39), hipertensão arterial é uma doença crónica em que a pressão sanguínea nas artérias se encontra constantemente elevada.

Do ponto de vista Naish, (2014: 34), a pressão arterial é expressa em duas medidas: a pressão sistólica e pressão diastólica. A pressão sistólica é a pressão máxima, enquanto a diastólica é a pressão mínima. Na maior parte dos adultos, a

pressão arterial normal em repouso sistólica é de 120 a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e a diastólica de 75 a 85 mmHg.

Para a maior parte dos adultos, considera-se que a pessoa tem hipertensão arterial quando a pressão arterial em repouso é consistentemente superior a 140/90 mm/Hg. Em crianças e idosos, os valores de referência são diferentes. A monitorização em ambulatório ao longo de 24 horas oferece uma medição mais rigorosa do que os medidores portáteis.

As alterações no estilo de vida e a medicação permitem diminuir a pressão arterial e o risco de complicações. Entre as alterações no estilo de vida estão perder peso, diminuir o consumo de sal, praticar exercício físico e manter uma dieta saudável.

Quando as alterações no estilo de vida não são suficientes podem ser administrados medicamentos anti-hipertensivos.

Existem três medicamentos que permitem controlar a pressão arterial em 90% das pessoas.

2.2 Marco Teórico

2.2.1. Sinais e sintomas de Hipertensão Arterial

Para Fisher *et al.* (2005:79), a hipertensão raramente é acompanhada de outros sinais ou sintomas, e o seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas.

Uma parte significativa de hipertensos revela sofrer de dores de cabeça sobretudo na occipital (parte posterior da cabeça) e durante a manhã, assim como vertigens, zumbidos, distúrbios na visão ou mesmo episódios de desmaio.

Durante um exame físico, pode-se suspeitar de hipertensão caso se verifique retinopatia hipertensiva durante a observação do fundo do globo ocular através da oftalmoscopia.

Normalmente, o grau de severidade da retinopatia hipertensiva é classificado numa escala de I a IV, embora possa ser difícil distinguir os graus intermédios entre si. O exame oftalmoscópico pode também indicar se um paciente sofre de hipertensão recente ou de longa data. Outros sinais e sintomas podem sugerir a presença

de hipertensão secundária, isto é, a hipertensão cuja causa possa ser identificada, como no caso de doenças renais ou endócrinas.

O sopro abdominal pode ser indicador de estenose da artéria renal, um estreitamento das artérias que irrigam os rins, enquanto a baixa pressão arterial nas extremidades inferiores e/ou pulsações ausentes ou fracas na artéria femoral podem indicar coarctação da aorta (estreitamento da aorta descendente).

Hipertensão instável ou paroxística acompanhada por dores de cabeça, palpitações, palidez e transpiração levantam suspeitas da presença de feocromocitoma. Fisher et al. (2005: 23).

2.2.2 Causas de Hipertensão Arterial

2.2.2.1 Hipertensão Arterial Primária

Conforme Vaidya, *et al.* (2010: 44), a hipertensão arterial primária, essencial, ou idiopática, é a forma mais comum de hipertensão, contabilizando 90 a 95% de todos os casos da doença. Em praticamente todas as sociedades contemporâneas a pressão arterial aumenta a par do envelhecimento, o que é fisiológico e relacionado com o aumento de rigidez da parede arterial.

A hipertensão essencial é consequência de uma interação complexa entre genes e factores ambientais nomeadamente o consumo de sal. Entre os maus hábitos que contribuem para o aumento da pressão arterial estão o consumo de muito sal na dieta. Ainda não é conclusiva a possível influência de outros factores como o stress, o consumo de cafeína ou a insuficiência de vitamina D.

Pensa-se que a resistência à insulina, comum em casos de obesidade e um dos componentes da síndrome metabólica, contribua também para a hipertensão. Investigações recentes têm vindo a responsabilizar alguns acontecimentos ocorridos durante o início da vida, como o baixo peso à nascença, o tabagismo durante a gravidez e a ausência de amamentação considerando-os factores de risco para a hipertensão primária na idade adulta, embora os mecanismos exactos dessa relação continuem por esclarecer (Lawlor, *et al.*, 2005: 39).

2.2.2.2 Hipertensão Arterial Secundária

De acordo com Williams, *et. al* (1998: 63), a hipertensão arterial secundária é consequência de uma causa identificável. As doenças renais são a causa mais comum de hipertensão secundária, ocupando lugar de destaque a estenose da artéria renal, a par de transtornos endócrinos como a síndrome de Cushing, o hipertiroidismo, o hipotiroidismo, a acromegalia, o hiperaldosteronismo primário ou síndrome de Conn, o hiperparatiroidismo e tumores como os para-gangliomas e os feocromocitomas.

Na coartação da aorta a hipertensão arterial existe unicamente acima do nível da coartação, havendo hipotensão nos membros inferiores. Entre as outras possíveis causas encontra-se a obesidade, a apneia do sono, a gravidez, o consumo excessivo de álcool e o uso de determinados medicamentos tais como:

- A) Corticoides: Mineralocorticóides, Gglucocorticoides, Esteroides sexuais;
- B) Anti-inflamatórios não esteróides;
- C) Drogas de acção sobre o sistema nervoso simpático: Glucagon, cocaína, Anorexigénios, Descongestionantes, Antitussivos, Sibutramina, bromocriptina, Clozapina, Dissulfiram, Loimb-ina.
- D) Antidepressivos: Inibidores da monoamino oxidase, Antidepressivos tricíclicos, Agonistas serotoninérgicos;
- E) Anestésicos e Narcóticos: Quetamina, Desflurano, Naloxona, Sevoflurano;
- F) Miscelânea (outras drogas): Ciclosporina, Tacrolimus, Eritropoietina recombinante humana Anti-retrovirais, Etanol, cafeína, Chumbo, Cádmiio, Arsénico.

2.2.3 Diagnóstico de Hipertensão Arterial

O diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente. Tradicionalmente, isto implica três medições com esfigmomanómetro efectuadas em consultório médico, depois de o doente estar em repouso pelo menos 10 minutos, efectuadas em posição sentada e repetidas com um intervalo a considerar consoante a gravidade do aumento de pressão arterial, se tal for o caso.

No caso de se tratar de uma hipertensão normal, o intervalo poderá ser de um mês. Nos casos de hipertensão severa o doente deverá ser imediatamente medicado, de modo a evitar o efeito bata branca, em que por ansiedade a pressão arterial aumenta em presença do médico, poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa com medições a varias horas do dia sempre apos os 1º minutos de repouso.

O paciente fará assim um mapping (ou seja um repouso fazendo o tratamento em casa ,aguardando o controle medico) durante 3 a 7 dias que será avaliado pelo seu médico assistente. North of England Hypertension Guideline Development Group (2004). As medições deverão no primeiro dia ser efetuadas nos dois braços, e se houver uma diferença de mais de 20 mmHg na pressão sistólica, as medições seguintes serão sempre efetuadas no braço com pressão mais alta. Em caso contrário será sempre escolhido o braço direito, pois antes de chegar às artérias do lado esquerdo já foi alimentado o braço direito e o cérebro e a pressão será assim discretamente mais baixa do lado esquerdo.

O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o historial médico do paciente. A pseudohipertensão entre os idosos pode também ser um factor a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais

Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanómetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais.

Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial. Estes dados desafiam o consenso actual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos. Franklin, *et. al.*, (2012: 45).

Uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais. A hipertensão secundária é

mais comum na infância e adolescência, sendo na maior parte dos casos causada por doenças renais. A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos factores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares.

A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a múltiplos factores de risco, incluindo obesidade, hábitos alimentares em que predomina o excesso de sal, o consumo diário de águas ricas em cloreto de sódio e antecedentes familiares.

Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são factores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar. Carretero, *et al* (2000: 82).

Pode também mostrar se existe ou não uma hipertrofia do ventrículo esquerdo ou se o coração foi já sujeito a um distúrbio menor, como por exemplo um enfarte silencioso. Pode ainda ser realizada uma radiografia torácica ou um ecocardiograma de modo a verificar sinais indicadores de um eventual aumento ou danos no coração. Fisher *et al.* (2005: 80).

2.2.4 Prevenção de Hipertensão Arterial

A maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é experienciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessária a adopção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomenda-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial. Williams, *et. al.* (2004: 51).

Como meio de prevenção primária da hipertensão, as orientações de 2004 da Sociedade Britânica de Hipertensão, em consonância com as definidas já pelo Programa Educativo para a Alta Pressão Sanguínea dos Estados Unidos em 2002 recomendam as seguintes alterações ao estilo de vida:

- a) Manter o peso normal em adulto (i.e. índice de massa corporal de 20–25 kg/m²);
- b) Reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- c) Praticar actividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- d) Limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;
- e) Manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas correctamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação.

A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores. Williams, *et al.* (2004: 87).

Com a evolução da investigação sobre a genética da hipertensão arterial será possível no futuro estudar geneticamente a população, detectar os factores de risco geneticamente relacionados com a doença e fazer a profilaxia desta.

2.3 Desenvolvimeto Circunstacial

A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Todas estas medidas têm demonstrado reduzir de forma significativa a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

No entanto, se a pressão for tão elevada que justifique o uso imediato de medicamentos, as alterações dos hábitos de vida continuam a ser recomendadas em conjunto com a medicação.

Tem-se publicitado vários programas de redução da hipertensão arterial através da redução do stress psicológico, como técnicas de relaxamento, meditação ou biofeedback.

As alegações de eficácia quase nunca são confirmadas por estudos científicos, e os poucos que existem são de qualidade e metodologia duvidosa. Greenhalgh, *et al.*, (2009).

A alteração dos hábitos alimentares, como a adopção de uma dieta de baixo teor de sal, é benéfica. Está demonstrado que uma dieta com pouco sal durante um período de apenas quatro semanas, oferece benefícios tanto em hipertensos como em pessoas com pressão arterial regular. He, *et. al.*(2004: 52).

De igual modo, está também demonstrado que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais, diminui de forma significativa a pressão arterial. Uma das principais vantagens da dieta é diminuir o consumo de sódio, embora seja rica em potássio, magnésio, cálcio e proteínas. U.S. Department of Health and Human Services (2006).

2.3.2 Consequências de não Adesão ao Tratamento

A não adesão ao tratamento é um problema de etiologia multifactorial. Diversas abordagens têm sido propostas para explicar os comportamentos de adesão a tratamentos de saúde. Os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde.

A crença que os doentes são os únicos responsáveis pela adesão representa um equívoco, dado existirem diversos factores que afectam o seu comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento, WHO, (2003); Bugalho & Carneiro, (2004).

A WHO (2003) agrupa os diferentes factores que poderão influenciar a adesão nos seguintes:

- a) Factores sociais, económicos e culturais;
- b) Factores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde;
- c) Factores relacionados com a doença de base e co-morbilidade;
- d) Factores relacionados com o tratamento;
- e) Factores relacionados com a pessoa doente.

2.3.3 Consequências psicológica de não Adesão ao Tratamento de hipertensão

As consequências psicológicas, a não adesão ao tratamento da hipertensão, destacam-se a Ansiedade, stress, falta de sono, preocupação sobre alteração na mudança do estilo de vida.

2.3.4 Terapias usadas

Das terapias usadas dos transtornos por conta da má adesão, destacam-se; a terapia cognitiva comportamental e terapia familiar, psico educação, registo de pensamento disfuncionais, questionário socrático, técnica de exposição, técnica de relaxamento, técnica de enfrentamento de stress.

2.1. 2.3.3. Estratégias para melhorar a adesão

Para Osterberg & Blaschk (2005: 487- 497) os métodos para aumentar a adesão podem ser agrupados em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco; a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

Para melhorar a adesão, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta activa e de uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial. Machado, (2009).

Bugalho e Carneiro (2004) apresentam dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais.

Existem inúmeros métodos para avaliar a adesão dos doentes agrupando-se em directos e indirectos, apresentando ambos vantagens e desvantagens, Margalho *et al.*, (2009). Os métodos indirectos são os mais comumente utilizados. Para além de serem simples, de fácil utilização e apresentarem alta especificidade, requerem a colaboração dos doentes, Oliveira Pedrosa & Gonçalves, (2008).

No grupo dos mais utilizados incluem-se:

- a) Relatório do doente;
- b) Opinião do médico;
- c) Método do diário do doente;
- d) Contagem dos comprimidos;

- e) Reabastecimento de terapêutica;
- f) Resposta clínica;

2.4 Marco Referencial

Peres et al (2003), em seu estudo sobre adesão ao tratamento em indivíduos com hipertensão arterial que consistiu em estudo descritivo exploratório no qual incluídos 327 pacientes hipertensos do grupo de hipertensão arterial do hospital escola da faculdade de medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Os resultados obtidos nesta pesquisa sobre adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso permitiram as seguintes conclusões: 61,76% demonstraram assiduidade as consultas, 86,76% não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o protocolo de Moriskygreen, 85,29% tem pelo menos um hábito de vida não saudável, ou seja não aderiram totalmente ao tratamento não medicamentoso, os principais motivos referidos pelos pacientes hipertensos para sua má adesão ao tratamento foram emocionais (69,1%), não souberam relatar os motivos (10,3%) e alimentação (8,8%).

No estudo de Almeida e Xavier em Lisboa (2010) com uma população normativa em que a variável escolaridade foi estudada como fator preditivo para a ocorrência de perturbações de ansiedade, observou-se que pessoas com níveis mais baixos de escolaridade demonstraram possuir um risco menor de desenvolvimento de perturbações de ansiedade. O facto deste último estudo ser com população normativa justifica-se pela dificuldade em encontrar dados semelhantes em população com hipertensão arterial e que avalie a variável em questão.

Carvalho 2017 em seu estudo sobre fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial realizado com 60 universitários da cidade de Ubango, Angola, que reconheceram serem portadores de hipertensão arterial, apenas (26,7%), faziam algum tipo de tratamento contra a doença. Os resultados mostram que 61,78% eram assíduos as consultas, 86,76% não apresentam adesão ao tratamento medicamentoso, e 85,20% ao tratamento não medicamentoso, referindo pelo menos um hábito de vida não saudável. Dentre os motivos para não adesão, o fator emocional foi o mais relatado (69,12%). Conclui-se que este estudo pode proporcionar subsídios para intervenções sobre a assistência aos pacientes com

hipertensão arterial sistêmica, com finalidade de aumentar as taxas de adesão e qualidade de vida

A alta taxa de abandono do tratamento dos pacientes hipertensos pode estar relacionada a variados fatores, como, por exemplo, fatores psicológicos relacionados ao modelo de crenças em saúde (Lima, Meiners, & Soler, 2010). Esse modelo aborda quais fatores cognitivos e comportamentais influenciam a adesão, levando em conta o efeito das consequências e expectativas relacionadas a ela (Ortiz & Ortiz, 2007). Sendo assim, fatores psicológicos, como otimismo, autoeficácia e locus de controle, são capazes de explicar o porquê de alguns indivíduos seguirem as recomendações terapêuticas e outros não.

Capítulo III

3.1 Metodologia

De acordo com Marconi & Lakatos, (2001) metodologia é a explicação detalhada, rigorosa, e exata de toda acção desenvolvida pelo método da pesquisa.

O método usada para esta pesquisa foi o método indutivo porque esta baseada na observação de fatos ou fenómenos. Generaliza a partir das suas observações, e suas conclusões são prováveis e objetivas gerando novos conhecimentos,

3.1.1 Tipo de Pesquisa

Nesta pesquisa foi usada a abordagem descritiva Qualitativa e exploratória, que de acordo com Silva & Menezes (2001: 20), nas pesquisas qualitativas, " o ambiente natural é a fonte directa para colecta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave para a mesma". Ainda em concordância com estes autores, os pesquisadores tendem a analisar seus dados dedutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

3.1.2 Técnica de recolha de dados

Para materializar os objectivos preconizados, a pesquisa terá como técnica de colecta de dados a Entrevista através de um guião de entrevista.

Nos ditames de Silva & Menezes (2005: 33), a entrevista é um instrumento de recolha de dados que visa “a obtenção de informações de um entrevistado, sobre determinado assunto ou problema, ela pode ser padronizada ou não estruturada”.

O guião de entrevista que se recorreu o para o levantamento de opiniões a respeito das consequências psicológicas de não adesão ao tratamento em pacientes hipertensos nas unidades sanitárias foi a entrevista estruturada.

3.1.3 Universo e Amostra de Pesquisa

3.1.4 Universo

Segundo Fabiana, Manhães e Medeiros, (2010), População (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. A população da pesquisaram todos os pacientes hipertenso em seguimento no Centro de Saúde 17 de Setembro de Quelimane.

3.1.5 Amostra

Conforme Marconi & Lakatos (2007) “amostra é um extrato do universo populacional usado em um determinado estudo ou numa determinada pesquisa” Amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou plano. Para a presente pesquisa teve como amostra de 30 pacientes e 1 técnico de saúde da área de hipertensão respeitando critério de saturação para definir a amostra, o que significa a suspensão de inclusão de novos participantes.

A seleção da amostra consistiu em dois processos de inclusão e exclusão sendo que no processo de inclusão a pesquisa incluía os pacientes que sofrem de hipertensão e os técnicos de saúde que trabalham com pacientes hipertensos. Constituíram processo de exclusão os pacientes que não sofrem de hipertensão e os técnicos que não trabalham com pacientes hipertensos.

3.1.6 Cuidados éticos

A literatura no âmbito de pesquisas nas ciências sociais e humanas, recomendam a observância de cuidados éticos na recolha e análise dos dados de pesquisa. É nesta vertente que para se seleccionar os participantes (pacientes e técnico de saúde) desta pesquisa e para o caso dos pacientes hipertensos foi enviado um pedido formal ao Centro de Saude 17 de Setembro.

Após a aprovação do projecto pela Direcção do Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias e obtida credencial, a realização da pesquisa foi possível após anuência da direcção provincial da saúde. Cumpre ainda realçar que, no mesmo período que foram seleccionados os pacientes também fez-se a selecção do tecnico de saude de acordo com a area em que estava afeto não foi necessário uso da carta, apenas foi esclarecido oralmente em seguida agendou-se o dia da entrevista.

Ainda no tange às incumbências éticas, as cartas de termo de consentimento livre e esclarecido oficializaram a participação dos pacientes e deram a garantia do sigilo dos dados pessoais de todos pacientes. Foi ainda garantido que, todos dados extraídos das entrevistas, apenas seriam publicados em fóruns académicos como eventos científicos, conferências e artigos da área. Contudo, importa realçar que a questão de

sigilo e salvaguarda das identidades não foi restrito aos pacientes, sendo que o técnico de saúde também tiveram o mesmo tratamento. Para tal, durante a caracterização dos participantes e análise de dados, ao invés de se usar nomes, foram empregues códigos “TS” que designa se de técnico de saúde e “P” para indicar os paciente respectivamente.

3.1.7 Procedimentos de análise de dados

A análise das entrevistas realizadas baseou-se na temática de conteúdo sugerida por Bardin (1979) e retomada por Minayo (2006). Segundo Bardin (1979:42), a análise de conteúdo pode ser compreendida como “um conjunto de técnicas da análise de discursos ou depoimentos visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Ainda na visão da autora acima citada “Análise de Conteúdo busca conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.

Minayo (2006), citado por Agibo (2016:139), argumenta que o processo de interpretação dos dados parte de uma leitura de primeiro plano até alcançar um nível mais aprofundando, sempre na tentativa de superar os significados manifestos e abraçar os significados mais latentes. Pré-análise, também apelidada de fase de pré-exploração do material, esta etapa incidiu na organização das respostas reunidas para a constituição do *corpus* para orientação das análises nas fases seguintes. A constituição do *corpus* obedeceu a alguns critérios de validade qualitativa (Minayo, 2006; Oliveira, 2008), citado por Agibo (2016:139), são eles: exaustividade, representatividade, homogeneidade, exclusividade, pertinência; a Análise descritiva (ou exploração do material), etapa onde as respostas (discurso) colectadas e que constituíram o *corpus* de pesquisa foram bem mais aprofundadas, no sentido de que foram orientadas pelos objectivos, pelo referencial teórico, e destas análises surgiram quadros de referência, que visavam buscar sínteses coincidentes e divergentes das ideias patentes nas respostas. Cumpre realçar que, nesta fase foi efectuada a exploração das respostas organizadas na pré-análise o que possibilitou organizar as unidades de contexto,

visando uma categorização em temas de análise (Minayo, 2006), (Idem) e por fim a Interpretação inferencial, fase de análise propriamente dita.

Segundo Minayo (2006), citado por Agibo (2016:140), nesta fase, leituras das respostas dos entrevistados permitem o pesquisador superar a esfera do conteúdo manifesto nas entrevistas, tentando aprofundar a análise através da tentativa de desvendar o conteúdo latente, simbólico, desvendando ideologias.

Capítulo IV

4.1 Resultados

Este capítulo diz respeito a apresentação da leitura e interpretação dos dados. Conforme antecipado, a análise de dados fundamentou-se na análise categórica de Bardin (1979) e retomada por Minayo (2006), onde os resultados do estudo empírico foram conjugados com os objectivos, as questões e a literatura que sustentou o estudo. Neste sentido, foram descritas seis (3) categorias, e as respectivas subcategorias.

Análise do registo da entrevista dirigidas ao técnico de saúde responsável da área de Hipertensos.

O registo da entrevista dirigida ao técnico de saúde responsável da área de Hipertensos permitiram definir três categorias, a saber: a) os principais riscos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial b) importância de um tratamento farmacológico e do tratamento não farmacológico no controlo da hipertensão c) as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento.

a) Primeira Categoria: Percepção do técnico de saúde sobre os principais riscos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial

Com objectivo de colher do técnico de saúde sobre não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, foi levantada a questão número um, cujas respostas se enquadram na primeira categoria:

“Senhor técnico de saúde quais os principais riscos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial?”

Para esta questão o nosso entrevistado, especificamente, **TS**, declarou que os principais riscos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial são desastrosos conforme atestam alguns relatos:

“Como consequências da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode causar acidente vascular encefálico, que pode ser hemorrágico ou isquémico, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal aguda ou

crónica, retinopatia que pode levar a cegueira definitiva e comprometimento dos próprios vasos sanguíneos” (TS).

Ainda na primeira categoria foi feita a segunda pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *quais as principais causas da não adesão ou abandono do tratamento medicamentoso?* O nosso entrevistado TS que as causas são maiores conforme atestam os seguintes relatos:

Entre as causas comuns de não adesão ao tratamento medicamentoso estão a descontinuidade de acesso, a falta de acompanhamento profissional e ter que usar medicamentos muitas vezes ao dia. De fato, gerenciar os horários e a tomada de vários medicamentos ao dia é um desafio para qualquer pessoa (TS)

Ainda na primeira categoria foi feita a terceira pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *O que acontece se não tratar a hipertensão?* O nosso entrevistado TS salientou que se não tratar a hipertensão pode causar mais problemas conforme atestam os seguintes relatos:

Se não tratada, a pressão alta pode ocasionar derrames cerebrais, doenças do coração, como infarto, insuficiência cardíaca (aumento do coração) e angina (dor no peito), insuficiência renal ou paralisção dos rins e alterações na visão que podem levar à cegueira. (TS)

Ainda na primeira categoria foi feita a quarta pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *Quais aspectos estão envolvidos para controle e tratamento não medicamentoso da HAS?* O nosso entrevistado TS salientou que os aspectos que estão envolvidos para controle e tratamento não medicamentoso da HAS são vastos conforme atestam os seguintes relatos:

Os aspectos são a adoção de alimentação saudável, hipossódica, redução do estresse, restrição ao consumo de álcool, cessação do tabagismo e prática de exercício físico podem levar, inclusive, à diminuição da dosagem dos anti-hipertensivos ou até mesmo sua suspensão. (TS)

b) Segunda Categoria: Percepção do técnico de saúde sobre importância de um tratamento farmacológico e do tratamento não farmacológico no controle da hipertensão arterial

Com objectivo de colher do técnico de saúde sobre a importância de um tratamento farmacológico, foi levantada a questão numero um, cujas respostas se enquadram na segunda categoria:

“Senhor técnico de saúde qual a importância de um tratamento farmacológico e do tratamento não farmacológico no controle da hipertensão?”

Para esta questão o entrevistado, **TS**, declarou que o tratamento da HAS pode modificar a sua evolução conforme atestam alguns relatos:

O tratamento da HAS pode modificar a sua evolução, sendo os seus principais objectivos a redução das taxas de morbilidade e mortalidade cardiovasculares e renais, proporcionando, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida às pessoas com HAS. **(TS)**

Ainda na segunda categoria foi feita a segunda pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *Quais são os factores de risco que levam uma pessoa a ter hipertensão explique cada um deles?* O entrevistado TS salientou que os factores de risco podem fazer subir a pressão conforme atestam os seguintes relatos:

O indivíduo é considerado hipertenso quando sua pressão fica maior do que 12 por 8. A partir desse limite, o risco de acontecerem doenças cardiovasculares, renais, entre outras, é significativamente maior. Por isso, quando a pressão fica descontrolada, o coração é o órgão mais afetado. **(TS)**

Ainda na segunda categoria foi feita a terceira pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *Quais são as conseqüências da hipertensão arterial não controlada e quais são os principais órgãos alvo?* O entrevistado TS salientou que os factores de risco podem fazer subir a pressão conforme atestam os seguintes relatos:

Se a pressão não vai bem, não é só o coração que reclama. Além de doenças cardíacas, a hipertensão arterial pode levar prejuízos aos rins, que passam a funcionar com dificuldade, aos olhos, afetando a visão, e ao cérebro. **(TS)**

Ainda na segunda categoria foi feita a quarta pergunta onde se procurou perceber do técnico de saúde: *Quais são as conseqüências em um indivíduo que diariamente que encontra-se com diagnóstico de hipertensão e não procura se tratar?* O nosso entrevistado TS salientou que as *conseqüências* são enormes conforme atestam os seguintes relatos:

Se a hipertensão não for tratada, pode levar a complicações, como infartos, insuficiência renal, derrames cerebrais e até cegueira. (TS)

Ainda na segunda categoria foi feita a quinta pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *Quais os impactos sociais causados pelos medicamentos?* O entrevistado TS salientou que os impactos são maiores enormes conforme atestam os seguintes relatos:

O uso de medicamentos causa impactos na sociedade através de benefícios sociais e económicos ou pelo aumento dos custos que envolvem a atenção à saúde no caso de uso inadequado, ocasionando reações adversas ao medicamento (RAM), ou até mesmo óbito. (TS)

c) Terceira Categoria: Percepção do técnico de saúde sobre as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento.

Com objectivo de colher do técnico de saúde informações sobre as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento, foi levantada a questão número um, cujas respostas se enquadram na terceira categoria:

“Senhor técnico de saúde quais as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento?”

Para esta questão o entrevistado, TS, declarou que as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento são várias conforme atestam alguns relatos:

O que pode ser feito para aumentar a adesão ao tratamento são: Divulgação sua importância, administração do tratamento conforme a rotina do paciente, adotar os recursos tecnológicos, verificar a melhor forma farmacêutica, ter uma boa relação com os pacientes, acompanhar e aconselhar conforme o caso. (TS)

Ainda na terceira categoria foi feita a segunda pergunta onde se procurava perceber do técnico de saúde: *Quais são os métodos existentes para se detectar a falta de adesão no paciente?* O entrevistado TS salientou que os métodos são vários conforme atestam os seguintes relatos:

Os métodos são: avaliação pelo paciente, onde este atribuía uma nota à sua adesão utilizando uma escala visual de 0 a 5, (1 = não toma ou raramente, 2 = às vezes toma, 3 = toma quase sempre, 4 = toma a maioria das vezes, 5 = toma sempre), a nota 5 o classificava como aderente; avaliação do médico, que atribuía uma (TS).

4.2 Análise dos Relatos sobre negação

O roteiro da entrevista realizada continha questionamentos específicos sobre a percepção do diagnóstico e do tratamento.

A partir dos relatos dos pacientes, foram selecionadas as verbalizações associadas a algum processo de negação, seja do diagnóstico do quadro ou de suas consequências, fragmentos da entrevista são destacados a seguir:

Percepção dos pacientes sobre reação que teve no momento que ficou sabendo que era hipertenso:

“Senti dor no peito. Pensei em tudo, não esperava que ia ter” (P-1). “Não aceitei. Dei trabalho para o médico me convencer a tomar remédio. Neguei” (P-2).

“Já suspeitava, por que minha mãe era hipertensa e tenho dois irmãos com hipertensão também. Já esperava. Minha pressão já era alterada, mas não sabia, mas tinha sintomas. Acho que negava” (P-3).

De principio fiquei assustado com o resultado mais com o apoio do técnico e do psicólogo tive que assumir o resultado e começar com a medicação e agora sinto me bem. (P-4).

Percepção dos pacientes se houve uma mudança desde que começou a fazer tratamento de hipertensão?

Mudou muito o meu estilo de vida (P-5).

A minha saúde melhorou (P-6).

A minha rotina mudou agora devo reservar tempo pra o controle da minha saúde assim como tempo pra toma de medicamentos. (P-7).

Percepção dos pacientes sobre as consequências que podem resultar em caso de não adesão ao tratamento da hipertensão?

Acidente vascular encefálico que pode ser hemorrágico ou isquêmico (P-8).

Insuficiência cardíaca e lesão das artérias (P-9).

Infarto agudo do miocárdio, angina de peito (P-10).

Insuficiência renal aguda ou crônica, (P-11).

Retinopatia que pode levar a cegueira definitiva e comprometimento dos próprios vasos sanguíneos, (P-12).

Percepção dos pacientes sobre as mudanças psicológicas, principalmente relacionadas à negação dos referidos quadros clínico, após o diagnóstico.

Tivi problemas serio de estresse (P-13).

lterações no padrão de sono (P-14).

Dificuldades de adaptação às modificações no estilo de vida. (P-15).

Frequência/número de fármacos a serem tomados (P-16).

Percepção dos pacientes sobre as estratégias para organização do atendimento ao paciente hipertenso no centro de saude 17 de setembro

Por mim poderia se fazer o levantamento de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão;(P-17).

Poderia se elaborar de um arquivo rotativo contendo dados referentes aos hipertensos (nome, endereço, data da última consulta e data do retorno, medicamentos em uso); (P-18).

Deve se realizar o levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos às consultas e busca ativa dos mesmos com reagendamento das mesmas; (P-19).

Podia se agendar o retorno após cada consulta (médica ou de enfermagem) o paciente hipertenso terá seu retorno agendado pelo profissional que foi atendido. (P-20).

Por me poderia se buscar todos os faltosos. (P-21).

Percepção dos pacientes sobre os principais determinantes da não adesão ao tratamento Anti-hipertensivo?

Para mim vários são os determinantes para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo como falta de conhecimento por parte de muitos de nos pacientes uma vez que muitos são analfabetos. (P-22).

Falta de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; (P-23).

Baixo nível socioeconómico, (P-24).

Aspectos culturais e crenças erradas (P-25).

Que conselho deixa ficar para outros pacientes hipertensos assim como a sociedade no geral?

Que a hipertensão e uma doença mortal e deve ser tratada (P-26).

Que se dirijam ao centro de saúde mas próxima pra aderirem ao tratamento (P-27).

Se o individuo sofre de hipertensão quanto mais cedo começar com o tratamento melhor se pode tratar e evitar outras complicações como insuficiência renal (P-28).

Capítulo V

5.1 Discussão

Neste capítulo consiste na análise e explicação dos dados recolhidos e sua implicação a luz dos modelos técnicos e estudo de outros autores.

Em conformidade com as respostas dada pelo nosso entrevistado pode concluir que o acompanhamento da evolução do tratamento dos hipertensos de forma periódica pelos profissionais da saúde é um importante procedimento terapêutico, que pode garantir melhor adaptação aos medicamentos, compreensão das práticas necessárias ao cuidado com sua condição clínica e, conseqüentemente, maior adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa, assim como menores níveis de PA e satisfação com seu tratamento.

A verificação da predominância do sexo masculino é comum a outros estudos, podendo sugerir uma maior percepção e cuidados em relação à saúde, assim como uma procura maior dos serviços de saúde pelos homens em comparação aos mulheres. (Romero et al., 2010; Placido; Fernandes; Guarido, 2009; Santos et al.,2005; Flores; Benvegue, 2008).

Sabe-se que apesar de idade elevada não ser sinónimo de doença, os idosos são relativamente mais vulneráveis do que o restante da população no que se refere à sua condição de saúde. Esse grupo apresenta maior número de doenças, geralmente crónicas (Andrade, *et al.*, 2013).

Com relação à idade, destaca-se que a abordagem da adesão deve ser diferente em cada faixa etária, valorizando de forma atenta as necessidades e dificuldades apresentadas por esses pacientes hipertensos. Além disso, os idosos hipertensos podem auxiliar na difusão do conhecimento sobre a HAS para gerações mais novas da sua família, disseminando as informações para melhora do autocuidado, lembrando-se os aspectos estruturais e familiares.

Feitas análises com relação ao estado civil, a amostra é predominantemente composta de pessoas casadas e em união estável. Nas análises descritivas e bivariadas, encontramos uma relação significativa entre a presença do cônjuge e menores sintomas depressivos. A prevalência de pacientes sem companheiro pode refletir, de um lado, maior independência, e de outro, uma lacuna no cuidado das pessoas que

necessitam de ajuda para realizar suas actividades diárias. Nesse sentido, os resultados de análises bivariadas são limitados e inconclusivos. Indivíduos que apresentam dificuldades na realização dessas actividades, seja pelas limitações próprias da idade avançada, seja por restrições causadas pela HAS ou outra patologia, precisam de monitoramento e cuidados diários (Andrade, *et al.*, 2013). A ausência de parceiro pode, portanto, favorecer maior exposição a riscos e descuidos com a saúde (alimentação inadequada, sedentarismo, falta de preocupação consigo mesmo), contribuindo para um baixo controle pressórico e auto relato negativo.

Segundo Reis e Ventura (2013) os baixos níveis de escolaridade reflete diretamente na qualidade de vida do paciente por estar relacionada a um baixo rendimento financeiro ,assim como o estudo citado acima, observou-se que os níveis de escolaridade são influenciadas do trabalho precoce principalmente nas lavouras por necessidade de auxilio na renda familiar.

Estudos ainda indicam que a baixa escolaridade pode estar associada a dificuldade de lidar com questões emocionais, podendo incidir mais facilmente em quadros depressivos. A literatura aponta o baixo nível intelectual como um importante preditor de depressão em indivíduos idosos, bem como de outros transtornos afectivos, tais como a ansiedade. Contrariamente, idosos de melhor escolaridade possuem melhor acesso a cuidados médicos, a actividades implicadas no estímulo das funções cognitivas e mentais, além de terem maior nível de participação social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida (Veras, 2003). Segundo Joia, Ruiz e Donalisio (2007) apenas 40% das famílias possuíam renda superior e salários mínimos em um estudo relacionado à satisfação com a vida, demonstrando a importância socioeconômica na qualidade de vida dos pacientes, já que a renda influencia na garantia do bem estar do individuo sendo um determinante de boa qualidade de vida.

Entre os fatores pessoais que interferem no descontrole da pressão arterial mencionados pelos pacientes deste estudo estão os fatores psicológicos/estresse/alterações no padrão de sono e também dificuldades de adaptação às modificações no estilo de vida. As alterações no padrão do sono e a genética também foram relatadas pelos participantes desta pesquisa como fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão.

A presença de efeitos adversos foi relatado por 6 pacientes hipertensos desta pesquisa. Ainda sobre a terapêutica, três pacientes referiram o horário como fator para não adesão ao tratamento. Outros três hipertensos relataram a frequência/número de fármacos a serem tomados como fator que interfere na adesão.

Outro ponto de destaque relatado pelos pacientes entrevistados em nossa pesquisa foi a dificuldade em aceitação e adaptação do estilo de vida. Assim como a assintomatologia e cronicidade da doença, condições essas, referidas por 14 pacientes na presente pesquisa.

Capítulo VI

6.1 Conclusão

A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Neste contexto, faz surgir a seguinte questão: *Quais os factores que fazem com que os pacientes hipertensos não adiram ao diagnóstico para posterior tratamento?*

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular de grande repercussão na Atenção primária à saúde, de causas multifatoriais e principal fator de risco para infarto, acidente vascular cerebral e doença renal crônica. Diante dos resultados encontrados, observamos que ainda é preciso desenvolver novas pesquisas, com vistas a conhecer os fatores da não adesão ao tratamento da HAS.

A população estudada apresenta como características: ser em sua maioria do sexo masculino com idade média de 35-40 anos de idade, baixa escolaridade, apresentando baixos índices de adesão ao tratamento e, referindo como causa dessa não adesão ao tratamento os fatores de origem psicossociais ou estresse e a dificuldade em mudanças no estilo de vida.

Na amostra desta pesquisa, mais da metade dos participantes demonstrou mudanças psicológicas, principalmente relacionadas à negação dos referidos quadros, após o diagnóstico. Nesse sentido, enfatiza-se a importância do tratamento psicológico no atendimento e acolhimento de pacientes em diferentes quadros clínicos.

Sabe-se que mudanças na rotina não são fáceis, pois envolvem a exclusão de muitos hábitos considerados não adequados àquelas que possuem tais doenças, e muitas vezes deixá-los é um processo difícil, factor que interfere não adesão ao seu tratamento. Por isso é muito relevante a educação para pacientes com hipertensão e diabetes, no sentido de consciencialização da importância das ações necessárias à saúde, trabalhando também a motivação. Dessa maneira, acredita-se que haverá uma maior adesão ao tratamento.

Sugestões

Fazer o levantamento de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão;

Que se elabore um arquivo rotativo contendo dados referentes aos hipertensos (nome, endereço, data da última consulta e data do retorno, medicamentos em uso),

Deve se realizar o levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos às consultas e busca ativa dos mesmos com reagendamento das mesmas;

Que se agende o retorno após cada consulta (médica ou de enfermagem) o paciente hipertenso terá seu retorno agendado pelo profissional que foi atendido.

Que se possa buscar todos os faltosos.

Referência bibliográfica

- Agibo, M.L.L.C. *Intervenção e avaliação em orientação profissional: Narrativas de Adolescentes Moçambicanos sobre a influência parental e a escolha da profissão.* (2016) Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Arguedas, J. A, Perez, M. I, Wright, J. M, (2009). *Treatment blood pressure targets for hypertension* [archive]. Cochrane Database Syst Rev.
- Campbell, NR; Lackland, DT; Lisheng, L; Niebylski, ML; Nilsson, PM; Zhang, XH. (2015). «*Using the Global Burden of Disease study to assist development of nation-specific fact sheets to promote prevention and control of hypertension and reduction in dietary salt: a resource from the World Hypertension League.*». Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.).
- Carretero, OA; Oparil, S. (2000). «*Essential hypertension. Part I: definition and etiology.*». Circulation.
- Carvalho, J. Eduardo. *Metodologia de Trabalho Científico: Saber fazer da investigação para Dissertações e Teses.* 2ªed., Lisboa, Escolar Editora, 2005.
- Dionne, JM; Abitbol, CL, Flynn, JT. (2012). «*Hypertension in infancy: diagnosis, management and outcome.*». *Pediatric Nephrology.*
- Fabiana, K., Manhães, F. C. & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da pesquisa: guia prático* (88p). Itabuna: Via Litterarum,.
- Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa.* 2ª Edição. Rio de Janeiro. Nova Fronteira.
- Fisher ND, Williams GH; et al. (2005). «*Hypertensive vascular disease*». In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Harrison's Principles of Internal Medicine 16º ed. Nova Iorque, NY: McGraw-Hill.
- Fisher, ND, Williams, GH; et al. «*Hypertensive vascular disease*». In: Kasper DL, Braunwald, E, Fauci, AS, (2005). *Harrison's Principles of Internal*

- Medicine* 16^o ed. Nova Iorque, NY: McGraw-Hill. Lackland, D.T; Weber, M. A. (2015). «*Global burden of cardiovascular disease and stroke: hypertension at the core.*». *The Canadian journal of cardiology*.
- Lawlor, D. A; Smith, G. D. (2015). «*Early life determinants of adult blood pressure*». *Current Opinion in Nephrology & Hypertension*.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas 2010
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M.. *Fundamentos de metodologia científica*. (5^a. ed.). São Paulo: Atlas 2003.
- Marconi, Maria de A.; & Lakatos, Eva M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. 6^a ed. São Paulo: Atlas.
- Mendis, Shanthi; Puska, Pekka; Norrving, B. O. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control (PDF) 1st ed. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization*.
- Minayo, M.C.S. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz 2006.
- Naish, Jeannette; Court, Denise Syndercombe. (2014). *Medical sciences* 2 ed. [S.l.: s.n.].
- National Clinical Guidance Centre. (2011). «*Diagnosis of Hypertension, 7.5 Link from evidence to recommendations*». *Hypertension (NICE CG 127)* (PDF). [S.l.]: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Poulter, NR; Prabhakaran, D; Caulfield, M (2015). «*Hypertension.*». *Lancet*.
- Sites:**<https://www.infopedia.pt/dicionários/língua-portuguesa-aa0/nascimento>.
- U.S. Department Of Health And Human Services. (2006). «*Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH*»
- Williams, B; Poulter, N. R; Brown, M. J; Davis M; *et al.* (2004). «*Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, BHS IV*.

Williams, G. H.; Dluhy, R. G. Endocrine hypertension. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, eds. Williams (1998). Textbook of Endocrinology 9 ed. Philadelphia: WB Saunders.

Peres,D..S Magna.J.M. Xavier.M, (2001). Epidemiologia nacional de saude mental. 10ª ed. São Paulo: Atlas.

Carvalho, A. (2017) Depressão e outras perturba;oes mentais comuns, Enquadramento global e nacional e referencias de recursos em casos emergentes. 2ªed., Lisboa: Direção geral de Saúde.

Apendice 1. Guião de entrevista aplicado ao técnico de saúde do centro de saúde

17 de setembro - Quelimane

Este guião de entrevista faz parte de uma pesquisa para obtenção de grau académico licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento o Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias – ISHCT. O objectivo desta investigação é de Consequências Psicológicas de não Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos nas Unidades Sanitárias . Não pretendemos avaliar a tua pessoa e por isso todas as respostas que deres serão válidas.

Este questionário é de natureza confidencial.

1. Senhor técnico de saúde quais os principais riscos da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial?
2. Quais as principais causas da não adesão ou abandono do tratamento medicamentoso?
3. O que acontece se não tratar a hipertensão?
4. Quais aspectos estão envolvidos para controle e tratamento não medicamentoso da HAS?
5. Senhor técnico de saúde qual a importância de um tratamento farmacológico e do tratamento não farmacológico no controle da hipertensão?
6. Quais são os factores de risco que levam uma pessoa a ter hipertensão explique cada um deles?
7. Quais são as consequências da hipertensão arterial não controlada e quais são os principais órgãos alvo?
8. Quais são as consequências em um indivíduo que diariamente que encontra-se com diagnóstico de hipertensão e não procura se tratar?
9. Quais os impactos sociais causados pelos medicamentos?
10. Senhor técnico de saúde quais as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento?"
11. Quais são os métodos existentes para se detectar a falta de adesão no paciente?
12. Quaaais as consequencias psicologicas que mais abundam nestes pacientes hipertensos_-

Muito obrigado pela sua colaboração

Apêndice 2- Guião de entrevista aplicado aos pacientes hipertensos do centro de saúde 17 de Setembro - Quelimane

Este guião de entrevista faz parte de uma pesquisa para obtenção de grau académico licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento o Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias – ISHCT. O objectivo desta investigação é de Consequências Psicológicas de não Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos nas Unidades Sanitárias . Não pretendemos avaliar a tua pessoa e por isso todas as respostas que deres serão válidas.

Este questionário é de natureza confidencial.

1. Dados Sociodemográficos dos Participantes: Sexo, Idade: Estado Civil, Nível de Escolaridade, Ocupação, Tempo de diagnóstico.

1a) Sexo: Feminino: () Sexo masculino: ()

1b) Idade: 20-25 26-30 31—35 36-40 +40

1c) Estado civil : Solteiro : () Casado: () União de facto: ()

1d) Nível de escolaridade: Analfabeto: () Ensino primário () Ensino básico()

Ensino Secundário: () Ensino Superior: ()

1e) Ocupação: Domestico:() Empregado: () Reformado:()
Comerciante: ()

1f) Tempo do diagnostico: Menos de 1 ano () 2 a 5 anos () 6 a 10 anos () +10anos ()

2. Qual a reação que teve no momento que ficou sabendo que era hipertenso?

3. Houve uma mudança desde que começou a fazer tratamento de hipertensão?

4. Quais as consequências que podem resultar em caso de não adesão ao tratamento da hipertensão?
5. Quais as mudanças psicológicas, principalmente relacionadas à negação dos referidos quadros clínico, após o diagnóstico?
6. Que estratégias para organização do atendimento ao paciente hipertenso no centro de saúde 17 de setembro?
7. Quais os principais determinantes da não adesão ao tratamento Anti-hipertensivo?
8. Que conselho deixa ficar para outros pacientes hipertensos assim como a sociedade no geral?

Muito obrigado pela sua colaboração