



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL

FATORES PSICOSSOCIAIS AO *CONTROLE EFICAZ DO REGIME*
***TERAPÊUTICO* (ADESÃO AO TRATAMENTO) EM PESSOAS IDOSAS**
HIPERTENSAS

CAMPINA GRANDE - PB
2021

JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL

**FATORES PSICOSSOCIAIS AO *CONTROLE EFICAZ DO REGIME*
TERAPÊUTICO (ADESÃO AO TRATAMENTO) EM PESSOAS IDOSAS
HIPERTENSAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros.

**CAMPINA GRANDE - PB
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A485f Amaral, Jonábia Alves Demetrio.
Fatores psicossociais ao controle eficaz do regime terapêutico (adesão ao tratamento) em pessoas idosas hipertensas [manuscrito] / Jonábia Alves Demetrio Amaral. - 2021.
87 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Envelhecimento. 2. Doenças crônicas. 3. Hipertensão.
4. Determinantes Sociais da Saúde - DSS. I. Título
21. ed. CDD 616.132

JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL

**FATORES PSICOSSOCIAIS AO *CONTROLE EFICAZ DO REGIME*
TERAPÊUTICO (ADESÃO AO TRATAMENTO) EM PESSOAS IDOSAS
HIPERTENSAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Aprovada em: 23/setembro/2021.

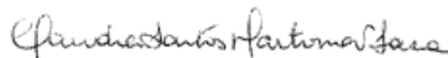
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, **José Roberto e Damiana**, por sempre acreditarem em mim e por serem refúgio e fortaleza para nossa família. À minha irmã **Joceanny**, por seu carinho e incentivo.

Às minhas avós **Euridice e Maria das Neves**(in memoriam), que desde criança, me incentivaram a não desistir dos meus sonhos.

Ao meu amado esposo **Targino**, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar comigo em todos os momentos, iluminando-me, e sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. Toda honra e glória sempre será para ti Senhor, obrigada por sua infinita misericórdia em minha vida.

A minha família, por todo amor, incentivo e apoio incondicional para que eu concretizasse esta dissertação, por me abençoarem todos os dias neste período de crescimento intelectual e por compreenderem minha ausência em virtude da dedicação exclusiva para a conclusão de mais uma etapa de minha carreira profissional.

Ao meu esposo Targino, pessoa com quem amo partilhar a vida. Agradeço por todo amor, carinho, companheirismo, e paciência, mas acima de tudo agradeço pela sua capacidade de me trazer paz na correria do dia a dia, por todo incentivo em me mostrar sempre que sou capaz, quando por vezes quero fraquejar e por caminhar de mãos dadas comigo em uma mesma direção.

Agradeço a minha amiga Stephany Farias, por todo companheirismo, amizade e lealdade que me foi doado ao longo desses dois anos, pois sem sua parceria em cobrir os meus plantões nos dias das aulas, das coletas de dados e das reuniões com minha orientadora a caminhada teria sido mais difícil, obrigada de verdade por sua disponibilidade e comprometimento em me ajudar. Sou imensamente grata a Deus por tê-la conhecido.

Agradeço em especial a Coordenadora de Enfermagem do hospital em que trabalho, Maria Anunciada, pois sem a sua ajuda eu não teria conseguido se quer me submeter ao processo seletivo desse programa. E ela, sempre deu seu “jeitinho”, junto ao RH do hospital, ajustando meus horários e permitindo as trocas de plantões com a colega, para que eu conseguisse realizar mais este sonho. É por isso e por tantas outras coisas, que louvo a Deus por sua vida e peço que a senhora continue com essa empatia para com o outro, pois isso é algo nobre hoje em dia. Meu muito obrigada, D. Anunciada!

A toda minha equipe de trabalho do bloco cirúrgico do hospital João XXIII, pois trabalhar e estudar não é nada fácil, e todos, sempre estão dispostos a me ajudar, seja nas atribuições do dia a dia de trabalho ou com uma palavra amiga, me transmitindo ânimo e fazendo com que a caminhada se torne mais leve.

A esta universidade, seu corpo docente, direção, coordenação e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço também a minha amável orientadora Fabíola, que me acompanha desde o quarto período da graduação em Enfermagem, figura a qual me espelho diariamente, pois Fabíola é sinônimo de garra e competência. Obrigada por sempre estar ao meu lado e me fazer enxergar o universo científico como uma grande fonte de conhecimento e melhoria como profissional.

Agradeço as professoras da banca examinadora, que dividiram comigo este tão importante e esperado momento, Prof^a Dra^a. Maria do Carmo Eulálio e Prof^a Dra^a. Cláudia Martiniano e não só por dividirem comigo esse momento, mas por serem figuras importantíssimas em minha jornada profissional, desde a minha graduação, pessoas as quais tenho como norte e que me deixam cada vez mais segura, me mostrando que sou capaz de ir cada vez mais longe, muito obrigada.

Aos amigos que conquistei ao longo desse mestrado, por toda rede de apoio oferecida, pelos momentos de descontração, pela troca de conhecimento e por terem deixado esse percurso mais leve, obrigada.

Agradeço, aos participantes que aqui se fizeram presente, por me apoiar, prestigiar e torcer pelo meu sucesso. E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse momento acontecesse, o meu muito obrigada.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

RESUMO

O processo de envelhecimento humano reflete no aumento demográfico de pessoas com mais de 60 anos. Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) uma das principais doenças nessa população, surge a necessidade de entender o processo saúde/doença numa dimensão psicossocial. O objetivo geral foi analisar os fatores psicossociais envolvidos no Controle Eficaz do Regime Terapêutico relacionado em pessoas idosas com HAS. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: 1) Determinantes sociais como fatores modificáveis a adesão ao tratamento de hipertensão arterial entre pessoas idosas; 2) Percepção de pessoas idosas hipertensas em relação ao *controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao tratamento) em tempos de pandemia de Covid 19. Sendo a primeira, uma revisão integrativa da literatura que envolveu 32 artigos e a segunda pesquisa tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo transversal. A coleta de dados para a revisão integrativa aconteceu do período de junho a dezembro de 2020, já a coleta de dados para o estudo descritivo ocorreu no período de março a maio de 2021 e garantiu as questões éticas preconizadas pela Resolução CNS 510/16/ CNS/MS sob protocolo de Nº CAAE: 35501720.2.0000.5187. Em se tratando dos determinantes sociais da saúde, percebeu-se que os mesmos, estão no cotidiano do indivíduo idoso e que, muitos desses quando não trabalhados com a população que envelhece podem ser negligenciados e interferirem negativamente na adesão ao tratamento da HAS. Os resultados do primeiro artigo mostraram que a adesão ao tratamento exige a interação dos profissionais de saúde com indivíduos idosos, familiares, grupos sociais e a sociedade em geral de forma a beneficiar a orientação e promoção de saúde. Em relação a percepção que os participantes referiram a respeito do controle eficaz do regime terapêutico (*adesão ao tratamento*) verificou-se, que todos os indivíduos que tentam controlar sua pressão arterial, tiveram boas condições relacionadas aos determinantes sociais de saúde e que a pandemia de Covid 19, alterou a rotina de envelhecimento saudável dos idosos em relação a prática de atividades físicas, dieta adequada, inserção social. Conclui-se que o controle eficaz ao tratamento anti-hipertensivo ocorre quando o paciente compreende o seu processo saúde-doença e observou-se que os grupos de convivência, são uma rede de apoio valiosa para a pessoa idosa.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Doença Crônica. Hipertensão. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

The human aging process is reflected in the demographic increase of people over 60 years old. As Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the main diseases in this population, there is a need to understand the health/disease process in a psychosocial dimension. The general objective was to analyze the psychosocial factors involved in the Effective Control of the Therapeutic Regime related in elderly people with SAH. The research was carried out in two stages: 1) Social determinants as modifiable factors for adherence to hypertension treatment among elderly people; 2) Perception of hypertensive elderly people in relation to the effective control of the therapeutic regimen (adherence to treatment) in times of Covid's 19 pandemic. descriptive and exploratory, cross-sectional study. Data collection for the integrative review took place from June to December 2020, while data collection for the descriptive study took place from March to May 2021 and guaranteed the ethical issues recommended by Resolution CNS 510/16/ CNS /MS under protocol No. CAAE: 35501720.2.0000.5187. Regarding the social determinants of health, it was noticed that they are in the daily life of the elderly individual and that many of these, when not worked with the aging population, can be neglected and negatively interfere in the adherence to the treatment of SAH. The results of the first article showed that adherence to treatment requires the interaction of health professionals with elderly individuals, family members, social groups and society in general in order to benefit from guidance and health promotion. Regarding the perception that the participants reported regarding the effective control of the therapeutic regimen (adherence to the treatment), it was found that all individuals who try to control their blood pressure, had good conditions related to social determinants of health and that the pandemic of Covid 19 changed the healthy aging routine of the elderly in relation to physical activity, proper diet, social inclusion. It is concluded that the effective control of antihypertensive treatment occurs when the patient understands their health-disease process and it was observed that the coexistence groups are a valuable support network for the elderly person.

Keywords: Aging. Chronic disease. Hypertension. Social Determinants of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma: Mapa de seleção dos artigos.....	34
Figura 2 –	Quadro 1: Classificação do nível de evidência dos estudos selecionado....	35
Figura 3 –	Quadro 2: Perfil bibliométrico dos artigos selecionados.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação dos determinantes psicossociais dos artigos selecionados.....48

Tabela 1 - Distribuição dos fatores psicossociais citados por pessoas idosas com HAS.....61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPA	Auto Medida da Pressão Arterial
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Bases de Dados em Enfermagem
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DAP	Doença Arterial Periférica
DC	Doenças Crônicas
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IVFC-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MEEN	Mini Exame do Estado Mental
MRPA	Monitoramento Residencial da Pressão Arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAMA	Universidade Aberta a Maturidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 Contextualização geral da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	18
2.2 Envelhecimento Populacional no Brasil e Doenças Crônicas	18
2.3 Determinantes Sociais da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Modelo de Atenção as Doenças Crônicas	23
3 ARTIGO 1: DETERMINANTES SOCIAIS COMO FATORES MODIFICÁVEIS A ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE PESSOAS IDOSAS	29
4 ARTIGO 2: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS HIPERTENSAS EM RELAÇÃO AO CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPEUTICO (ADESAO AO TRATAMENTO) EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19.....	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERENCIAS	77
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE...81	
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	84
APÊNDICE C - D.3. INTERROGATÓRIO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL E OUTROS:	85
ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	86
ANEXO B – INDÍCE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL.....	87

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano reflete no aumento demográfico de pessoas com mais de 60 anos, sendo considerado como uma resposta de melhoria dos indicadores de saúde. Está diretamente relacionado às quedas da fecundidade e da mortalidade precoce de crianças, jovens e adultos, além de sua relação também com o aumento da expectativa de vida associada ao aperfeiçoamento técnico-científico na área da saúde, melhorias das condições de saneamento básico e cobertura da imunização, no caso do Brasil (Moraes, 2012).

Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de pessoas idosas, alcançando cerca de 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total. Logo, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque (Moraes, 2018).

A esse aumento da população idosa e conseqüentemente o aumento da expectativa de vida, ambos os fenômenos sociais, soma-se com o significativo aumento de diagnósticos clínicos de doenças crônico-degenerativas, o que potencializa a demanda por serviços de saúde relacionados à prevenção, controle e promoção de saúde relacionados à cronicidade e a população que ora envelhece. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está entre uma das principais doenças nessa população e apesar de ser uma das maiores responsáveis pela redução da qualidade e expectativa de vida, não deve ser considerada primariamente como uma consequência natural do envelhecimento (Pimenta, 2015).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) afirma que a longevidade, na maioria das vezes, vem sendo acompanhada de alterações nas causas de morbimortalidade, na qual se verifica a maior ocorrência de doenças crônicas. Dentre essas, destaca-se a HAS, condição clínica multifatorial que pode levar a alterações funcionais de órgãos-alvo como o coração, o encéfalo, os rins e os vasos. Existem fatores que podem contribuir para a ocorrência da HAS, os considerados não modificáveis são: herança genética, idade, sexo e etnia, já dentre os modificáveis encontram-se excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, dentre outros.

O diagnóstico médico de HAS é um grande desafio para muitas pessoas, pois se trata de uma situação permanente com a qual pode ser difícil viver, uma vez que atinge todos os aspectos do cotidiano. De fato, trata-se de uma doença desafiadora que tem muitas exigências relativamente ao estilo de vida, com o objetivo de manter os níveis pressóricos tão próximos quanto possível do normal e prevenir ou retardar complicações debilitadoras e ameaçadoras de vida.

De acordo com Silva et al. (2013) o tratamento adequado para a hipertensão consiste tanto na adoção de hábitos saudáveis, quanto no tratamento medicamentoso ou a associação de ambos. Na população idosa, e especialmente a população idosa rural, a não adesão ao tratamento sofre influência em sua maioria pela condição socioeconômica, ou seja, quanto menores os níveis socioeconômicos, acesso aos serviços de saúde e escolaridade, menor o conhecimento em relação à doença e conseqüentemente, taxas de adesão mais baixas ao tratamento anti-hipertensivo (Leão e Silva, 2013).

Associado ao diagnóstico médico de HAS tem-se como foco na ciência da enfermagem, o uso do termo diagnóstico denominado de *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* que se refere a adesão ao tratamento. Esse Diagnóstico de Enfermagem, muito comum, na área da enfermagem, é evidenciado na atuação empírica do enfermeiro, principalmente quando relacionado a indivíduos com HAS, que conseguem manter uma organização positiva do plano de ações em saúde para controle e adesão ao tratamento para HAS (Vasconcelos et al, 2007; Calegari et al, 2012; CIPE®, 2018);). Dessa forma, o presente estudo ao estudar o *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) de pessoas idosas hipertensas, buscará na Psicologia da Saúde abordar os fatores psicossociais modificáveis de acordo com a adesão ao regime terapêutico proposto a situação de HAS, quais são: estilos de vida saudáveis, acesso aos serviços de saúde, renda familiar, suporte familiar e nível de escolaridade.

Entre os fatores de risco para a HAS, estão os fatores de risco não modificáveis (idade, o sexo, a cor da pele, a história familiar de hipertensão) e entre os modificáveis (elevada ingestão de sal, alta ingestão calórica que favorecem ao sobrepeso ou obesidade, a inatividade física, e excessivo consumo de álcool, a hiperglicemia e a dislipidemias) (Martinez, 2016). Para os fatores de risco não modificáveis, não há muito o que fazer para evitar a hipertensão, sabendo da existência deles, é necessário focar as atenções para a

prevenção dos aspectos evitáveis que referem aos modificáveis, e isso acontece por meio da adesão de hábitos de vida saudáveis, com uma dieta balanceada, prática de atividades físicas regulares, diminuição do consumo de álcool e outros.

Sendo assim, o *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (Adesão ao Tratamento) é considerado um processo positivo em saúde, de origem complexa, influenciado por fatores ambientais, individuais, e socioculturais, de potencial modificável em saúde com base na promoção de saúde oferecida por profissionais e que são norteados pelos diversos aspectos influenciados por dimensões: biológica, sociológica e psicológica do indivíduo dificultando ainda mais o processo de adesão (Brasil, 2016).

Como enfermeira temos que nas práticas de serviços de saúde, há uma grande parcela da população que é classificada como pessoas idosas hipertensas que não conseguem controlar seus índices pressóricos, seja pela falta de informação, perseverança no tratamento contínuo, sejam por problemas econômicos, precariedade de suporte de cuidado, e demais fatores que pesam negativamente no controle desse acometimento crônico de saúde e que gera complicações e declínios funcionais que interferem no envelhecer saudável.

Estudo de Magnabosco et al (2015) afirma que muitos são as causas da não adesão ao tratamento e este não inclui apenas o não tomar o medicamento, mas também, não seguir as práticas e hábitos de saúde recomendáveis para o controle do processo saúde/doença. O mesmo estudo revela que há uma necessidade de ampliação do tema, para identificação de associações que levam a não adesão do tratamento, ocasionando danos irreversíveis a saúde de quem é acometido pela HAS.

Ao analisar os fatores psicossociais referentes ao *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) de pessoas idosas hipertensas, busca-se estudar o quanto esses fatores interferem positiva ou negativamente na vida dessas pessoas, e que referendarão o entendimento da Psicologia da Saúde em meios a compreensão do quão esses fatores determinam também a saúde da pessoa idosa e por melhor dizer, a condição clínico-funcional desse indivíduo no seu processo de envelhecer. Reconhecendo que o envelhecimento quando associado as complicações advindas de problemas crônicos como a HAS, determina declínios funcionais que geram fragilidades, e por isso, merecem serem avaliados nas condutas rotineiras de saúde, por diversos profissionais (Moraes, 2018).

Ressalta-se que a Psicologia da Saúde é uma área recente da psicologia, desenvolvida principalmente a partir da década de 70, que visa compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças. (Miyazaki, 2001; Barros, 2002).

A primeira definição de Psicologia da Saúde partiu de Stone, em 1979, que descrevia a Psicologia da Saúde como qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos, a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde, mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação, etc. Em seguida, deu-se origem à definição clássica de Matarazzo, (1980; 1982) que afirmava que a Psicologia da Saúde consiste no domínio dos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Alves, 2011).

De acordo com Carrobes (1993) o desenvolvimento do modelo biopsicossocial tem sido impulsionado pelas mudanças das enfermidades no mundo, pelo qual, as infecções foram em sua maioria controladas e em seu lugar apareceu uma nova maneira de adoecer, dando espaço às enfermidades crônicas ou funcionais, não produzidas por agentes patogênicos específicos. Esse novo padrão de adoecer se explica por causas múltiplas e de natureza não exclusivamente orgânica, ficando evidenciados os fatores psicológicos, sociais, culturais e meio ambientais na configuração das doenças entendidas sem a distinção entre o físico e o psicológico (Alves, 2017).

A ênfase na prevenção de doenças e na promoção de saúde foi progressivamente transformando a medicina comportamental na atual psicologia da saúde, sendo a primeira centrada no tratamento e na reabilitação e a segunda centrada na prevenção e na modificação dos hábitos e estilos de vida inadequados dos indivíduos, assim como de seu meio social e ambiental.

Frente ao exposto, este estudo busca contribuir para ampliar o conhecimento sobre esta temática, de maneira a subsidiar a formulação de ações e políticas públicas para o controle de HAS em idosos, fortalecendo a gestão, os serviços e melhorando as condições

de saúde e de vida desta população, visto que o modelo biopsicossocial de saúde sustenta a importância de fatores biológicos, psicológicos e sociais para a situação de saúde e doença, e que saúde e doença são causadas por múltiplos fatores e produzem múltiplos efeitos, que se adentram significativamente, nos fatores psicológicos.

Dessa forma, o presente estudo se baseia na seguinte questão norteadora: *Quais são os fatores psicossociais do Controle Eficaz do Regime Terapêutico (adesão ao tratamento) em pessoas idosas hipertensas que conseguem manter sua saúde e bem-estar relacionado à manutenção dos índices pressóricos e controle da HAS?*

O objetivo geral desse estudo foi analisar os fatores psicossociais envolvidos no Controle Eficaz do Regime Terapêutico relacionado em pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Os objetivos específicos foram: 1) identificar a contextualização dos determinantes sociais como fatores modificáveis para o *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) em pessoas idosas hipertensas dentre a produção científica brasileira; 2) descrever os fatores psicossociais (hábitos de vida, grau de escolaridade, renda familiar, condições de moradia, acesso a serviços de saúde que interferem positiva ou negativamente no *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) citados por pessoas idosas com HAS; 3) identificar as percepções de pessoas idosas em relação aos enfrentamentos no *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) de HAS em consonância aos fatores psicossociais em tempos de pandemia de Covid-19.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualização geral da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

HAS é um grave problema de saúde pública e uma doença crônica que merece destaque na vida do adulto e da pessoa idosa. Considerando que envelhecimento populacional só será considerado como conquista social, na atualidade, tanto mundial como nacionalmente, quando houver qualidade de vida entre a população que envelhece e que esse fato está relacionado entre outros pontos, com a presença de cronicidade, considerando também que a doença crônica, aqui no caso, a Hipertensão Arterial Sistêmica, traz inúmeros problemas que afetam a autonomia e independência da pessoa idosa, senão a morte precoce, e que parte das medidas de controle requerem mudanças relacionadas à precisão de um controle eficaz em saúde.

Há, então, a necessidade de identificar os aspectos psicossociais envolvidos no controle eficaz da HAS em idosos, visto que, a HAS é uma doença crônica que constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardio e cerebrovasculares e por consequente, a má qualidade de vida e até invalidez. Considera-se que essa doença é desencadeada por além dos fatores não modificáveis como a hereditariedade, de fatores predisponentes modificáveis (relacionados aos determinantes sociais) que refletem em: hábitos de vida, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alimentação desregulada, e controle ineficaz de medicamentos quando estes são essenciais no controle e regime terapêutico. Considerando também que os fatores modificáveis, os fatores psicossociais, são passíveis as condutas de saúde, traduz-se que a justificativa essencial desse trabalho se deve ao fato da própria necessidade da população em ter condições de empoderar-se de seu autocontrole e autoconhecimento em saúde, baseado na investigação principalmente de aspectos psicossociais que interferem nesse contexto.

2.2 Envelhecimento Populacional no Brasil e Doenças Crônicas

No Brasil o número de idosos é de, aproximadamente, 21 milhões e representa 13% da população, dado esse reiterando que o processo de envelhecimento é uma realidade mundial, a expectativa é quem em 2060, por exemplo, a população com mais de 60 anos

mais que dobre de tamanho e atinja 32% do total dos brasileiros (IBGE, 2018). O Ministério da Saúde entende que “o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias” (BRASIL, 2010, p. 39), o que inclui a cultura e o modo de viver.

Segundo Boechat e Rodrigues (2017) a maior expectativa de vida tem sido acompanhada por alterações nas causas de morbimortalidade, pois ocorrem mudanças geneticamente programadas que têm caráter desorganizador em relação à função de células, tecidos e órgãos, visto que essas alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em 2060, segundo estimativas, o Brasil terá mais idosos do que crianças, e a maior parte deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2018).

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas, e em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, têm início gradual, com prognóstico usualmente incerto, de longa ou indefinida duração, seu curso clínico muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades, necessitam de intervenções com o uso de tecnologias leves, leve/duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (Brasil, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), as doenças crônicas constituem um grande problema de saúde pública, correspondendo a 72% das causas de mortes, e no ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica com maior prevalência na população idosa, acometendo cerca de 50% das pessoas com 60 anos ou mais, o que pode ser justificado pelas alterações que ocorrem com o envelhecimento, nas propriedades vasculares da veia aorta, visto que, o enrijecimento da parede da aorta faz com que a velocidade da onda de pulso aumente e conseqüentemente contribui para a ocorrência da HAS nos idosos (Malachias et al. 2016).

As doenças crônicas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, além da perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (Brasil, 2013). Os determinantes sociais têm forte impacto na prevalência das doenças crônicas, pois as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos

bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, na maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (Brasil, 2013; Schmidt et al., 2011).

Sendo a meta principal do tratamento da hipertensão a manutenção dos níveis pressóricos tão próximos do normal quanto possível, torna-se necessário um controle ao longo da vida do portador. A adesão a regimes terapêuticos que são médicos e comportamentais, além das muitas exigências de mudanças de estilo de vida, fazem com que estes indivíduos vivam sob a pressão de ter de comer cuidadosamente, manterem-se fisicamente ativos, monitorizar frequentemente os seus níveis pressóricos, além de serem inevitavelmente confrontados com a possibilidade de complicações que debilitam e ameaçam vida.

O processo de envelhecimento é vivenciado pela população na zona rural como na zona urbana, entretanto, com maior evidência de pobreza, isolamento social, baixa escolaridade, residências em condições precárias, acesso ao transporte limitado, como também, maior dificuldade nos recursos sociais e nas instituições de saúde (Morais, 2008).

Nesse sentido, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui um problema frequente nesta população e possivelmente é o maior desafio que enfrentamos hoje para o controle adequado da hipertensão, visto que o tratamento adequado exige mudanças no estilo de vida, o uso contínuo de medicamentos, e educação continuada em saúde.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, tentando ao máximo, chegar ao singular de cada indivíduo e desta maneira, não impor olhares e fazeres que nada tenha haver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado, contudo, essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede (Malta, 2010).

Logo, cada serviço deve ser reformulado como um elemento fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (Malta, 2010). Dessa maneira, a formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado uma forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (Brasil 2013; Mendes, 2008).

Nesse sentido, em 30 de dezembro de 2010 foi lançada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

As RAS são formadas em arranjos organizativos constituídos por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, dentre esses, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (Brasil, 2017).

Sendo assim, a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais: 1) Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; 2) Fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (Brasil, 2014).

O modelo de atenção à saúde define a forma como a atenção é realizada na rede e como os diversos pontos se comunicam e se articulam. De acordo com as diretrizes para a implementação da RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no Sistema Único de Saúde (SUS), que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Ou seja, para a implantação da RAS exigiu-se uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas (Brasil, 2010a).

Em estudo realizado por Soares et al. (2012) dentre os pacientes que iniciam o tratamento para o controle da HAS, em torno de 16 a 50% abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso. Deste modo, mediante ao exposto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam e programem estratégias que motivem o hipertenso a continuar seu tratamento, farmacológico ou não, bem como interaja junto aos pacientes como equipe multiprofissional.

Tal cenário lembra que o modo como às pessoas fazem seus tratamentos (mudanças dietéticas, comportamentais, estilo de vida e, em especial, uso de medicamentos) está entre os grandes desafios no enfrentamento da HAS. O fato é que o tratamento apropriado pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou na associação de ambos, com base em evidências científicas e consensos de especialistas (Lessa et al. 2006).

Vários estudos têm apontado a enorme dificuldade vivida pelas pessoas com hipertensão para continuarem seguindo as recomendações médicas, com expressiva constância de abandono do tratamento. Estima-se que cerca de dois terços dos pacientes com Hipertensão Arterial (HA) não têm seus níveis pressóricos adequados, devido, em grande parte, ao seguimento incorreto do tratamento medicamentoso (Duarte, 2010).

Viver com a HAS atinge todos os aspectos do cotidiano, pois acaba caracterizando sucessivas alterações e estados de desequilíbrio que se relacionam tanto com alterações biológicas como com reajustamentos psicológicos e alterações do dia-a-dia. Assim sendo, trata-se de uma doença que impõe ao indivíduo e seus familiares uma pesada carga psicológica, que poderá tornar-se de difícil gestão, em alguns momentos de vida, acrescido do fato de que lidar com esta doença é diferente de outra doença crônica, porque é uma situação em que é o paciente que tem de ser capaz de auxiliar definitivamente o controle da situação metabólica.

Em se tratando do processo saúde-doença, de acordo com Canguilhem (2009), o mesmo indica que o estado patológico não é a ausência de uma norma, pois não existe vida sem normas de vida, e o estado patológico também é uma forma de se viver. Nessa concepção, o que é patológico então é uma “norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma” (p.145).

E a saúde seria, portanto, mais do que ser normal, é ser capaz de estar adaptado às exigências do meio, e ser capaz de criar e seguir novas normas de vida, já que “o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (p.188), nesse sentido a saúde pode ser idealizada como um sentimento de segurança na vida, um sentimento de que o ser por si mesmo não se impõe nenhum limite (Canguilhem, 2009).

Dentro desta perspectiva, é impossível julgar o normal e o patológico se este estiver limitado à vida fisiológica e vegetativa. Como exemplo é citado o astigmatismo, que poderia ser considerado normal em uma sociedade agrícola, mas patológico para alguém que estivesse na marinha ou na aviação, e esse mesmo exemplo pode ser atribuído a Hipertensão Arterial Sistêmica, pois em determinado meio essa condição de saúde pode não ser considerada uma doença, principalmente, quando o controle e/ou tratamento é feito de maneira adequada. Portanto, o patológico não possui uma existência em si, podendo apenas ser concebido numa relação (Canguilhem, 2009).

No cuidado a este público, o enfermeiro se destaca como o profissional responsável pelo cuidado integral ao acompanhá-lo sistematicamente. Desta maneira, ele poderá colaborar na minimização das barreiras ao tratamento anti-hipertensivo, por meio de orientações, incentivo, acolhimento, escuta qualificada, uso dos recursos disponíveis no serviço para complementar a assistência, valorização de suas dificuldades, medos e objeções ao tratamento (Guedes et al., 2011).

Em suma, o controle eficaz do tratamento da HAS é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de vida e menor risco de complicações cardiovasculares. Em decorrência, entende-se que manter a pressão arterial sistêmica sob controle constitui-se num indicador do cumprimento das prescrições recomendadas pela equipe de saúde. Diante dessa realidade, a equipe de saúde que trabalha diretamente com os pacientes portadores de HAS deve estar apta a fornecer orientações e assistência adequada referente ao tratamento da HAS, para que possibilite evitar complicações e o abandono do tratamento.

2.3 Determinantes Sociais da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Modelode Atenção as Doenças Crônicas

No ano de 2006, foi criado no Brasil, por Decreto Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Essa comissão define os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como sendo fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Rocha, 2015).

De modo geral, considera-se que os DSS são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais sucinta sobre os DSS, os quais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (Buss, 2007).

Essas definições têm como finalidade atacar as causas das doenças e das iniquidades em matéria de saúde, como também os mecanismos pelos quais as condições do contexto social afetam a saúde, que podem ser modificadas por ações específicas sobre os determinantes como renda, educação, ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde.

A CNDSS se baseia no conceito de saúde da OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”; e no princípio constitucional de reconhecer a saúde como “(...) direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988 p.118).

Dessa forma, os principais objetivos da CNDSS são: produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil; contribuir no desenvolvimento de políticas, planos, modelos e programas para a promoção da equidade em saúde; e mobilizar a sociedade civil e o governo para atuar sobre os DSS (Brasil, 2006).

O grande vínculo entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualdades em saúde. Esses fatores são os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo, no entanto, essa influência não é direta, mas ocorre através de determinantes mais específicos. O exemplo são as circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis que afetam a saúde no curso da vida, tornando a saúde do idoso ainda mais

susceptível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco, a exemplo, níveis de renda, escolaridade, profissão, sexo, gênero, local de moradia e outros fatores descritos como determinantes estruturais da saúde ou como fatores sociais determinantes das desigualdades na saúde (Geib, 2012).

Nesse sentido, as condições crônicas representam problemas de saúde que exigem gerenciamento contínuo, por parte de seus portadores, por um longo período. Abrangem um grupo extremamente amplo de agravos, que apresentam em comum a cronicidade e a necessidade de cuidados permanentes (OMS, 2003). Dentre eles, a HAS apresenta-se como uma enfermidade de grande relevância epidemiológica, por sua alta prevalência e por representar o principal fator de risco para doenças cardiovasculares.

Por sua relevância epidemiológica e social a HAS representa um importante problema de saúde pública, pois a HAS e suas comorbidades cardiovasculares têm um elevado custo social e financeiro, devido ao grande número de internações hospitalares e procedimentos altamente especializados, e ainda, como consequência, ocasiona o aumento de absenteísmo no trabalho e aposentadorias precoces e, principalmente, a fragilidade na qualidade de vida de seus portadores.

Mendes (2008) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Esse modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo.

No nível 1 do MACC, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macrodeterminantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Nesse nível se propõem as intervenções de Promoção da Saúde para a população total, realizadas por meio de ações intersetoriais (Brasil, 2013).

No nível 2 do MACC, opera-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (Brasil, 2013).

A partir do nível 3 do MACC, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida. Nele as condições crônicas são de baixo ou médio risco ou a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, mas existe também a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela atenção básica (Brasil, 2013).

No nível 4, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado (Brasil, 2013).

No nível 5, opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares (Brasil, 2013).

Devido a sua impossibilidade de cura, a cronicidade constitui-se num conceito biomédico, utilizado na classificação clínica dos agravos. Sob uma ótica sociológica, apresenta-se como uma concepção referente às condições de falta de saúde que podem ser tratadas, mas não curadas, e, por essa razão, passam a fazer parte da história de vida de seus portadores. Na sua maioria, manifestam sintomas periódicos ou contínuos, que repercutem em várias dimensões da vida de seus portadores (Silva, et al, 2013).

No entanto, a doença crônica não pode ser reduzida apenas aos sintomas físicos, de maneira padronizada, pois representam um processo subjetivo, segundo vivências de seus portadores, tipos de enfermidades e, ainda, mediado pela cultura dos mesmos. Deste modo, considerar a dimensão cultural do processo saúde-doença-cuidado é fundamental para que se tenha a abrangência suficiente para sua total compreensão. Isso porque existe uma emaranhada relação entre as crenças, valores, costumes que são desenvolvidos no cotidiano

pelas pessoas e a forma como elas se expressam nas situações de saúde e de doença (Silva, et al, 2013).

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a HAS não controlada continua como importante problema médico social. Apesar do reconhecimento da eficácia, efetividade e eficiência de várias medidas preventivas e de controle disponíveis, os agravos dessa doença provavelmente continuarão, por décadas, representando um dos maiores desafios sociais e de saúde (Silva, 2013).

O controle ineficaz ao tratamento anti-hipertensivo, assim como o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, é descrita como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS. Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25 a 50% estando fortemente associado aos baixos níveis socioeconômicos, a prescrição de esquemas terapêuticos complexos e a insatisfação com o serviço de saúde, fatores que prevalecem na população com HAS (Barreto, 2014).

Outra explicação para a elevada taxa de controle ineficaz é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento medicamentoso (Barreto, 2014), devido a falta de escolaridade ou as condições socioeconômicas. Entretanto, para que os profissionais de saúde possam atuar de maneira mais eficaz, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades dessa população, é necessário identificar os pacientes que não aderem ao tratamento, bem como suas características, ou seja, seus determinantes sociais de saúde e os motivos pelos quais isso ocorre.

Logo, nessa perspectiva da complexidade das doenças crônicas, ganham ênfase às ações educativas para o autocuidado, devendo a equipe de profissionais e especialmente o enfermeiro, apresentar conhecimentos acerca da fisiopatologia, nutrição, atividade física e cuidados específicos, dispor de habilidades, como saber ouvir, comunicar-se, liderar, avaliar e trabalhar em equipe, e ter atitudes, a exemplo, empatia, acolher, motivar, flexibilidade, criatividade e iniciativa, tudo isso voltados para a organização e planejamento de tais práticas (Santos, 2012).

Nesse sentido, torna-se necessário sensibilizar as pessoas com HAS de que precisam fazer alterações em seu estilo de vida, capacitá-los a problematizar sobre sua condição, a não se acomodar e fazê-los acreditar que podem mudar sua realidade, apesar dos

determinantes sociais que os cercam. Em suma, tais comportamentos de autocuidado são voltados para a atividade física, a alimentação saudável, a monitorização da pressão arterial, uso contínuo da medicação, a resolução de problemas, o enfrentamento saudável e a redução de riscos.

3 ARTIGO 1: DETERMINANTES SOCIAIS COMO FATORES MODIFICÁVEIS A ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE PESSOAS IDOSAS

RESUMO:

A adesão à terapia medicamentosa é compreendida como a extensão com a qual o comportamento do indivíduo pode contribuir para o controle eficaz do tratamento. O objetivo geral foi contextualizar os determinantes sociais como fatores modificáveis para a adesão ao tratamento em pessoas idosas hipertensas dentre a produção científica brasileira. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura com análise de 32 artigos, selecionados com base no afunilamento realizado pela análise do nível de evidência. Os resultados apontaram que dentre os determinantes sociais citados os que mais colaboram com a adesão ao tratamento foram: seguir práticas de atividades físicas e hábitos saudáveis, ser aposentado, ter renda familiar adequada aos gastos, escolaridade alta e ter acesso aos serviços de saúde. As dificuldades mais frequentes, citadas pelos artigos, foram: escolaridade baixa/sem letramento, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de acesso aos serviços de saúde, depressão/ansiedade/estresse, falta de memória. Conclui-se que as evidências sobre adesão terapêutica em idosos hipertensos estão inteiramente relacionadas aos determinantes sociais em saúde e que há dificuldades que precisam ser destacadas quanto a especificidade do Controle Eficaz ao tratamento de HAS. A percepção dos aspectos multidimensionais que envolvem o processo de envelhecimento necessita de atenção nas avaliações e intervenções que envolvem a saúde do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Hipertensão. Determinantes Sociais da Saúde.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes desafios para a saúde pública, sendo agravada por sua elevada prevalência e detecção quase sempre tardia (Nobre, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) aproximadamente 13 milhões de pessoas morrem antes dos 70 anos de idade, todos os anos,

apresentando como uma das principais causas as doenças cardiovasculares, sendo este dado mais prevalente nos países de média e de baixa renda (Silva, 2021).

A HAS acomete cerca de 36 milhões de brasileiros adultos (32,5%) e aproximadamente 60% de indivíduos idosos e é responsável por 50% da mortalidade mundial (9,4 milhões). Parte dos fatores de risco para a HAS podem ser modificáveis, considerando os seguintes: alimentação, sedentarismo, sobrepeso, hipercolesterolemia, tabagismo, etilismo, hipernatremia/hipocalemia. Os demais considerados como não-modificáveis podem ser detalhados como exemplo estresse psicossocial, prematuridade, baixo peso ao nascer, histórico familiar, doença renal crônica, envelhecimento, baixa renda, sexo masculino e apneia do sono (Melo, 2020; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Possivelmente existe uma correlação entre os determinantes sociais em saúde e a exposição ao risco cardiovascular. Deste modo, a manifestação da HAS não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida em que o indivíduo se encontra inserido (Salcedo-Barrientos, 2013). Os determinantes sociais do processo saúde-doença, são definidos como as condições sociais, ou fatores, em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem (Nobre, 2020).

Na perspectiva dos determinantes sociais encontram-se os fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde, que potencialmente podem ser alterados pelas ações baseadas em informação e, principalmente, pelas políticas públicas nas esferas sociais e da saúde, esses determinantes sociais englobam: características individuais; comportamento e estilos de vida; condições de vida e de trabalho; disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, e condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade (Nobre, 2020).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) afirma que a longevidade, na maioria das vezes, vem sendo acompanhada de alterações nas causas de morbimortalidade, na qual se verifica a maior ocorrência de doenças crônicas. Dentre essas, destaca-se a HAS, condição clínica multifatorial caracterizada quando são registrados valores sistematicamente maiores ou iguais a 140/90 mmHg no consultório, podendo levar a alterações funcionais de órgãos-alvo como o coração, o encéfalo, os rins e os vasos.

Nesse sentido, a HAS afeta de forma significativa e contínua a vida do paciente e após o diagnóstico, são necessárias mudanças no estilo de vida e inclusão de tratamento

medicamentoso para levar os valores da pressão arterial aos seus níveis normais e, assim, diminuir o risco cardiovascular (Silva, 2021).

A adesão ao tratamento a HAS pode ser compreendida como uma questão relacionada ao comportamento do indivíduo no seu autocuidado, e preza pelo uso dos medicamentos prescritos e controlados pelo médico, seguimento de uma dieta hipossódica, execução de mudanças no estilo de vida, como exemplos: praticar exercício físico regular, evitar sobrepeso e obesidade, não consumir álcool ou outras drogas, evitar estresse, todas as recomendações necessárias para se ter saúde (Aquino, 2017).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem sido considerada um grande desafio para o controle pressórico. Portanto, a adesão terapêutica torna-se um componente essencial no tratamento da HAS e vem sendo conceituada como a convergência comportamental entre a prescrição do profissional de saúde e os hábitos comportamentais do paciente (Silva, 2021). Não obstante, a adesão terapêutica é considerada um processo comportamental complexo fortemente influenciado pelo meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde, assistência médica, que abrange as dimensões biológica, psicológica, socioeconômica e cultural (Pinheiro, 2018).

Os bons resultados clínicos de uma terapia farmacológica dependem do seu uso na dose e período corretos, deste modo à adesão compromete a efetividade da terapia, impactando na qualidade de vida do paciente e nos gastos em saúde, seja do serviço público ou privado (Aquino, 2017). Em suma, a não adesão terapêutica e os fatores a ela relacionados sugerem atributos que podem auxiliar na definição de uma intervenção de maneira adequada e eficaz, diminuindo a vulnerabilidade consequente das condições de tratamento e controle da hipertensão ineficaz.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo contextualizar os determinantes sociais como fatores modificáveis para o *Controle Eficaz do Regime Terapêutico (adesão ao tratamento)* em pessoas idosas hipertensas dentre a produção científica brasileira.

Almeja-se identificar os fatores modificáveis relacionados aos determinantes sociais envolvidos na adesão terapêutica de pessoas idosas hipertensas. Considerando que esse grupo etário é classificado como o de pessoas idosas no Brasil e possui

especificidades que precisam ser discutidas como base assistencial para boas práticas em saúde.

MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa consiste em um estudo bibliográfico, com síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, além disso, aponta lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Mendes, 2008).

Para a elaboração da revisão integrativa foram utilizadas as seguintes etapas: 1) estabelecimento do objetivo da revisão integrativa; 2) estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados (Mendes, 2008). Para a realização da revisão integrativa, buscou-se responder as seguintes questões norteadoras em conformidade ao que se propõe: *Como tem sido reportado relação entre determinantes sociais e fatores modificáveis na adesão ao tratamento de hipertensão entre pessoas idosas no Brasil?*

Para a seleção dos artigos foram utilizadas duas bases de dados, a saber: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados para busca de artigos foram selecionados a partir de termos disponíveis no vocabulário controlado - *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS): 1. “hipertensão” and, “fatores psicossociais”; 2. “hipertensão” and “determinantes sociais” e 3. “hipertensão” and “adesão ao tratamento” and “idoso”, combinados entre si.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, mas que tivessem origem em dados brasileiros, relacionados a origem dos pesquisadores e origem da coleta de dados serem em serviços de saúde no Brasil; artigos publicados nos anos de 2016-2021.

Os critérios de exclusão foram: publicações não científicas, cartas, editoriais, artigos de revisão, dissertações, teses e artigos repetidos na busca.

A partir de se ter os critérios de inclusão e ter feito a busca, dos resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2016 a 2021; foi feita uma pré-análise dos artigos publicados cuja metodologia adotada permitisse obter evidências fortes (níveis 1, 2, 3, 4, 5 e 6). A avaliação do nível de evidência foi efetivada, por meio de estudos de Sousa (2010) que norteia a construção de revisões integrativas e classificam as evidências de acordo com os tipos de estudo, a saber: nível 1 – meta-análise de múltiplos estudos clínicos, controlados e randomizados; nível 2 – estudos com delineamento experimental; nível 3 – estudos quase-experimentais; nível 4 – estudos descritivos ou com abordagem qualitativa; nível 5 – relato de caso ou experiência; nível 6 – opiniões de especialistas.

Sendo assim, as buscas foram realizadas nas seguintes bases: LILACS, MEDLINE e BDENF que levou à identificação de 3.274 títulos potenciais para inclusão na revisão, sendo iniciada a seleção. Com base nos critérios acima supracitados, foram filtrados 26 artigos e em seguida foram selecionados de acordo com a temática, oito artigos para análise. Seguida de outra busca realizada a *posteriori* com os descritores “hipertensão” and “determinantes sociais” levou à identificação de 182 títulos potenciais para inclusão na revisão, sendo iniciada a seleção, após os critérios de inclusão, foram filtrados 19 artigos e logo em seguida foram selecionados de acordo com a temática, dos quais, apenas 12 estavam dentro dos critérios pré-estabelecidos.

Na última busca utilizou-se como descritores, “hipertensão” and “adesão ao tratamento” os quais geraram um potencial de 3.913 títulos para seleção, sendo necessário assim uma nova busca, desta vez acrescentando mais um DECS, logo, a busca foi feita utilizando os seguintes descritores: “hipertensão”, “adesão ao tratamento” and “idosos” que levou a identificação de 1605 títulos potenciais para inclusão na revisão, sendo iniciada a seleção, após os critérios de inclusão, foram filtrados 41 artigos e logo em seguida foram selecionados de acordo com a temática, dos quais, apenas 20 estavam dentro dos critérios estabelecidos. No entanto, após a leitura na íntegra de cada artigo selecionado, houve ainda a exclusão de quatro artigos, pois dois deles não dispunham de texto completo, um deles era uma dissertação e outro era uma tese, os quais fazem parte dos critérios de exclusão de referente artigo.

Busca 1: Hipertensão *and* Fatores Psicossociais
 Busca 2: Hipertensão *and* Determinantes Sociais
 Busca 3: Hipertensão *and* Adesão ao tratamento *and* idoso

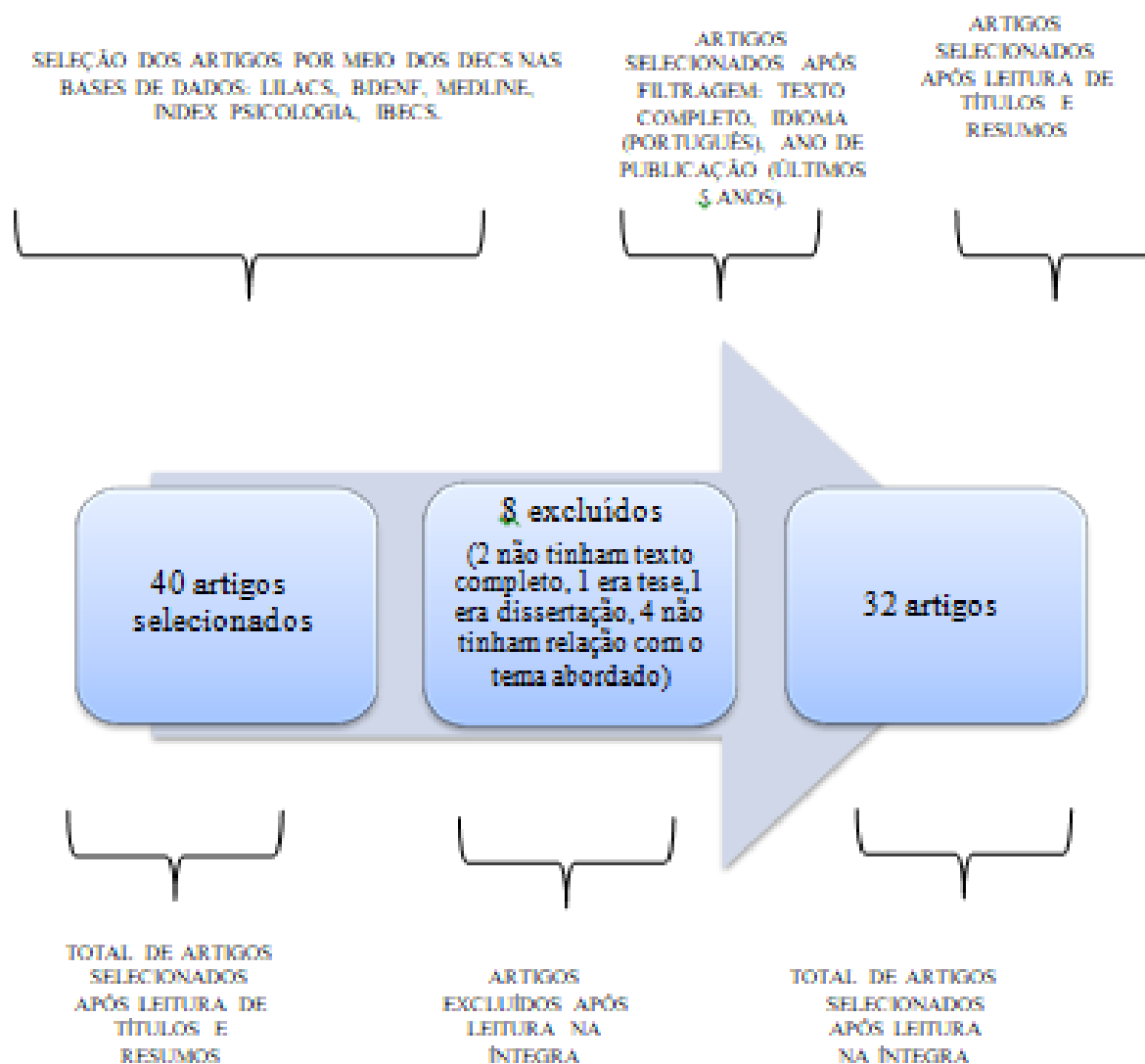


Figura 1 – Mapa de seleção de artigos por agrupamento de descritores nas bases de dados selecionadas (Campina Grande, Paraíba, 2021).

Nesse sentido, a revisão integrativa foi realizada com um número total de 32 artigos com base no afunilamento realizado pela análise do nível de evidência, que através de escore específico que julga como estudos relevantes os que obtiveram nível de evidência 4-5, (Sousa, 2010). Ver Quadro 01

QUADRO 1: Classificação do nível de evidência dos estudos selecionados, n=32.

ID do estudo/Autor(es)/ano	Título do estudo	Nível de evidência
E01/ Silva et al / 2021	Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ocorrência de Síndrome metabólica	4
E02 / Melo et al / 2020	Estresse psicossocial e hipertensão arterial sistêmica: representações sociais à luz dos estressores de Neuman	4
E03/ Neto et al/ 2020	Hipertensão arterial e diabetes mellitus entre trabalhadores da saúde: associação com hábitos de vida e estressores ocupacionais	4
E04/ Nobre et al / 2020	Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde	4
E05/ Poltronieri et al / 2020.	Não adesão medicamentosa nos pacientes transplantados cardíacos	4
E06/ Silva et al / 2020	Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos	4
E07/ Mata et al / 2020	Adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão	4
E08/ Firmo et al / 2019	Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do elsi-brasil	4
E09/ Sousa et al / 2019	Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes hipertensos não controlados atendidos em uma unidade de pronto atendimento	4
E10/ Andrade et al / 2019	Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos	4
E11/ Ferreira et al / 2019	Abandono ao tratamento anti-hipertensivo em idosos: conhecendo seus condicionantes	4
E12/ Barbosa et al / 2019	Fatores associados à adesão de adultos/idosos ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica	4
E13/ Gomes et al / 2019	Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos	4

E14/ Silva et al / 2018	Auto percepção do estado de saúde de hipertensos	4
E15/ Mariosa et al / 2018	Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil	5
E16/ Pinheiro et al / 2018	Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa	4
E17/ Falcão et al / 2018	Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos	4
E18/ Afonso et al / 2018	Educação em saúde e estratégias utilizadas para prevenção e controle da hipertensão arterial com Idosos	5
E19/ Resende et al / 2018	Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial	4
E20/ Sousa et al / 2018	Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso	4
E21/ Aquino et al / 2017	Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo	4
E22/ Ulbrich et al / 2017	Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico	4
E23/ Machado et al / 2017	Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão	4
E24/ Vieira et al / 2016	Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos	4
E25/ Marin et al / 2016	Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos	4
E26/ Massa et al / 2016	Fatores associados ao uso de anti-hipertensivos em idosos	4
E27/ Fernandes et al / 2016	Influência de fatores socioeconômicos e clínicos na qualidade de vida de hipertensos	4
E28/ Esteves et al / 2016	Educação em saúde com arte e expressividade: proposta para controle da hipertensão arterial em idosos	5
E29/ Albuquerque et al / 2016	Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica	4
E30/ Lopes et al / 2016	Controlo da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários: uma comparação entre nativos portugueses e imigrantes dos países africanos de língua oficial Portuguesa	4
E31/ Dias et al /	Desafios vivenciados por clientes com hipertensão	4

2016	arterial para adesão ao tratamento dietético	
E32/ Magalhães et al / 2016	Dificuldades na adesão ao tratamento nutricional por idosos hipertensos	4

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta a descrição do perfil bibliométrico dos artigos selecionados. Esse perfil inclui: título da publicação, autor, tipo de estudo, objetivo, revista, ano de publicação e síntese dos resultados. Foi preciso analisar os textos completos dos artigos, extraindo todas as informações necessárias para avaliação dos resultados. Os artigos analisados demonstraram que quase por unanimidade, com exceção de dois artigos, a maioria que trabalhou com pesquisa de campo, a maioria dos participantes dos estudos eram do sexo feminino, associando a presença da mulher idosa, na maioria dos estudos como majoritária em relação a presença masculina. Observou-se também, que dos determinantes sociais como fatores modificáveis que otimizam a adesão ao tratamento foram citados: uso de medicamentos, evitar estresse diário, acesso aos serviços, nível de escolaridade, prática de atividades físicas, manutenção de atividades físicas, evitar etilismo e tabagismo (Quadro 02).

QUADRO 02

Perfil bibliométrico dos artigos selecionados, relacionados aos determinantes sociais e fatores modificáveis a HAS, n=32, Janeiro a abril 2021, Brasil.

ARTIGOS	AUTOR/ANO/ PERIÓDICOS	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	SÍNTESE DOS RESULTADOS FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS E HAS
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI- HIPERTENSIVO E	Silva GF, Magalhães PSF, Silva Junior	Analisar a associação entre a adesão ao	Estudo analítico com corte transversal e	-74,2% do sexo feminino. -76,5% apresentavam aderência parcial ao

OCORRÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA	VR, Moreira TMM/2021/ Escola Anna Nery	tratamento anti-hipertensivo e a ocorrência de Síndrome Metabólica em pacientes hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde.	abordagem quantitativa, com 306 pacientes hipertensos da APS, Fortaleza-CE, BR.	tratamento anti-hipertensivo.
ESTRESSE PSICOSSOCIAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS À LUZ DOS ESTRESSORES DE NEUMAN	Melo LD, Shubo AFMF, Silva LAF, Rodrigues JS, Teixeira ILS, Neves GAD, Chagas DNP/ 2020/ Enfermagem em foco	Discutir as representações sociais do estresse psicossocial de hipertensos à luz dos estressores de Neuman.	Estudo qualitativo com uso da Teoria das Representações Sociais, com 30 participantes hipertensos. Realizado na APS, Minas Gerais, BR.	-16 (53,34%) do sexo feminino; -média de idade de 62,53 anos; -Estresses diários nas atividades laborais e relações cotidianas; -Enfrentamento dos estressores psicossociais e suas repercussões sobre a saúde cardiovascular.
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM HÁBITOS DE VIDA E ESTRESSORES OCUPACIONAIS	Neto EMN, Araújo TM, Sousa CC/2020/ Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	Avaliar a associação entre hábitos de vida e aspectos psicossociais do trabalho com a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), entre os trabalhadores da saúde.	Estudo epidemiológico com corte transversal e abordagem quantitativa. Selecionamos 3.084 participantes da Atenção Básica e dos serviços da Média Complexidade atuantes em cinco municípios da Bahia, BR	-HAS e DM entre os trabalhadores de saúde foi de 18,0% e 4,0%, respectivamente; - sexo e idade, o trabalho passivo associou-se à HAS e ao DM. -Hábito de fumar e o trabalho realizado sob condições psicossociais desfavoráveis (trabalho passivo) devem receber atenção especial na prevenção de HAS e DM.
HIPERTENSOS ASSISTIDOS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA: RISCO	Nobre ALCSDN, Lima CA, Oliveira MJL, Vieira DMA, Junior	Investigar a relação entre determinantes sociais de saúde e risco cardiovascular global em	Estudo seccional analítico, com abordagem quantitativa. Com pacientes do	- Satisfação com acesso aos serviços de saúde e ambiente físico saudável como determinantes sociais relacionados ao risco cardiovascular.

CARDIOVASCULAR E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	HM, Costa SM. / 2020. / Cadernos Saúde Coletiva	hipertensos.	Centro Hiperdia, no norte de Minas Gerais, BR.	
NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA NOS PACIENTES TRANSPLANTADOS CARDÍACOS	Poltronieri NVG, Moreira RSL, Schirmer J, Roza BA. / 2020. / Revista da Escola de Enfermagem da USP	Mensurar a não adesão medicamentosa nos pacientes pós-transplante cardíaco mediante o uso da Escala Basel para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossupressores e Escala Analógica Visual.	Coorte histórica de abordagem quantitativa. Com pacientes transplantados entre os anos 2009-2016, São Paulo, Brasil.	- Uso de Medicamentos Imunossupressores foi de 46,7% e adesão de 53,3% dos pacientes.
ADESÃO AO TRATAMENTO E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS HIPERTENSOS	Silva LM, Souza AC, Fhon JRS, Rodrigues RAP. / 2020. / Revista da escola de enfermagem da USP	Analisar a associação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a síndrome da fragilidade no idoso hipertenso.	Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativo, nos anos 2017 e março de 2018, uso da Escala de Edmonton Frail Scale.	- A média de idade foi de 80,94 anos, -Sexo feminino (72%). -Pressão arterial diastólica, a escolaridade e o tempo que o idoso fuma foram citados como fatores que apresentaram associação com a adesão ao tratamento;
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE ADULTOS AUTORREFERIDOS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO	Mata JGF, Filho MBG, Cesarino CB. / 2020. / Saúde e Pesquisa, Maringá (PR)	Identificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão.	Estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa, com 213 indivíduos autorreferidos com HAS, em cidade do interior de São Paulo, Brasil.	-A maioria dos participantes do estudo relatou não aderir ao tratamento medicamentoso (84%). -sexo feminino apresentou maior adesão; -As barreiras à adesão foram dificuldade para mudança de hábitos de vida, irregularidade às consultas médicas e aos horários das medicações.

<p>COMPORTAMENTOS EM SAÚDE E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: RESULTADOS DO ELSI-BRASIL</p>	<p>Firmo JOA, Peixoto SV, Filho AIL, Souza-Junior PRB, Andrade FB, Costa MFL, Mambrini JVM. / 2019. / Cadernos de saúde pública</p>	<p>Quantificar a contribuição de comportamentos em saúde selecionados (atividade física, alimentação e hábitos de beber e fumar) para o controle dos níveis pressóricos em amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais.</p>	<p>Estudo longitudinal com abordagem quantitativa, com 4.318 indivíduos com 50 anos ou mais, com hipertensão arterial e que faziam tratamento medicamentoso para ela.</p>	<p>-Os comportamentos em saúde selecionados foram: prática de atividade física, adoção de dieta saudável, não consumir de forma excessiva bebida alcoólica e nunca ter fumado. -A prevalência do controle da hipertensão foi de 50,7%. -Os comportamentos em saúde tiveram uma maior contribuição para o controle da hipertensão nas mulheres (66,3%) do que nos homens (36,2%).</p>
<p>CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PACIENTES HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>Sousa LS, Pessoa MSA, Oliveira RPP, Meneses ASS, Costa LM, Alves NR, Almeida TCF. / 2019. / Revista Nursing</p>	<p>Caracterizar os hipertensos não controlados atendidos em uma unidade de pronto atendimento na cidade de Campina Grande/PB.</p>	<p>Estudo descritivo, transversal e quantitativo, com 122 hipertensos durante junho e julho de 2017.</p>	<p>- idosos 56,6% com média de 61,25 anos - sexo feminino 65,6%, brancos 59%, casados 49,2%, aposentados 45,1%, baixa renda 1,1 e baixa escolaridade 6,35. - Apresentaram Diabetes Mellitus associado, sedentarismo e cefaleia como queixa principal.</p>
<p>DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM A ADESÃO À FARMACOTERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA EM IDOSOS</p>	<p>Andrade DDBC, Rodrigues CS, Novaes AG, Reis CMS, Novaes MRCG. / 2019. / Revisa</p>	<p>Analisar a relação entre adesão ao tratamento medicamentoso antihipertensivo e a depressão em idosos hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Brazlândia, Distrito Federal.</p>	<p>Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Foi realizada entrevista estruturada e aplicação de questionários em idosos hipertensos (n=261).</p>	<p>- 59% do sexo feminino, - 90% de baixa escolaridade, - 53% eram aposentados, - 88% era sedentário. -A prevalência de depressão foi de 37%. A razão de prevalência mostrou maior risco de depressão em pacientes com pressão arterial e circunferência abdominal inadequada, com sobrepeso e que não aderem ao tratamento.</p>

<p>ABANDONO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS: CONHECENDO SEUS CONDICIONANTES</p>	<p>Ferreira EA, Barros Júnior J, Alves DCSQ, Lavor JV, Duarte VC, Parnaíba FJB, Sousa MKA, Neta RIV. / 2019. / Revista de Enfermagem UFPE Online</p>	<p>Identificar os motivos que levam o cliente idoso com hipertensão arterial sistêmica a abandonar o tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Em uma Estratégia Saúde da Família, no município de Umari/CE.</p>	<p>- Os principais motivos que levaram os idosos com HAS a abandonarem seu tratamento foram o esquecimento em tomar a medicação, os efeitos colaterais dos medicamentos e, ainda, a ausência de sintomas como os principais fatores.</p>
<p>FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DE ADULTOS/IDOSOS AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>Barbosa MEM, Bertelli EVM, Aggio CM, Scolari GAS, Marcon SS, Carreira L. / 2019. / Rev enferm UERJ</p>	<p>Avaliar os fatores que influenciam na adesão de adultos/idosos ao tratamento de hipertensão arterial.</p>	<p>Pesquisa quantitativa transversal. Realizada em duas Unidades Básicas de Saúde, no interior do Paraná, Brasil.</p>	<p>- Participaram do estudo 257 hipertensos, a maioria mulheres. Destes, 91,05% foram aderentes ao tratamento. - Contribuíram para maior chance de adesão: idade superior a 60, aposentado e tempo diagnóstico superior a seis anos.</p>
<p>ADESÃO AO TRATAMENTO E HÁBITOS DE VIDA DE HIPERTENSOS</p>	<p>Gomes BRP, Paes GO, Traverso FA. / 2019. / Revista online de pesquisa cuidado é fundamental</p>	<p>Analisar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e hábitos de vida de hipertensos.</p>	<p>Estudo transversal com abordagem quantitativa. Realizado com 72 idosos hipertensos da ESF de Lacerdópolis-SC.</p>	<p>- 68,1% mulheres, idade média 68,4 anos. - 6,9% são aderentes, 19,4% tem provável adesão, 70,8% provável baixa adesão e 2,8% baixa adesão. - A prescrição de múltiplas doses interfere significativamente na adesão ao tratamento e no correto uso da medicação.</p>
<p>AUTO PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE HIPERTENSOS</p>	<p>Silva RASR, Sakon POR. / 2018. / Revista de Enfermagem UFPE online</p>	<p>Avaliar os determinantes da autoavaliação do estado de saúde de um grupo de hipertensos.</p>	<p>Estudo quantiquantitativo, de campo observacional. Com hipertensos com idade superior aos 40 anos e risco cardiovascular</p>	<p>- 19 (54%) participantes avaliaram sua saúde como ruim, sendo que 13 (54%) mulheres e 6 (55%) homens não estavam satisfeitas com o seu estado de saúde. - Os aspectos mencionados na autoavaliação de saúde foram 39% do domínio</p>

			estratificado, no município de Janaúba/MG, Brasil.	físico, 35% do domínio comportamental, 22% do domínio funcional e o domínio do bem-estar foi citado por 2%.
INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS NA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM DUAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA, BRASIL	Mariosa DF, Ferraz RRN, Silva ENS. / 2018. / Ciência e saúde coletiva.	Discutir a influência das condições socioambientais na incidência e variabilidade das taxas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em duas comunidades rurais situadas na Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé, Manaus, Amazonas.	Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, em duas das comunidades ribeirinhas mais densamente povoadas da RDS do Tupé: Livramento e Agrovila.	- Os resultados da análise sugerem que determinantes socioambientais, como a precariedade das condições gerais de vida, trabalho e de acesso aos mecanismos protetivos à saúde das comunidades investigadas são relevantes para explicar a variabilidade das taxas de incidência de HAS.
ADESÃO TERAPÊUTICA EM IDOSOS HIPERTENSOS: REVISÃO INTEGRATIVA	Pinheiro FM, Espírito Santo FH, Sousa RM, Silva J, Santana RF. / 2018. / Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	Identificar evidências sobre adesão terapêutica em idosos hipertensos.	Trata-se de uma revisão integrativa. Para análise, apresentam-se 20 publicações.	- Identificou-se que as evidências sobre adesão terapêutica em idosos hipertensos, estão relacionadas, ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis e ao estilo de vida da pessoa idosa.
ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM HOMENS IDOSOS	Falcão AS, Silva MGC, Rodrigues AF Junior, Moura SR, Silva FRS, Sousa ASJ, Silva ES, Carvalho ILN / 2018. / Revista Brasileira em Promoção da	Avaliar estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em homens idosos.	Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Desenvolvido com 254 homens idosos, no município de Floriano/Piauí, Brasil.	- A maioria dos homens idosos apresentou idade entre 70 e 79 anos. - Constatou-se a adesão parcial dos homens idosos avaliados, os quais utilizam alguns hábitos saudáveis como mecanismo compensatório para manter práticas que dificultam a adesão ao tratamento.

		Saúde			
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL COM IDOSOS	Afonso VLM, Garcia RR, Sinato CM, Nascimento RG, Carmos FS. / 2018. / Revista Baiana de Saúde Pública	Identificar o perfil de pressão arterial e descrever as estratégias utilizadas para rastreio e prevenção da HAS em idosos através de campanha educativa realizada em serviço público ambulatorial especializado em geriatria e gerontologia.	Relato de experiência com abordagem qualitativa em serviço público ambulatorial especializado em geriatria e gerontologia, no estado de São Pulo, Brasil.	- Participaram 421 idosos, sendo 76% mulheres e 24% homens, com média de idade de 72,5 anos. - 29,9% apresentaram valores da pressão arterial acima do limite, e 19% referiram estar sem acompanhamento médico. - Verificou-se que 13,3% dos idosos utilizam cinco ou mais medicamentos.	
DIFICULDADES DE IDOSOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	Resende AKM, Lira JAC, Prudêncio FA, Sousa LS, Brito JFP, Ribeiro JF, Cardoso HLA. / 2018. / Revista de Enfermagem UFPE Online	Analisar as dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.	Estudo qualitativo descritivo realizado com 17 idosos hipertensos em uma UBS em Teresina/Piauí, Brasil.	- Evidenciou-se que o esquecimento, o medo de interações medicamentosas e a falta de apoio familiar e social interferem na adesão à terapia medicamentosa.	
PARTICULARIDADES DE IDOSOS HIPERTENSOS À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	Sousa RC, Lucena ALR de, Nascimento WS, Ferreira TMC, Lima CLJ, Ferreira JDL, Matos SDO, Costa MML. / 2018. / Revista de Enfermagem UFPE Online	Verificar em idosos hipertensos as particularidades que envolvem a adesão ao tratamento medicamentoso.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com 20 idosos hipertensos, participantes de um Projeto de Extensão em João Pessoa/PB.	-Existe conhecimento dos idosos acerca da hipertensão e suas repercussões no organismo. - Há adesão ao tratamento perante o autocuidado e cuidados familiares.	

<p>FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS QUE UTILIZAM MEDICAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO</p>	<p>Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG/ 2017 / Revista Brasileira de geriatria e gerontologia</p>	<p>Analisar adesão ao tratamento farmacológico e fatores associados em idosos que utilizam pelo menos um medicamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Estudo transversal de base populacional, com abordagem quantitativa, realizada com idosos residentes em Juiz de Fora, MG, Brasil.</p>	<p>- A prevalência de adesão à terapia farmacológica foi de 47%. A amostra foi composta por 279 idosos, sendo a maioria de mulheres (69%), autodeclarados brancos (45,5%), com até 4 anos de escolaridade (76,48%).</p>
<p>ESCALA PARA O CUIDADO APOIADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO METODOLÓGICO</p>	<p>Ulbrich EM, Mantovani MF, Mattei AT, Mendes FRP. / 2017. / Revista Gaúcha de Enfermagem</p>	<p>Elaborar uma escala preditiva de determinantes para complicações em adultos com hipertensão e ações para o autocuidado apoiado na atenção primária</p>	<p>Pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, realizada no município de Curitiba-PR em 2013 e 2014, em duas etapas, a primeira mediante coleta de dados com 387 adultos com hipertensão, a segunda etapa foi à construção da escala a partir das variáveis estatisticamente significantes após a análise multivariada.</p>	<p>- A escala foi composta pelas variáveis: idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico, classificação de risco na unidade de saúde, medicamentos em uso e depressão, posteriormente por meio de revisão da literatura foram sugeridas ações para o autocuidado apoiado.</p>
<p>PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO</p>	<p>Machado ALG, Guedes IH, Costa KM, Borges FM, Silva AZ, Vieira NFC. / 2017. / Revista de Enfermagem UFPE Online</p>	<p>Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a adesão ao tratamento de idosos hipertensos.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo. Realizado em duas unidades básicas de saúde no município de Picos/Piauí, Brasil.</p>	<p>- Predomínio do sexo feminino (68,3%) e elevada frequência do nível 90 na escala de adesão, demonstrando que o esquecimento da medicação ainda representa grande obstáculo para os idosos.</p>

<p>PREVALÊNCIA REFERIDA, FATORES DE RISCO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS</p>	<p>Vieira CPB, Nascimento JJ, Barros SS, Luz MHBA, Valle ARMC. / 2016. / Cienc Cuid Saude</p>	<p>Identificar a prevalência referida de hipertensão arterial e os fatores de risco; e levantar as práticas de controle entre idosos adscritos a uma Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Realizado de maio a julho de 2014, com 126 idosos adscritos a uma ESF de Teresina, Piauí, Brasil.</p>	<p>- A idade média foi de 70 anos, maioria mulheres (69,8%), com ensino fundamental (58,8%) e baixa renda familiar (51,6%). - A prevalência referida de hipertensão arterial foi de 63,5%. A principal prática de controle referida foi o uso de medicamentos anti-hipertensivos, mas 16,2% com uso irregular.</p>
<p>PERCEPÇÃO DE HIPERTENSOS SOBRE A SUA NÃO ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS</p>	<p>Marin NS, Santos MF, Moro AS. / 2016. / Revista da escola de enfermagem da USP</p>	<p>Analisar a percepção do portador de hipertensão arterial sobre a sua não adesão ao tratamento medicamentoso.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo, com 13 participantes classificados como não aderente, em um ambulatório de cardiologia no interior paulista.</p>	<p>- Os dados apontam para contradições sobre o que é ser ou não aderente, a dificuldade de aderir ao uso dos medicamentos devido ao hábito de vida, que o esquecimento é compreendido como uma justificativa para a não adesão, além do uso de muitos medicamentos, presença de sinais e sintomas e mudanças na rotina diária.</p>
<p>FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ANTI-HIPERTENSIVOS EM IDOSOS</p>	<p>Massa KHC, Antunes JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Filho ADPC. / 2016. / Revista de Saúde Pública</p>	<p>Analisar o uso de medicamentos anti-hipertensivos em idosos e a associação com características socioeconômicas e comportamentais.</p>	<p>Estudo transversal seriado, com abordagem quantitativa realizado em 2000, 2006 e 2010 no município de São Paulo.</p>	<p>- Foi observado aumento do uso de anti-hipertensivo, de 48,7% em 2000 para 61,3% em 2006, chegando à 65,7% em 2010. A análise multinível indicou aumento significativo do uso de anti-hipertensivos, mesmo após controle pelas características socioeconômicas e comportamentais, tanto em 2006 como em 2010.</p>
<p>INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS NA</p>	<p>Fernandes DR, Rocha TPO, Santos EA, Neto JAF, Lima</p>	<p>Analisar a influência de fatores socioeconômicos e clínicos na</p>	<p>Estudo transversal e observacional de abordagem quantitativa, com</p>	<p>-Os resultados indicaram que os hipertensos do sexo feminino, idade > 60 anos, solteiros/separados/viúvos,</p>

<p>QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS</p>	<p>RA, Santana EEC. / 2016. / Revista Baiana de Saúde Pública</p>	<p>qualidade de vida de hipertensos atendidos em uma Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>502 hipertensos atendidos na ESF em São Luís, Maranhão, Brasil.</p>	<p>baixa escolaridade, aposentados que continuavam na ativa, baixa renda, níveis pressóricos não controlados, tempo diagnóstico > 10 anos, presença de diabetes, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e tabagismos apresentaram menores escores de qualidade de vida.</p>
<p>EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ARTE E EXPRESSIVIDADE: PROPOSTA PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS</p>	<p>Esteves JMM, Bento IC. / 2016. / Revista Baiana de Saúde Pública</p>	<p>Trabalhar a educação em saúde com recursos do campo da arte, para oferecer e desenvolver novas habilidades de autoconhecimento e construção de vivência em grupo e auxiliar na adesão às recomendações e orientações relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica.</p>	<p>Relato descritivo de experiência. Trabalhou-se com 18 idosos, usuários de uma UBS do Estado de Minas Gerais.</p>	<p>-Observou-se que o “fazer Arte” foi percebido pelos idosos positivamente com fortes emoções. -A Arte como um meio de enfrentamento e expressão não convencionais, pode interferir no corpo, mente e trazer resultados positivos para o tratamento de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial.</p>
<p>ADESÃO DE HIPERTENSOS DIABÉTICOS ANALFABETOS AO USO DE MEDICAMENTO A PARTIR DA PRESCRIÇÃO PICTOGRÁFICA</p>	<p>Albuquerque GSC, Nascimento B, Gracia DFK, Preisler L, Perna PO, Silva MJS. / 2016. / Trab. Educ. Saúde</p>	<p>Avaliar o impacto de prescrição pictórica na adesão ao tratamento.</p>	<p>Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 63 diabéticos e hipertensos do município de Colombo, no estado do Paraná.</p>	<p>- Como resultado, entre os analfabetos, observou-se a elevação da adesão de 60% para 93,33% em relação ao tratamento medicamentoso.</p>
<p>CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA</p>	<p>Lopes E, Alarcão V, Simões R, Fernandes M, Gómez V,</p>	<p>Comparar a frequência de controle nos hipertensos tratados e identificar</p>	<p>Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com hipertensos com</p>	<p>-Participaram 786 hipertensos tratados: 449 nativos e 337 imigrantes. Destes, 46% tinham a hipertensão controlada.</p>

<p>COMPARAÇÃO ENTRE NATIVOS PORTUGUESES E IMIGRANTES DOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA</p>	<p>Souto D, Nogueira P, Nicola PJ, Rocha E. / 2016. / Revista Científica da Ordem dos Médicos</p>	<p>características associadas à hipertensão tratada não controlada, entre nativos portugueses (caucasianos) e imigrantes dos PALOP (negros).</p>	<p>40-80 anos, da região de Lisboa, Portugal.</p>	<p>Nos nativos, o não controlo associou-se a: sexo masculino, menor grau de escolaridade, ida aos serviços de urgência e/ou enfermagem e não ida ao médico de família. Nos imigrantes, ser solteiro, recorrer ao farmacêutico, número de anos de doença e não adesão intencional à terapêutica.</p>
<p>DESAFIOS VIVENCIADOS POR CLIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ADESAO AO TRATAMENTO DIETÉTICO</p>	<p>Dias JAA, Oliveira RF, Castro ML, Nery FIG. / 2016. / Revista de Enfermagem UFPE Online</p>	<p>Descrever os desafios vivenciados por usuários com hipertensão arterial atendidos numa unidade de saúde da família para adesão ao tratamento dietético.</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, com 14 clientes em um município no interior da Bahia, Brasil.</p>	<p>- Dentre os pesquisados, 13 eram mulheres com 25 a 77 anos, nenhuma baixa escolaridade e baixa condição sócio econômica. A adesão do cliente com hipertensão arterial ao tratamento dietético envolve uma série de fatores, que identificados possibilitarão o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para um maior controle da doença e prevenção das suas complicações.</p>
<p>DIFICULDADES NA ADESAO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL POR IDOSOS HIPERTENSOS</p>	<p>Magalhães QVB, Cavalcante, JLP. / 2016. / Revista Kairós Gerontologia</p>	<p>Descrever as dificuldades interferentes na adesão ao tratamento nutricional de idosos hipertensos.</p>	<p>Revisão integrativa de artigos em português publicados de 2006 a 2013 no Brasil..</p>	<p>- A análise dos artigos sugere que as questões sobre as dificuldades de adesão ao tratamento nutricional de idosos hipertensos têm intensa relação com fatores ambientais, emocionais e sociais</p>

Dentre os determinantes sociais citados nos artigos analisados com relação aos que mais colaboram com a adesão ao tratamento estavam citados: seguir práticas de atividades físicas e hábitos saudáveis, ser aposentado, ter renda familiar adequada aos gastos, escolaridade alta e ter acesso aos serviços de saúde. As dificuldades mais frequentes,

citadas pelos artigos, foram: escolaridade baixa/sem letramento, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de acesso aos serviços de saúde, depressão/ansiedade/estresse, falta de memória.

Segundo Andrade (2019) a não adesão ao tratamento tem consequências importantes a exemplo de maior risco de complicações cardiovasculares e hospitalizações, além do impacto no custo associado à saúde.

Nesse sentido, a Tabela 01 apresenta os determinantes psicossociais que colaboram e que dificultam com a adesão ao tratamento da hipertensão de acordo com a revisão integrativa de 32 artigos analisados.

Tabela 1

Identificação dos determinantes psicossociais que colaboram e dificulta com a adesão o tratamento e dos determinantes psicossociais que dificultam esse processo de acordo com a revisão integrativa, junho 2021, n=32.

DETERMINANTES QUE COLABORAM COM A ADESÃO		DETERMINANTES QUE DIFICULTAM A ADESÃO	
Determinantes/citados pelos artigos	n(%)	Determinantes/citados pelos artigos	n(%)
Renda familiar alta	4(12,5%)	Renda familiar baixa	3(9,4%)
Escolaridade alta	4(12,5%)	Escolaridade baixa/sem letramento	11(34,4%)
Ter acesso a serviços de saúde	4(12,5%)	Falta de acesso aos serviços de saúde	7(21,9%)
Ser aposentado	5(15,6%)	Não ter renda fixa/aposentadoria/pensão	2(6,2%)
Ter moradia própria	2(6,2%)	Custo com o tratamento	2(6,2%)
Ter religião definida	1(3,1%)	Depressão/ansiedade/estress e	5(15,6%)
Não se estressar	2(6,2%)	Sedentarismo	3(9,4%)

Não fumar	2(6,2%)	Fumar	2(6,2%)
Não ingerir bebida alcoólica	2(6,2%)	Beber	2(6,2%)
Manter hábitos de vida saudável	6(18,8%)	Não aceitar o tratamento/regime	3(9,4%)
Seguir dieta	4(12,5%)	Esquecimento/falta de memória	5(15,6%)
Seguir Prática de atividades físicas regulares	6(18,8%)	Efeitos colaterais dos medicamentos	7(21,9%)

DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento medicamentoso é definida como o nível de concordância entre o comportamento do indivíduo e as orientações dos profissionais da saúde (Mata, 2020). Essa adesão pode ainda ser definida como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa, gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e no controle da doença, sendo vista assim, como um fenômeno multidimensional (Afonso, 2018).

Vários são os fatores que afetam na adesão ao tratamento os quais poderão ser citados como modificáveis e não modificáveis, a exemplo de: idade, sexo, etnia, nível de escolaridade, nível econômico, maior quantidade de medicamentos prescritos, esquema terapêutico complexo, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação com o profissional de saúde, característica assintomática da doença e a sua cronicidade (Silva, 2014).

A efetividade terapêutica e qualidade de vida do paciente dependem de diversos fatores que são influenciados na adesão ao tratamento. Classificam-se em externos e internos, os fatores relacionados à adesão. Os externos que são aqueles que são prescritos pelos profissionais de saúde, principalmente por médicos e se relacionam com: acesso aos medicamentos, característica da doença e do regime terapêutico, e os internos, são os fatores socioeconômicos e psicológicos que tem como *locus* o controle e a observância em crenças de saúde: os de ordem psicossociais, e ainda, fatores relacionais, abrangendo apoio social e relação profissional de saúde-paciente. (Andrade, 2019).

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos idosos é uma questão complexa que se baseia em quatro dimensões interdependentes que necessitam ser compreendidas sistemicamente: pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente (Borges, 2013).

Para manter o controle da hipertensão arterial torna-se necessário, além do regime terapêutica a ser seguido e a adesão ao mesmo, há o que se avaliar continuamente dos fatores de risco associados ao problema de saúde, no caso da hipertensão arterial. Estudos apontam a eficácia no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, sendo capaz de reduzir substancialmente os níveis pressóricos para o tratamento e o controle da pressão arterial, no entanto, o tratamento medicamentoso tem indicações precisas, e, portanto a adoção de práticas como monitoramento, dieta saudável e balanceada, com menos ingestão de sódio, e a adesão a prática de atividades físicas regulares, todos estão indicados para sucesso no controle terapêutico eficaz e adesão ao tratamento (Ferreira, 2019).

Estudo realizado por Ferreira et al. (2019) sobre o abandono ao tratamento anti-hipertensivo em idosos, realizado em uma Estratégia Saúde da Família no estado do Ceará com idosos cadastrados no programa HIPERDIA, destacou três principais dificuldades que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso para HAS de maneira eficaz, sendo, *1. esquecimento, 2. efeitos colaterais e 3. ausência de sintomas*. Em relação ao esquecimento, percebeu-se, que os pacientes não realizam o uso da medicação anti-hipertensiva ou faz seu uso de forma irregular por não se lembrar de tomar a medicação. Em se tratando dos efeitos colaterais a principal dificuldade que leva os pacientes ao abandono no tratamento da hipertensão arterial, são os problemas relacionados à ingestão de vários medicamentos que conseqüentemente levam aos efeitos colaterais, logo foi possível perceber que existe uma grande fragilidade na utilização dos medicamentos pelos idosos. Já a ausência de sintomas patológicos, é um fato bastante preocupante, pois, devido a ausência dos sintomas por longo período, a doença passa a ser tratada de forma inadequada ou até mesmo inexistente, e é aí que começam a surgir as complicações advindas da HAS.

De acordo com estudo realizado por Resende (2018), dentre as dificuldades dos idosos em aderir à terapêutica encontram-se: o fato da hipertensão arterial ser uma doença silenciosa e por isso afetar negativamente no tratamento, já que o idoso não sente nenhuma alteração no organismo acaba por não tomar o medicamento, há também o esquecimento e o medo de interação medicamentosa com outros medicamentos que o idoso já tome, os

idosos citam ainda a falta de uma rede de apoio familiar e social e as alterações no estado emocional, referem ainda, dificuldades na disponibilidade das medicações, no acesso ao posto de saúde, nos recursos financeiros e na relação profissional de saúde e paciente. Além disso, foi possível observar que os idosos têm conhecimento sobre os hábitos saudáveis para a qualidade de vida, no entanto, seguir essas recomendações ainda é um grande desafio.

A baixa escolaridade é um determinante social que influencia consideravelmente, na adesão ao tratamento medicamentoso, dado esse que vai de acordo com um estudo realizado por Machado (2016) no qual evidenciou que alguns idosos de baixa escolaridade, equivocaram-se no comando diário da ingestão de medicamentos diários, não sistematizando o uso do medicamento controlado nos horários recomendados, havendo esquecimentos e inapropriação do contínuo tratamento necessário para manutenção dos níveis pressóricos, ou duplicidade de tomadas, havendo riscos potenciais de agravamentos e problemas gerados pela ineficácia da manutenção do autocuidado doméstico.

Ressalta-se que a HAS atinge muitos indivíduos idosos, e essa doença é classificada como um sério problema de saúde pública devido ao risco cérebro e cardiovascular. A dificuldade da adesão ao tratamento é assunto essencial a ser debatido entre os profissionais de saúde, considerando a gravidade do aparecimento de complicações advindo com a idade do indivíduo idoso e da própria doença da HAS. Uma das estratégias consideradas pelo estudo, é que a otimização da adesão ao tratamento incide na participação de indivíduos idosos em atividades coletivas, como os grupos de convivência, por oferecerem atividades educativas que favorecem a expansão dos conhecimentos sobre os problemas de saúde inerentes à idade, o manejo das doenças, instigando assim, uma maior adesão para o tratamento e uma maior participação do indivíduo no seu processo saúde-doença (Sousa, 2018).

CONCLUSÃO

Os determinantes sociais estão no cotidiano do indivíduo idoso, e muitos desses quando não trabalhados com a população que envelhece e seus cuidados podem ser negligenciados e interferirem negativamente na adesão ao tratamento da HAS.

Os resultados desse estudo mostraram que a adesão ao tratamento exige a interação dos profissionais de saúde com indivíduos idosos, familiares, grupos sociais e a sociedade em geral, de forma a beneficiar a orientação e promoção de saúde desde o acolhimento ao serviço de saúde até a assistência mais complexa.

Identificou-se que as evidências sobre adesão terapêutica em idosos hipertensos estão inteiramente relacionadas aos determinantes sociais em saúde e que há dificuldades que precisam ser destacadas quanto a especificidade do Controle Eficaz ao tratamento de HAS, as quais discorrem em: esquecimento, efeitos colaterais e ausência de sintomas.

A percepção dos aspectos multidimensionais que envolvem o processo de envelhecimento necessita de atenção nas avaliações e intervenções que envolvem a saúde do idoso. Nesse sentido, esse estudo reflete sobre os determinantes sociais e a adesão ao tratamento da HAS em indivíduos idosos quando situa o meio social do indivíduo idoso e observa-se a necessidade de estratégias que envolvam acolhimento, educação em saúde e mudança de comportamento para favorecer um comportamento participativo que contribua para a adesão terapêutica de maneira adequada e principalmente a interação social, em grupos de convivência, que trabalhem promoção de saúde, de uma maneira permanente.

A realização da revisão integrativa possibilitou a compreensão da problemática, pois o estudo contribuiu para a evolução e elaboração de novas competências, que trabalhem com determinantes sociais buscando meios de adesão ao tratamento da HAS por indivíduos idosos, suas famílias e sociedade.

As limitações no estudo estiveram relacionadas com a diversidade de formas de tratar o assunto, reconhecendo que são vários os determinantes sociais que interferem na adesão do tratamento.

Sugere-se estudos posteriores para avaliação em produções internacionais que venham a subsidiar outras realidades que podem configurar em especificidades por regiões e questões geopolíticas plausíveis aos determinantes sociais para doenças crônicas, compreendendo que esse estudo se baseou em uma revisão integrativa na produção de estudos publicados e coletados no Brasil.

REFERÊNCIAS

Afonso, V. L. M.; Garcia, R. R.; Sinato, C. M.; Nascimento, R. G.; Carmo, F. S. (2018). Educação em saúde e estratégias utilizadas para prevenção e controle da hipertensão arterial com idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 42, n. 2, p. 368-381 abr./jun. DOI: 10.22278/2318-2660.

Andrade, D. D. B. C.; Rodrigues, C. S.; Novaes, A. G.; Reis, C. M. S.; Novaes, M. R. C. G. (2019). Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos. *REVISA*. v.8, n.3, p.305-15. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p305a315>.

Aquino, G. A.; Cruz, D. T.; Silvério, M. S.; Vieira, M. T.; Bastos, R. R.; Leite, I. C. G. (2017). Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro. v.20, n.1, p. 116-127. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>.

Borges, C. L.; Silva, M. J.; Clares, J. W. B.; Bessa, M. E. P.; Freitas, M. C. (2013). Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*. v.26, n.4º, p.318-22. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400004>.

Ferreira, E. A.; Barros Júnior, J.; Alves, D. C. S. Q.; Lavor, J. V.; Duarte, V. C.; Parnaíba, F. J. B.; Sousa, M. K. A.; Neta, R. I. V. (2019). Abandono ao tratamento anti-hipertensivo em idosos: conhecendo seus condicionantes. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife. v.13, n.1, p.118-25, jan. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a236249p118-125-2019>.

Machado, J. C.; Cotta, R. M. M.; Moreira, T. R.; Silva, L. S. (2016). Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. v.21, n.2, p.611-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20112014>.

Mata, J. G. F; Godoi Filho, M. B.; Cesarino, C. B. (2020). Adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão. *Saúde e Pesqui*. v.1, n.1, p.31-39. Doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p31-49>.

Melo, L. D.; Shubo, A. F. M. F.; Silva, L. A. F.; Rodrigues, J. S.; Teixeira, I. L. S.; Neves, G. A. D.; Chagas, D. N. P. (2020). Estresse psicossocial e hipertensão arterial sistêmica: representações sociais à luz dos estressores de Neuman. *Enferm. Foco*. v.11, n.3, p.98-104. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2894/895>.

Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. C. P.; Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. v.17, n.4, p.758-64. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Nobre, A. L. C. S. D.; Lima, C. A.; Oliveira, M. J. L.; Vieira, D. M. A.; Martelli Júnior, H.; Costa, S. M. (2020). Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde. *Cad Saúde Colet.* v.28, n.3, p.334-344. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030386>.

Pinheiro, F. M.; Espirito Santo, F. H.; Sousa, R. M.; Silva, J.; Santana, R. F. (2018). Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro- Oeste Mineiro.* Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.1938>.

Resende, A. K. M.; Lira, J. A. C.; Prudêncio, F. A.; Sousa, L. S.; Brito, J. F. P.; Ribeiro, J. F.; Cardoso, H. L. A. (2018). Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v.12, n.10, p.2546-5. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236078p2546-2554-2018>.

Salcedo-Barrientos, D. M.; Siqueira, E. F. G.; Egry, E. Y. (2013). Determinantes sociais e hipertensão arterial: um desafio na saúde coletiva. *Avances Enfermería.* v.31, n.1, p.72-86. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a08.pdf>.

Silva, G. F.; Magalhães, P. S. F.; Silva Junior, V. R.; Moreira, T. M. M. (2021). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ocorrência de Síndrome Metabólica. *Esc Anna Nery.* v.25, n.2, p.202-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0213>.

Silva, L. F. R. S.; Marino, J. M. R.; Guidoni, C. M.; Giroto, E. (2014). Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl. [Internet]* v.35, n.2, p.271-78. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/141/139>.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2016) VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.

Sousa, R. C.; Lucena, A. L. R. de; Nascimento, W. S.; Ferreira, T. M. C.; Lima, C. L. J.; Ferreira, J. D. L.; Matos, S. D. O.; Costa, M. M. L. (2018). Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v.12, n.1, p.216-23, jan. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23296p216-223-2018>.

Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, n. 1. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

4 ARTIGO 2: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS HIPERTENSAS EM RELAÇÃO AO CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPEUTICO (ADESAO AO TRATAMENTO) EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19

RESUMO:

A HAS constitui um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo assim um relevante problema de saúde pública. Nessa perspectiva, o desafio dos profissionais da saúde é desenvolver estratégias voltadas para o controle da HAS nessa situação do sistema de saúde pública, tendo em vista que esse público é apontado como grupo de risco em potencial ao agravamento pandêmico da Covid 19. Objetivou-se identificar as percepções de pessoas idosas em relação aos enfrentamentos no Controle Eficaz do Regime Terapêutico (*adesão ao tratamento*) de HAS em consonância aos fatores psicossociais em tempos de pandemia de Covid 19. Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório de tipo transversal e com abordagem quanti e qualitativa, realizado com 10 pessoas idosas que são hipertensas inscritas no Programa da Universidade Aberta a Maturidade. Os resultados apresentaram três categorias: 1) *Consciência dos fatores psicossociais é base no controle eficaz do regime terapêutico (adesão ao tratamento) entre pessoas idosas hipertensas;* 2) *As dificuldades enfrentadas da Pandemia de Covid 19 e o controle eficaz do regime terapêutico (adesão ao tratamento);* 3) *Estratégias de enfrentamento da Pandemia de Covid 19 por pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica* e apontaram que todos os participantes são conscientes de que o monitoramento é essencial para o Controle Eficaz do Regime Terapêutico (*adesão ao tratamento*) da HAS, bem como o autocuidado e as boas condições relacionadas aos determinantes sociais de saúde com o embasamento dos fatores psicossociais modificáveis. Verificou-se ainda, que a pandemia de Covid 19, alterou muito a rotina que os idosos tinham em relação a prática de atividades físicas, dieta adequada, inserção social e que os grupos de convivência foram de grande valia nesse período pandêmico. Conclui-se que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo deve ocorrer de maneira que o paciente entenda a respeito do seu processo saúde-doença, bem como, tenha conhecimento de sua patologia e suas possíveis complicações.

PALAVRAS-CHAVE. Envelhecimento. Hipertensão. Cooperação do Paciente. Educação Continuada. Coronavírus.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, que representa um grave problema de saúde pública, pois têm alto impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Na totalidade da emergência de saúde pública global provocada pela pandemia do novo coronavírus (Sars-Cov-2), torna-se ainda mais relevante a discussão sobre os múltiplos aspectos que envolve tal doença. Vale salientar que a primeira morte confirmada no Brasil provocada pelo novo coronavírus foi de um homem de 62 anos com hipertensão e diabetes, no Estado de São Paulo, Brasil (Almeida, 2021).

A HAS decorre do comprometimento dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores do sistema cardiovascular, que resultam em alterações na irrigação tecidual, o que constitui um fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo assim um relevante problema de saúde pública devido a alta morbidade e mortalidade (World, 2013). Mediante ao exposto, a hipertensão é considerada uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida em virtude da multiplicidade de consequências ocasionadas por ela nos indivíduos acometidos (Paschoa, 2021).

No Brasil, a HAS acomete 32,5% de indivíduos adultos e quando se trata de idosos atinge mais de 60%. A HAS é considerada fator de risco, estando frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, bem como associada às alterações metabólicas e ao aumento progressivo do risco de eventos cardiovasculares. Dados norte-americanos de 2015 revelaram que a HAS estava presente em 69% pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 77% de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP) (Brasil, 2016).

O baixo nível de controle da hipertensão arterial é, muitas vezes, reflexo da adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo (Barreto, 2015). O termo “adesão” é definido pela Organização Mundial de Saúde como, a medida em que o comportamento de um indivíduo, ao tomar medicação corretamente, seguir dieta e/ou possuir hábitos de vida saudáveis, corresponde às recomendações de profissionais de saúde (OMS, 2003). O nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo apresenta taxas entre 50 e 60% na população em geral, com registros de percentuais inferiores a 50% em idosos. A baixa adesão eleva a

mortalidade de hipertensos e subutiliza os recursos despendidos para o tratamento (Albuquerque, 2018).

O tratamento da hipertensão pode se tornar de difícil aceitação para o paciente, pois, a partir do diagnóstico, este geralmente deve passar por uma difícil transição em seus hábitos de vida, como abdicar de vícios (tabagismo e alcoolismo), perder peso, praticar exercícios, além da utilização de tratamento medicamentoso, com o uso de anti-hipertensivos (Meleis, 2010). O abandono do tratamento logo após seu início torna-se um fato comum, devido ao mal-estar gerado pelos efeitos colaterais dos medicamentos, ou porque o paciente acredita já estar curado, já que na maioria das vezes a hipertensão é assintomática. Desta forma, informações sobre a doença, principalmente relacionadas as consequências e importância da realização correta do tratamento indicado são fundamentais, pois só assim o paciente pode se tornar mais consciente e aderir melhor ao tratamento (Freitas Filho et al., 2016).

No Brasil, as sérias questões políticas que atingem diretamente a vida das pessoas são evidenciadas pelo desencontro de informação durante a pandemia de Covid 19, entre a União, Estado e municípios, que sofrem com inadequado desenvolvimento tecnológico e industrial, engloba-se ainda a questão de não existir um tratamento eficaz para a Covid 19, ausência de medicamentos e a incerteza da eficácia comprovada das vacinas. Nesse cenário, manter o controle da pressão arterial em padrões de normalidade é um desafio que exige adoção de um plano de ação eficiente diante das fragilidades do sistema de saúde e agravamento de uma concentração de renda e desigualdade social (Almeida, 2021).

Nessa perspectiva, o desafio dos profissionais da saúde é desenvolver estratégias para aproximar o paciente de ações que os habilite a desenvolver atitudes voltadas para o controle da HAS nessa situação de extrema sobrecarga do sistema de saúde pública, tendo em vista que tais atores sociais são apontados como grupo de risco em potencial, em que a incidência e a mortalidade os posicionam numa escala de risco ao agravamento pandêmico da Covid 19 (Almeida, 2021).

Sabe-se que as formas mais graves da Covid 19 acometem em maior potencial, dentre outros fatores, pessoas com idade acima de 60 anos e/ou com a presença de comorbidades como HAS, Diabetes Mellitus (DM), obesidade e cardiopatias. Nessa perspectiva, o enfermeiro, profissional atuante no processo, é inserido diretamente no

contexto em busca de soluções aos problemas, que antes da pandemia já eram complexos e desafiadores.

Portanto, esse estudo teve por objetivos identificar fatores psicossociais (hábitos de vida, grau de escolaridade, renda familiar, condições de moradia, acesso a serviços de saúde) que interferem no *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) citados por pessoas idosas com HAS; e identificar as percepções de pessoas idosas em relação aos enfrentamentos no *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) de HAS em consonância aos fatores psicossociais em tempos de pandemia de Covid 19.

MÉTODO

O presente estudo é descritivo e exploratório de tipo transversal e com abordagem quanti e qualitativa. Realizado com pessoas idosas com HAS inscritas no Programa da Universidade Aberta a Maturidade (UAMA/UEPB), no município de Campina Grande/PB, Brasil. Ressalta-se que a média de participação na UAMA em Campina Grande/PB, está aproximadamente consolidada em 50 indivíduos matriculados por semestre.

Atualmente o município possui uma população de mais de 400.000 habitantes, sendo que destes, cerca de 18.000 residem em zona rural (Departamento de Informática do SUS, 2016). O crescimento da população idosa na Paraíba vem acompanhando a tendência brasileira e mundial, representando, de acordo com o Censo 2010, 11,4% da população paraibana (IBGE, 2010).

A população em estudo compreendeu indivíduos idosos inscritos na UAMA, e que estavam em atividades *on line*, no período da coleta de dados que aconteceu entre os meses de março a maio de 2021. A escolha da amostra se deu seguindo as etapas: 1) contato inicial com a coordenação do Programa de Extensão Institucional Universidade Aberta a Maturidade, solicitando a apresentação do convite a participação da pesquisa, dentro de dois grupos de convívio *on line*, em tempos de pandemia de Covid 19; 2) do convite feito pela plataforma, 20 indivíduos se mostraram interessados em participar; 3) dos 20 participantes, foram estratificados uma amostra de 10 participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão preditos em projeto.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos idosos que auto referiram ser portadores de hipertensão arterial sistêmica, indivíduos com índices pressóricos autorreferidos com pressão sistólica entre 100-139 mmHg e pressão diastólica entre 60-89 mmHg, e indivíduos idosos que não apresentaram déficits cognitivos com base no Mini-Exame do Estado Mental. Critérios de exclusão: não houve critérios de exclusão.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada. Foi utilizado escalas validadas para avaliação funcional para indivíduos idosos, a citar: 1) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); 2) Adaptação de interrogatório da caderneta do idoso - versão 2017; um roteiro de perguntas a respeito do controle eficaz da HAS (adesão ao tratamento) e a percepção do idoso em relação a esse controle em tempos de pandemia de Covid 19. Devido a pandemia da Covid- 19, a entrevista aconteceu de maneira individual por videoconferência, e durou em média uma hora.

O método de análise dos dados quantitativos foi através do *Microsoft Excel*. A análise descritiva ocorreu por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais; média e desvio padrão. A análise dos dados qualitativos ocorreu por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, com uso da categorização temática. De acordo com essa autora, a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009).

Em todo o desenvolvimento da pesquisa foram garantidos os cuidados éticos de sigilo e confidencialidade, e ainda a garantia da participação voluntária e informada dos sujeitos de acordo com o que é preconizado pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. Aos sujeitos da pesquisa foi esclarecido que sua participação era voluntária, tendo o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Este estudo é parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo de Nº CAAE: 35501720.2.0000.5187 e tendo todos só emitido o consentimento de pesquisa, após elucidação de todo o projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 10 idosos, 9 eram do sexo feminino o equivalente a 90% da amostra e apenas 1 (10%) era do sexo masculino. As idades variaram entre 63 a 73 anos, sendo 60% (n=6) da amostra na faixa etária entre 60 e 69 anos, e os outros 40% (n=4) na faixa etária de 70 a 79 anos. Em relação ao local onde residem, 9 (90%) da amostra residem em zona urbana e apenas um idoso (10%) reside em zona rural. Em relação ao estado civil, o que predominou foi 40% (n=4) divorciados e 40% (n=4) viúvos, e apenas dois idosos (20%) referiram ser casados. Em se tratando da raça, cinco idosos (50%) se auto declararam brancos, quatro (40%) se auto declararam pardos e apenas um (10%) se auto declarou preta. Em relação a ocupação durante a maior parte da vida, a profissão predominante foi a de professora, estando presente em 50% da amostra, seguido de comerciante estando presente em 20% da amostra. Em relação a aposentadoria 7 idosos, ou seja, 70% relataram ser aposentados, 2, ou seja, 20% referiram não ter o benefício da aposentadoria e 1, equivalente a 10% referiu ser pensionista. De toda amostra, 100% referiram ser portador de HAS.

A manifestação da Hipertensão Arterial Sistêmica não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, encontra-se inserido (Salcedo-Barrientos, 2013). A Tabela 01 expõe os fatores psicossociais citados por pessoas idosas com HAS, como os que mais interferem no *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento).

Tabela 01

Distribuição dos fatores psicossociais citados por pessoas idosas com HAS, como os que mais interferem no *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento), n=10, Campina Grande/PB, 2021

Determinantes sociais da saúde dos idosos portadores de HAS (n=10)	Realiza diariamente/possui n(%)	Não consegue realizar diariamente/não possui n(%)
Alimentação Balanceada	8 (80%)	2 (20%)

Prática de exercícios físicos	5 (50%)	5 (50%)
Escolaridade	10 (100%)	-
Renda entre 3 a 10 salários mínimos	10 (100%)	-
Reside em local com saneamento básico	10 (100%)	-
Consume álcool	3 (30%)	7 (70%)
Consume tabaco ou é ex-fumante	3 (30%)	7 (70%)
Acesso aos serviços de saúde	10 (100%)	-
Acesso aos serviços de saúde na rede pública	7 (70%)	3(30%)
Acesso aos serviços de saúde através de plano de saúde	4(40%)	6(60%)

Perguntou-se aos participantes da pesquisa se eles costumavam monitorar os índices pressóricos semanais e se eles tinham equipamentos em domicílio como tensiômetros e estetoscópio para aferição doméstica, e por unanimidade, eles referiram que sim. Dos 10 participantes, 8 (80%) tinha tensiômetros de braço e 2 (20%) referiram ter tensiômetro de pulso. Nesse sentido, os dez participantes se encontravam conscientes de que o monitoramento é essencial também para o *Controle Eficaz do Regime Terapêutico* (adesão ao tratamento) da HAS.

O Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é um método de registro em que a PA (Pressão Arterial) é medida pela manhã e à noite, durante três ou cinco dias, de acordo com protocolo pré-estabelecido. Pode ser realizada pelo próprio paciente ou outra pessoa treinada, no domicílio ou no trabalho. A monitorização residencial da pressão arterial é distinta da auto medida, na Auto Medida da Pressão Arterial (AMPA), a aferição também é feita pelo paciente ou familiar e nas condições cotidianas, mas não utiliza nenhum protocolo específico, então se trata de medidas isoladas e não sistematizadas

(Lima, 2021). O acompanhamento através do MRPA possibilita ao profissional médico e/ou enfermeiro verificar o andamento do tratamento anti-hipertensivo de seus pacientes, sendo por este motivo uma importante etapa no seguimento do tratamento, uma vez que a grande maioria dos portadores de HAS não tem a PA controlada de forma efetiva, fator este que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento (Barroso, 2018). Essa estratégia de acompanhamento está voltada para o reconhecimento e adaptação à condição de saúde.

Com relação ainda ao monitoramento, foi perguntado o porquê que ele considerava importante o monitoramento doméstico dos índices pressóricos frente ao *controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao tratamento) da HAS? Todas as falas se posicionaram a favor de que é essencial a verificação doméstica quando se tem um problema de saúde como a HAS, que pode ser controlada com fatores de vida que podem influenciar a manutenção do mesmo, como dieta hipossódica, uso de medicação prescrita, atividade física regular, etc. O que pode ser relatado nas seguintes falas:

“Minha qualidade de vida é boa, porque faço meus controles, tenho boa dieta, atividades físicas e equilíbrio mental. Costumo viver como se fosse esse fosse o último. Olhe, eu faço tudo que posso para ter controle na minha pressão, não gosto quando ela tá alta, uma vez por semana, costumo pedir para que verifiquem minha pressão, pois saber como ela está é bom” (I. 1).

“Costumo sim, verificar sempre que eu posso. Não sou neurótica com isso, não. É porque, quem tem pressão alta, precisa saber se está tudo certo, principalmente, quando se tenta fazer tudo certinho para controlar esse problema de saúde. Minha saúde é o bem mais importante que tenho” (I.3).

“Eu vou lhe dizer, tenho tensiômetro, e não vou dizer que vejo muito a pressão. Mas quando estou com qualquer mal estar, ou aquela “dozinha” de cabeça, aí peço aqui em casa, para que alguém veja a pressão, porque me cuido, porque sei que tenho pressão alta e se der alta, tenho como fazer algo que

pode abaixar, então por isso tenho esse aparelho aqui em casa. É muito importante” (I.5).

A medida da pressão arterial é um elemento crucial para o estabelecimento do diagnóstico de hipertensão arterial e avaliação da eficácia do tratamento, devendo ser realizada em toda avaliação de saúde por pessoas adequadamente treinadas. Apesar de ser um procedimento simples e de fácil realização, a medida da pressão arterial, está sujeita a erros que podem estar relacionados ao equipamento, técnica, ambiente, paciente ou observador. Em relação ao paciente, os possíveis erros podem estar relacionados à medida após a atividade física, comer, fumar, ingestão de bebida alcoólica ou cafeína antes da medida, posição incorreta ou a posição do braço. Os erros relacionados ao observador estão ligados a posição incorreta dos olhos, ao arredondamento dos valores para dígitos terminados em zero ou cinco, a pressão excessiva do estetoscópio deformando a artéria, inflar excessivamente o manguito provocando dor ou deflacionar rapidamente, identificação incorreta dos sons sistólico e diastólico e a interação incorreta com o paciente. Estudos apontam a monitorização residencial da pressão arterial como um método mais apropriado do que a medida de consultório e tão boa quanto à monitorização ambulatorial da pressão arterial, pois promove diagnóstico preciso e melhor acompanhamento da hipertensão ao longo do tratamento (Silva, 2012).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão-2020 a medida da pressão arterial de consultório ainda é o método preferido para o diagnóstico e tratamento da hipertensão, porém a medida fora do consultório é indicada como uma possibilidade de elucidação do diagnóstico por afastar a hipertensão do avental branco. Infelizmente, a pandemia provocada pela Covid 19 acelerou o processo de telemedicina (teleconsulta, teleorientação e telemonitoramento), fato esse que acreditamos ser irreversível, portanto, no momento presente, o SUS já realiza teleorientação sobre a covid-19, e algumas operadoras de saúde suplementar já a adotaram. Nesse cenário, a AMPA surge como uma possibilidade crucial para contribuir no diagnóstico, no acompanhamento e no tratamento dos hipertensos (Barroso, 2020).

Nesse momento também foi questionado se eles tinham como medir, de forma online, ou nos dizer se foi verificado a pressão naquele dia da coleta de dados e qual o valor

da pressão arterial autorreferida e conferida no ambiente doméstico. Todos apresentaram pressão arterial que variou entre: 110x70 a 130x88.

Quanto a percepção que os participantes referiram a respeito do *controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao tratamento) e como isso tem se dado em tempos de pandemia do Covid 19, foram feitos vários questionamentos sobre: O que o Sr(a) faz para conseguir manter seus índices de pressão dentro dos padrões normais? Como o Sr(a) tem feito para manter os índices de pressão em tempos de pandemia de Covid-19? De acordo com as respostas emitidas foram possíveis elencar as seguintes categorias temáticas: ***Categoria 1*** – Consciência dos fatores psicossociais é base no *controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao tratamento) entre pessoas idosas hipertensas; ***Categoria 2*** – As dificuldades enfrentadas da Pandemia de Covid 19 e o *controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao tratamento); ***Categoria 3*** – Estratégias de enfrentamento da Pandemia de Covid 19 por pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica. As quais serão detalhadamente descritas.

Na ***Categoria 1 – Consciência dos fatores psicossociais como base no controle eficaz do regime terapêutico (adesão ao tratamento) entre pessoas idosas hipertensas***, verificou-se, quase que por unanimidade, que todos os indivíduos que tentam controlar sua pressão arterial, tiveram por base, boas condições relacionadas aos determinantes sociais de saúde, o que os dinamizou a afirmar que eles conseguiam controlar seus índices pressóricos com base na consciência ao autocuidado com embasamento dos fatores psicossociais modificáveis em saúde que estimulam a promoção de vida e conseqüentemente, o controle eficaz de hipertensão, mesmo em condições de presença de doença como no caso, de indivíduos idosos hipertensos. Conforme citado pelas falas:

“Minha qualidade de vida é boa, pra controlar a pressão eu tenho uma boa dieta, faço atividades físicas e tenho equilíbrio mental. Eu acredito que o fator fundamental para ter qualidade de vida é o conhecimento, principalmente nos controles da saúde”. (I.1)

“Eu acho que eu controlo a pressão alta, sim. A dieta que eu faço é não comer sal, não como gordura, pode ser a gordura

mais gostosa do mundo não como, isso é uma vez perdida”.
(I.3)

“Eu sou hipertensa desde os 30 anos de idade, sou de alto risco, mas sempre vou ao cardiologista pra cuidar direitinho. A minha qualidade de vida tinha tudo para ser melhor, porque eu acho que você tem que se cuidar mais tem que ter saúde tem que ter muita coisa, né? E eu sei de tudo isso que pode me proporcionar uma vida melhor, uma alimentação mais saudável, basta eu querer fazer. Eu sempre tento fazer tudo que posso para que a medição seja boa, e tomo todos os dias o remédio”. (I.7)

“Tomo remédio direitinho, não como sal, sempre faço caminhada. É assim que eu me cuido. Remédio 2 x ao dia, manhã e noite. A pressão sobe quando fica nervosa, eu tenho pânico do jaleco branco”, mas sempre me cuido... (I. 10)

Em se tratando de uma doença cuja origem é multifatorial, a HAS possui tratamento específico e necessita de autocuidado, consciência do monitoramento, e de avaliação constante, com ações para que o controle pressórico e sintomático da doença seja resolutivo e não seja ainda mais fonte de estresse na adesão ao tratamento e no controle eficaz ao tratamento. A adequada adesão ao tratamento pode retardar ou evitar complicações como as doenças cardiovasculares, mas tudo que se precisa fazer em relação ao autocuidado, também não pode ser fonte de maior estresse e sim do uso racional de conhecimento adequado e boa interação social entre equipe de saúde e usuário (Rêgo, 2018).

O tratamento farmacológico é percebido como o de maior adesão quando comparado a mudanças no estilo de vida, como por exemplo, adesão a uma alimentação balanceada e a prática regular de exercícios físicos. A adesão ao tratamento, do ponto de vista etimológico, significa aprovação e pressupõe relação e vínculo. Na prática clínica é tida como um processo dinâmico que envolve corresponsabilidade e tomada de decisão compartilhada e, quando voltada ao uso de medicamentos, refere-se ao consumo de acordo com a prescrição médica, corroborando com a participação do paciente no seu plano terapêutico (Moraes, 2019).

A não adesão à terapêutica, por consequência ocasiona em um controle inadequado da PA estando diretamente associada à hipertensão não controlada. São muitos os fatores que influenciam para a ocorrência desta condição, tais como: fatores socioeconômicos, idade, sexo, relação com equipe de saúde, complexidade do regime terapêutico, e ainda, aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais (Moraes, 2019). Diante disso, esse processo requer decisões compartilhadas e corresponsabilizações entre a pessoa que vive com a doença, a família, os profissionais, o serviço de saúde e a rede social de apoio (Resende, 2018).

Ressalta-se que um dos indivíduos idosos analisados, afirmou que tem consciência dos fatores psicossociais, mas que as vezes é um pouco teimoso e sai do regime. Mesmo assim, o mesmo confirmou em sua fala, a importância da consciência em prol do controle do regime terapêutico eficaz e adesão ao tratamento para se ter bom controle nos índices pressóricos.

A **Categoria 2** apresenta as **dificuldades enfrentadas da Pandemia de Covid 19 e o controle eficaz do regime terapêutico (adesão ao tratamento)**. Verifica-se pelas falas abaixo citadas, que a pandemia de Covid 19, alterou muito a rotina de envelhecimento saudável que indivíduos idosos tinham em relação a prática de atividades físicas, dieta adequada, inserção social. Percebeu-se também com as falas que todos os participantes da pesquisa referiram medo e ansiedade aumentados durante o primeiro ano da pandemia de Covid 19, o que de fato afetou seus controles de saúde, de um modo geral. A tais achados, argumenta-se com as seguintes falas:

“Tenho dificuldade em conseguir o medicamento e tomar vários ao mesmo tempo. Eu até faço acompanhamento nutricional, mas é ruim comer o que não gosta. Quando tenho raiva ou desgosto sinto uma dor no pescoço na parte de traz, ai sinto que é a pressão que aumenta. Sinto isso também quando sinto nervosismo, principalmente em relação a essa doença nova que a gente não conhece, esse coronavírus deixou a gente muito ansioso”. (I.2)

“Com a pandemia de Covid 19 eu fiquei cem por cento sem atividade física e sem laser, eu confesso eu não tenho

entusiasmo para fazer pilates em casa, nem nada. Quando eu fazia eu me sentia bem melhor. Eu faço bicicleta um dia e outro não, eu me tangencio e assumo minhas falhas, minha saúde piorou muito com essa pandemia, é muito difícil, não vou mentir pra vocês”... (I.3)

“A pandemia afetou minha saúde porque eu senti medo, não tive mais condição de reduzir o peso, ao contrário estou é mais gordinha, fiquei meio triste, tive preguiça... Dava medo da morte e sem querer preguiça de me auto cuidar, como eu sempre fiz... Mas agora, eu já tô começando a reagir”! (I.5)

Outras falas mencionaram que das dificuldades encontradas durante a pandemia de Covid 19, o estar só em domicílio, em isolamento até da própria família, direcionou alguns deles que antes tinham mais acesso a familiares que colaboravam com os cuidados domiciliares, ficaram mais restritos a convivência com essas pessoas, o que de fato, dificultou algumas ações de auxílio no autocuidado de idosos hipertensos, como citado na fala abaixo:

“Meu netinho não pode vim aqui, aí era ele que organizava comigo minha caixa de remédios, assim, eu sozinha, às vezes não tenho segurança se eu tomei aquele remédio naquele dia, pois penso que eu troco os medicamentos porque acho as caixas parecidas, o isolamento social da pandemia, fez com que eu me sentisse mais insegura com os meus controles de casa, sabe?”. (I.7)

Outro ponto verificado como dificuldade sentida na pandemia de Covid 19, foi um ano sem o indivíduo idoso quase não ter acesso às consultas de rotina ao médico. Isso foi percebido em duas falas, quando os indivíduos mencionaram que houve e há ainda, uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, primeiro por conta dos “lockdowns” (momentos em que tudo foi realmente fechado/confinamento), depois pelo anseio da população idosa em procurar serviços de saúde em tempos de pandemia que no âmbito de alguns, era se expor ao vírus, e como indivíduo idoso, havia riscos potenciais de contágio, o

que gerenciou muita ansiedade, medos e angústias, principalmente antes da vacinação, o que foi marcado nas duas falas abaixo:

“A minha pressão tem picos, se eu não dormir bem já é motivo para aumentar, e as vezes eu não tô dormindo preocupada com esse vírus. Assim, quando fecho meus olhos a noite e vou para cama dormir, passa um filme na minha cabeça, como se o mundo fosse acabar. Aí eu rezo, e entrego a Deus, senão não consigo mesmo dormir, acho que isso mexe com a minha pressão. Após a pandemia eu tive dificuldades para acompanhamento médico”. (I. 8)

“Eu passei um ano sem ir ao meu cardiologista, só fui depois da 2ª dose, mesmo assim, com duas máscaras e toda coberta. Eu tenho muito medo de pegar essa doença, ela mata os idosos. Ela mata mais quem tem diabetes e hipertensão, por isso, não posso vacilar. Agora, a gente fica no mato sem cachorro, pois por um lado tenho medo da pandemia e do outro não sei nem como tá a pressão. Sei não, isso me angustia”. (I.10).

Para Daniel e Veiga (2013, p. 332), *“a medicação prescrita, que deveria ser facilitadora do processo terapêutico, passa a ser um complicador para o tratamento, o que, muitas vezes, compromete o próprio seguimento da adesão e não garante a redução dos valores da PA”*. Portanto, a aceitação é a base do tratamento seja ele farmacológico ou não. Caso o paciente não aceite sua doença, começam a surgir vários fatores que colocam em risco a evolução dos bons resultados. Desta forma, perde-se o controle a doença, podendo levar o paciente a morbidade e a mortalidade, as consultas de rotina são essenciais para a boa adesão ao tratamento, até porque a HAS é um problema muitas vezes assintomática (Carneiro, 2014).

A expressão “adesão ao tratamento” refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a PA em níveis normais. Nesse sentido, a adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados

de assistência médica. A adesão é positiva, necessária e deveria ocorrer em 100% dos indivíduos hipertensos submetidos ao tratamento, no entanto, na prática clínica, observa-se uma grande descontinuidade da terapêutica medicamentosa, que chega a atingir de 16 a 50% de desistência no primeiro ano de tratamento (Daniel, 2013). O abandono ao tratamento logo após seu início é comum, pois a HAS na maioria das vezes é silenciosa e o paciente acredita já estar curado por não estar sentindo nenhuma alteração no organismo, portanto, informações sobre a doença, principalmente relacionadas as consequências e importância da realização correta do tratamento são fundamentais (Paschoa, 2021).

Além disso, durante o isolamento social advindo como recomendação sanitária em tempos de pandemia de Covid 19, foi e é um ato necessário para evitar contágio, mas tem sido também foco de reflexão quanto as necessidades de promoção, prevenção e controles de doenças crônicas entre indivíduos idosos que estão em quarentenas. Há muito o que se refletir sobre, as condições psicossociais nesse período em que o mundo presenciou e ainda presencia milhares de mortes por esse problema de saúde mundial. Tendo em vista que o medo paralisa as ações das pessoas, percebeu-se que muitos negligenciaram autocuidado, pois no início da pandemia de Covid 19, parecia uma era apocalíptica diante da quantidade de mortes e de agravamentos por um vírus desconhecido que abalou e ainda abala o mundo inteiro. As vacinas estão atuando em conjunto com ações sanitárias, e que é portador de doenças crônicas como a HAS, tem duplamente, receios com as manifestações clínicas advindas em tempos de pandemia.

Houve menção também de dificuldades relacionadas ao entendimento sobre a própria pandemia de Covid 19, o que confunde também a cognição de indivíduos idosos, como grupo especial de foco prioritário frente a disseminação de mortes ao grupo etário acima dos 60 anos de idade. A respeito dessa reflexão, foi verificado em uma das falas, a seguinte afirmativa:

“Eu penso que essa doença veio matar os velhos, tem muito velho no mundo, e mais agora, de um tempo para cá. Penso que essa doença foi posta para matar a gente, ainda bem que tem vacina agora, pois já estava ficando a pensar nisso, que foi uma doença para matar os velhos”. (I.6).

Considerando os fatores psicossociais, verifica-se que a adaptação as novas regras sociais perante a pandemia de Covid 19, as reportagens maciças em meios de comunicação em massa, tudo isso veio a transtornar a rotina diária de indivíduos idosos, que além de vacina, necessitou também de apoio doméstico para o enfrentamento de informações assustadoras, que deterioram ainda mais a vivência do envelhecer em tempos de pandemia de Covid 19. E associando essas afirmativas de dificuldades expressas em tempos de pandemia, acrescenta-se ainda que as políticas nacionais de saúde não parem em promover olhares para a pessoa idosa, suas necessidades psicossociais, além de biológicas, desde o acolhimento em saúde até as ordens de maior complexidade.

Na **Categoria 3**, foram vistas as **estratégias de enfrentamento da Pandemia de Covid 19 por pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica**, nesse agrupamento, as falas direcionaram a participação desses indivíduos de forma positiva, quando do uso das tecnologias em prol da informação e da inclusão social. O Programa UAMA/UEPB, que estava e ainda continua atuando de forma on line com grupos de idosos, tem sido nesse grupo de idosos uma estratégia útil em tempos de isolamento social. O que é afirmado de acordo com as falas abaixo:

“A cabeça boa que eu já tinha, agora é escancarada depois da UAMA, até minha família percebeu isso. Fui agraciada pela vida, inclusive pela UAMA” “depois da UAMA minha dieta é um pouco rigorosa, aprendi muito... Só verifico a pressão quando sinto alguma coisa. A UAMA ajudou muito com a saúde em relação a dieta, a observação diária com hábitos, essas coisas... “Como enfrentamento da pandemia eu assisto um filme, leio mais, reflito mais, respiro profundamente e vou seguindo dia após dia”. (I.1)

“Frequento a UAMA já faz dois anos, aprendi a mexer no celular e agora assisto aula por aqui, e isso me faz sentir bem, pois temos aula de saúde. Aprendo a me alimentar melhor, mudei a comida, retirei massas. A UAMA estimula a convivência social, nem que seja pelo celular, e aprendizagem para viver bem, e isso é muito bom, eu me sinto bem em fazer parte da UAMA, só tá ruim agora porque a gente

não pode ir pra aula como antes, tem que ser pelo celular ou pelo computador, mas mesmo assim ajuda muito”. (I.2)

O uso de tecnologias, assim como a inclusão digital de indivíduos idosos em tempos de pandemia foi algo importantíssimo para o enfrentamento da pandemia.

“A estratégia que eu tô buscando é ler e ter informações sobre tudo isso que vem acontecendo”. (I.6)

Como estratégias pra enfrentar a pandemia eu procuro fazer mensagens positivas para as pessoas, poesias que faço e mandar pelos grupos no celular, a UAMA me ajudou a usar essas tecnologias.” (I.8)

“Essa pandemia acabou com tudo, mas ainda bem que ainda tenho a UAMA. A UAMA é muito bom, são aulas que eu gostaria de ter tido na época da universidade, aprendi a me cuidar muito mais depois dessas aulas”... (I.9)

Outras estratégias citadas foram aos poucos e se adaptando ao uso das máscaras, do uso de álcool e das condutas sanitárias do dia-a-dia, e com isso, mesmo em isolamento social, foi possível aos poucos ir retornando a rotina normal. O que é dito nas falas abaixo:

“A pandemia cortou o convívio com muita gente, sinto tristeza pelas notícias, e no começo elas me assustavam mas depois me adequei ao isolamento bem, depois segui minha vida. Comecei a enfrentar a pandemia fazendo as coisas necessárias, como usar essa máscara em tudo. Ela já é meu vestuário. Assim, pude ir aos poucos, no mercado, evitando mais o medo de pegar, embora ainda tenha muito medo do coronavírus. Porque a pessoa fica muito estressado sem poder sair de casa, principalmente nós idosos, e isso estava afetando até minha pressão, eu ficava nervosa e presa dentro de casa, mas agora eu já tô melhor, já me acostumei. Penso que uma das estratégias para vencer a pandemia e a pressão foi a paciência e a tolerância. E agora que começou as aulas da UAMA pelo computador foi bem melhor”. (I.4)

O avanço da idade e a chegada da aposentadoria têm mobilizado os idosos a explorarem outros campos de desejos, anseios, projetos antes adormecidos, além de compartilharem suas experiências e saberes. Nos últimos anos, no Brasil, tem crescido o número de universidades e grupos de convivência da terceira idade, que promovem a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos idosos (Wichmann, 2013).

Atividades educacionais relacionadas ao autocuidado e o trabalho em grupos de pacientes envolvendo toda a equipe de saúde é sempre muito útil, pois propicia troca de informações, esclarece dúvidas e atenua ansiedades, isso faz com que o paciente se sinta cuidado e valorizado, o que aumenta a adesão ao regime terapêutico proposto pelo médico (Araújo et al., 2016).

Segundo Almeida et al. (2010), os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima qualidade de vida, senso de humor e promove sua inclusão social, o que corrobora com os dados supracitados. Neste sentido, os grupos de convivência são uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável.

Logo, a percepção de uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional do indivíduo (Wichmann, 2013).

CONCLUSÃO

O estímulo a adesão à terapêutica anti-hipertensiva deve ocorrer de maneira que o paciente perceba e entenda a respeito do seu processo saúde-doença e como o não seguimento do tratamento pode afetar o organismo. O profissional da saúde deve tentar despertar no paciente a importância do conhecimento de sua patologia, suas possíveis complicações e formas de prevenção e tratamento.

Além disso, é necessário reforçar a importância da alimentação saudável, redução ou eliminação do tabagismo e álcool e a prática de atividade física para controle da pressão arterial, bem como o uso continuado do medicamento. Os principais pontos abordados na coleta de dados dos hipertensos, segundo a percepção dos próprios idosos demonstraram dificuldades para *o controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao tratamento) durante a

pandemia da Covid 19, especialmente no quesito alimentação saudável e prática de atividade física.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, pôde-se perceber a importância de os idosos participarem de grupos de convivência, fazendo parte de uma rede de apoio valiosa, fato esse que foi evidenciado pelos relatos que os mesmos fizeram, ressaltando sentirem-se mais satisfeitos com a vida, principalmente em se tratando dos fatores relacionados com a questão da saúde. Sendo assim, as atividades proporcionadas pelo grupo e as aulas mesmo que remotas, auxiliaram muito para que os idosos pudessem obter um estilo de vida mais saudável e, conseqüentemente, melhorassem sua qualidade de vida, especialmente em se tratando do controle da HAS durante o enfrentamento da pandemia da Covid 19.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, N. L. S.; Oliveira, A. S. S.; Silva, J. M. Araújo, T. L. (2018). Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. V.71, n.6,p.3182-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0087>

Almeida, T. A.; Guimarães Neto, M. C. (2021) O HiperDia no contexto da pandemia da COVID-19. *J. of Multiprofessional Health Research*. 02:01 ISSN 2675-8849. Disponível em: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/10>

Almeida, E. A.; Madeira, G. D.; Arantes, P. M. M.; Alencar, M. A. (2010). Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. v.13, n.3, p.435-44. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbpg/v13n3/v13n3a10.pdf>.

Araújo, F. N. F. et al. (2016). A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. *Revista Pesquisa em Saúde*, v. 17, n. 2, p. 80-86. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6025/3645>

Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Barreto, M. C. Cremonese, I. Z. Janeiro, V. Matsuda, L. M. Marcon, S. S. (2015). Prevalence of non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors. *Rev Bras Enferm* [Internet]. V.68, n.1, p.60-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0060.pdf

Barroso, W. K. S.; Barbosa, E. D. (2018). A importância da monitorização residencial da pressão arterial na doença hipertensiva. *Rev Bras Hipertens.* v.25, n.4, p.127-9.

Barroso, W. K. S.; Rodrigues, C. I. S.; Bortolotto, L. A.; Mota-Gomes, M. A.; Brandão, A. A.; Feitosa, A. D. M. et al. (2020). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – *Arq Bras Cardiol.*; v.116, n.3, p.516-658. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

Brasil. Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2016) 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* V.107, n.3, p.1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

_____. (2010) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília.* (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

Carneiro, A. J. S. (2014). Hipertensão Arterial Sistêmica e as dificuldades para adesão ao tratamento. Trabalho de Conclusão de curso – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. p. 1-44. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6130.pdf>

Daniel, A. C. Q. G.; Veiga, E. V. (2013). Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *São Paulo-Einsten.* v.11, n. 3, p. 331-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/zrHsgLc6JDMb9QgkD7YPrhN/?format=pdf&lang=pt>

Departamento de Informática do SUS, (2016). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Freitas Filho, G. A. et al. (2016). Avaliação do nível de atividade física em indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica da unidade de estratégia de saúde da família do município de Acreúna – GO. In: ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 22., ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE PÓSGRADUAÇÃO, 16., e ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, 6. São José dos Campos, 2016. Anais..., Universidade do Vale do Paraíba, São José dos campos, p. 1-6. DOI:10.18066/revistaunivap.v22i40.1241

Lima, J. M.; Santos, A. C. S.; Rafael, J. P. S.; Galindo, V. L. A.; Sousa, M. N. A. (2021). Dificuldades no Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica Utilizando a Ferramenta de Monitoramento Residencial da Pressão Arterial. *Id on Line Rev. Mult. Edição eletrônica em* <http://idonline.emnuvens.com.br/id> Psic. v.15 n.54 p.448-456. DOI: 10.14295/idonline.v15i54.2999

Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company: New York. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Moraes, A. I. S.; Rizzo, M. S.; Oliveira, R. E. F.; Vaz, T.; Soares, T. M. C.; Jacon, J. C. (2019). Diagnósticos de enfermagem: disposição para controle da saúde melhorado e controle ineficaz da saúde em hipertensos. *Cuid. Enferm.* v.13, n.2, p.111-115. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/111.pdf>

Organização Mundial de Saúde-OMS. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action* [Internet]. Geneva; OMS. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

Paschoa, D. T. P.; Marim, F. A.; Rolim Filho, L. A. Frias, R. D. F. (2021). Adesão ao regime terapêutico de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em Jales, São Paulo. *Revista Univap.* v. 27, n. 53, jan./jul. 2021. ISSN 2237-1753. <http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v27i53.2505>.

Rêgo, A. S.; Haddad, M. C. F. L.; Salci, M. A.; Radovanovic, C. A. T. (2018) Accessibility to the treatment of hypertension in the family health strategy. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 39:e20180037. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180037>

Salcedo-Barrientos, D. M.; Siqueira, E. F. G.; Egry, E. Y. (2013). Determinantes sociais e hipertensão arterial: um desafio na saúde coletiva. *Avances Enfermería.* v.31, n.1, p.72-86. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a08.pdf>.

Silva, G. C. A.; Pierin, A. M. G. (2012). A monitorização residencial da pressão arterial e o controle de um grupo de hipertensos. *Rev Esc Enferm USP.* v.46, n.4, p.922-8. www.ee.usp.br/reeusp/

Wichmann, F. M. A.; Couto, A. N.; Areosa, S. V. C.; Montañés, M. C. M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro,* v.16, n.4, p.821-832. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>

World Health Organization - WHO. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis.* Geneva: Who Press. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo foi possível concluir que os determinantes sociais estão no cotidiano do indivíduo idoso, tanto como citada na produção científica analisada no artigo 01, como da percepção dos idososos fatores psicossociais mais importantes e que estão diretamente relacionados a hipertensão quais foram citados: alimentação adequada, prática de exercícios físicos, ter escolaridade e ter acesso aos serviços de saúde, muitos desses fatores quando não trabalhados com a população que envelhece podem ser negligenciados e conseqüentemente interferirem negativamente na adesão ao tratamento da HAS. Identificou-se ainda, que a adesão ao tratamento necessita da interação dos profissionais de saúde com indivíduos idosos, familiares, redes de apoio e a sociedade em geral, com o objetivo de beneficiar a orientação e promoção de saúde desde o acolhimento ao serviço de saúde até a assistência mais complexa.

Analisando os fatores psicossociais, verificou-se que a adaptação as novas regras sociais perante a pandemia de Covid 19, as reportagens em meios de comunicação em massa, tudo isso veio a transtornar a rotina diária de indivíduos idosos, e em muitos destes, veio a ocasionar medo, medo desse vírus novo e pouco conhecido, medo de se contaminar e medo de morrer. Tendo em vista que o medo paralisa as ações das pessoas, percebeu-se que muitos negligenciaram autocuidado, logo, foi possível perceber que esse público necessitou ainda mais de apoio para o enfrentamento de informações assustadoras, que deterioram a vivência do envelhecer em tempos de pandemia de Covid 19. Nesse sentido, faz-se necessário que as políticas nacionais de saúde não parem em promover olhares para a pessoa idosa, suas necessidades psicossociais, além de biológicas, desde o acolhimento em saúde até as ordens de maior complexidade.

Entre as limitações do estudo atual, pode-se apontar a coleta de dados pela internet, que pode não atingir todos os estratos populacionais (como pessoas de menor escolaridade), visto que nem todos têm acesso a esse meio de comunicação, a exclusão involuntária de alguns idosos devido à má conexão da rede e o monitoramento da pressão que foi realizado por eles mesmo, em casa, com tensiômetro próprio, sem ser verificado pelo entrevistador, tudo isso, infelizmente, devido a pandemia da Covid 19.

Dessa forma, diante da psicologia da saúde pode compreender a importância dos determinantes sociais da saúde e do *controle eficaz do regime terapêutico* (adesão ao

tratamento) da HAS, pois, a psicologia da saúde objetiva a promoção e a manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento do processo saúde-doença e à identificação dos fatores relacionados ao desenvolvimento de enfermidades.

REFERENCIAS

Alves, R. F. (2011) org. Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]. Campina Grande: EDUEPB, 345 p. ISBN 978-85-7879-192-6.

Alves, R.; Santos, G.; Ferreira, P.; Costa, A.; Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologizada saúde e a realidade brasileira. PSICOLOGIA,SAÚDE & DOENÇAS, 18(2), 545-555.

Barreto, M. S.; Reiners, A. A. O.; Marcon, S. S. (2014). Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem maio-jun.;22(3):484-90.

Barros, T. M. (2002). Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral. Aletheia [online], 15, 77-83.

Boechat, N. S.; Rodrigues, V. M. R. (2017). É possível envelhecer bem? Interdisciplinary Scientific Journal Pages, v. 4, n. 1, 57- 68.

Brasil. (1988). Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

_____. (2006). Decreto Presidencial, de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS [Internet]. Brasília; 2006.

_____. (2010) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

_____. (2010a) Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010a, Seção 1.

_____. (2013) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 28p.

_____. (2014) Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

_____. (2016) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde. p.52.

_____. (2017) Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buss, P. M, Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva*.17(1):77-93.

Calegari, D. P.; Goldmeier, S.; Moraes, M. A.; Souza, E. N. (2012). Diagnósticos de enfermagem em pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório multiprofissional. *Rev Enferm UFSM, Set/Dez;2(3):610-618*.

Canguilhem, G. (2009). O normal e o patológico / Georges Canguilhem; tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Carrobles, J. A. (1993). Prólogo. In: M. A. Simón. *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp.15-18). Madrid: Ediciones Pirámide.

CIPE®. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Trad.* Garcia, TRorg. Porto Alegre: Artmed.

Duarte, M. T. C., Cyrino A. P., Cerqueira A. T. A. R., Nemes M. I. B., Iyda M., (2010) *Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5.*

Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):123-133*.

Guedes, M. V. C, Araujo, T. L, Lopes, M. V. O, Silva, L. F, Freitas, M. C, Almeida, P. C. (2011) *Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Enferm, Brasília. v.64, n.6, p.1038-42.*

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Dados Censo 2018 publicados na Folha de São Paulo.*

Leão e Silva, L. O.; Soares, M. M.; Oliveira, M. A.; Rodriguez, S. M.; Machado, C. J.; Dias, C. A. (2013) "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n1, p.227-242.*

Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J, Filho, N. A, Aquino, E., Oliveira, M. M. C. (2006) Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq. bras. cardiol.* v.87, n.6, p.747-56.

Magnabosco, P. (2015). Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG prevalência e não adesão do tratamento medicamentoso. Ribeirão Preto. 119p.

Malachias, M. V. B; Ferreira Filho, S; Souza, W. K. S. B; Ribeiro, J. M; Miranda, R. D; Jardim,

T. S. V. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 11 - Hipertensão Arterial no Idoso. *Arq. Bras. Cardiol.* vol.107 no.3 supl.3 São Paulo.

Malta, D. C.; Merhy, E. E. (2010) O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: comunic., saúde, educ., Botucatu, SP*, v. 14, n. 34, p.593-605.

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), P. 807-817.

Matinez, K. R. (2016). Controle dos fatores de riscos na hipertensão arterial em uma unidade de saúde no município de Coruripe – Alagoas: Plano de Ação. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/karina-rodriguez-martinez-fatores-risco-hipertensao.pdf>.

Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), P. 1-14.

Mendes, E. V. (2008) As redes de atenção à saúde. *Rev. Med. Minas Gerais*, [S.l.], v. 18, p. 3 (Suplemento 4).

Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., & Caballo, V.E. (2001). Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. In: B. Rangé (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.

Moraes, E. N.; Pereira, A. M. V. B.; Azevedo, R. S.; Moraes, F. L. (2018). Avaliação multidimensional do idoso. Curitiba secretaria de estado da saúde do Paraná. 113p.

Moraes, E. N. (2012) Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 98 p.: il.

Morais E. P, Rodrigues, R. A. P, Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 17(2): 374-83.

Organização Mundial de Saúde (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF) [online].

Pimenta, F. B.; Pinho, L.; Silveira, M. F. & Botelho, A. C. C. (2015) Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. L.], v. 20, n. 8, p.2489-2498.

Rocha, P. R; David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 49(1):129-135.

Santos L.; Torres, H. C. (2012). Práticas educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 [acesso 2013 Mai 30]; 21(3):574-80.

Schmidt, M. I. et al. (2011) *The Lancet*, London, v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949- 1.961.

Silva, F. M; Budó, M. L. D; Silviera, C. L; Badke, M. R; Beuter, M. (2013) HIPERTENSÃO: CONDIÇÃO DE NÃO DOENÇA – O SIGNIFICADO DA CRONICIDADE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Jan-Mar; 22(1):123-31.

Silva, L. O. L; Soares, M. M; Oliveira, M. A; Rodrigues, S. M; Machado, C. J; Dias, C. A. (2013). “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 23(1):227-42.

Silva, L. O. L.; Dias, C. A.; Rodrigues, S. M.; Soares, M. M.; Oliveira, M. A.; Machado, C. J. (2013) Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cad. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.121-128.

Soares, M. M, Leão e Silva, L. O, Dias, C. A, Rodrigues, S. M, Machado, C. J. (2012) Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm*. v.17, n.1, p.144-50.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2016) VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3.

Vasconcelos, F. F.; Araújo, T. L.; Moreira, T. M. M.; Lopes, M. V. O. (2007). Associação entrediagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos. *Acta Paul Enferm*, 20(3):326-32

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“FATORES PSICOSSOCIAIS AO CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS IDOSAS HIPERTENSAS”**. Declaro ser esclarecido(a) e estar de acordo com os seguintes pontos:

O Trabalho **“FATORES PSICOSSOCIAIS AO CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS IDOSAS HIPERTENSAS”** terá como objetivo geral: Analisar os fatores psicossociais envolvidos no Controle Eficaz do Regime Terapêutico relacionado em pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica; e por objetivos específicos: Traçar o perfil sócio demográfico e de saúde de pessoas idosas com HAS; Identificar os fatores psicossociais (hábitos de vida, grau de escolaridade, renda familiar, condições de moradia, acesso a serviços de saúde) que interferem no Controle Eficaz do Regime Terapêutico relacionado à hipertensão entre pessoas idosas; Verificar se há associações entre os fatores psicossociais e características sociodemográficas no Controle Eficaz do Regime Terapêutico em pessoas idosas.

A justificativa do trabalho está baseada na necessidade de identificar os aspectos psicossociais envolvidos no controle eficaz da HAS em idosos, visto que, a HAS é uma doença crônica que constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardio e cerebrovasculares e por consequente, a má qualidade de vida e até invalidez. Considera-se que essa doença é desencadeada por além dos fatores não modificáveis como a hereditariedade, de fatores predisponentes modificáveis (relacionados aos aspectos psicossociais) que refletem em: hábitos de vida, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alimentação desregulada, e controle ineficaz de medicamentos quando estes são essenciais no controle e regime terapêutico. Considerando também que os fatores modificáveis são passíveis as condutas de saúde, traduz-se que a justificativa essencial desse trabalho se deve ao fato da própria necessidade da população em ter condições de empoderar-se de seu

autocontrole e autoconhecimento em saúde, baseado na investigação principalmente de aspectos psicossociais que interferem nesse contexto.

Como participante, contribuirei com a pesquisa supracitada, de maneira voluntária podendo desistir a qualquer momento não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mim. A pesquisa será realizada por meio do método descritivo e exploratório do tipo transversal e com abordagem mista. A população do estudo compreenderá todos os idosos matriculados nas UAMA dos municípios de Campina Grande e Lagoa Seca, sendo a amostra estratificada por idosos hipertensos que façam o controle da sua patologia. A coleta de dados se dará por meio de entrevista que será subsidiada por um instrumento semiestruturado composto de escalas já validadas. A análise dos dados quantitativos será por meio do Software Estatístico R. E os dados qualitativos serão por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Em todo o desenvolvimento da pesquisa serão garantidos os cuidados éticos preconizados, conforme a Resolução CNS 510/16/ CNS/MS.

O pesquisador responsável garante que o desenvolvimento da pesquisa acontecerá de forma confidencial, garantindo o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a minha privacidade e anonimato como participante, por meio de um sistema de classificação através de números. O mesmo afirma que a participação nessa pesquisa não gerará ônus financeiro como participante voluntário deste projeto científico. O pesquisador ainda acrescenta que se acaso, em algum momento da pesquisa, eu queira desistir e não dar continuidade a seu prosseguimento, poderei fazê-lo sem prejuízos. E como toda pesquisa pode gerar danos, nem que sejam mínimos, à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano participante. Quanto à origem psicológica, intelectual; emocional, pode causar: Possibilidade de constrangimento ao responder a entrevista semi estruturada, e caso isso aconteça é importante destacar que o idoso ficará totalmente livre para recusar-se a responder quaisquer questões que lhes constriam, dando-lhes total apoio aos sentimentos evocados; também poderá surgir, Desconforto; Medo; Vergonha; Estresse; no entanto a entrevista se dará de forma bastante dinâmica e educativa, a fim de deixar o idoso mais a vontade com os temas abordados, poderá ainda surgir o Cansaço ao responder às perguntas; Quebra de sigilo e Quebra de anonimato, caso surja o cansaço no decorrer da aplicação da entrevista, haverá a paralisação da aplicação dos instrumentos, com posterior reagendamento para dia e local

conveniente, principalmente, por saber que os instrumentos a serem aplicados, são bem extensos, já se tratando da quebra de sigilo e anonimato, os mesmos serão resguardados por meio de um sistema de classificação através de números, como é preconizado pela resolução 510/16 CNS/MS quando se trata de pesquisa envolvendo seres humanos. No atual contexto de pandemia de Covid-19, haverá ainda o risco de contato pessoal, entretanto, as medidas protetivas a serem adotadas na entrevista serão, uso de máscaras, tanto no entrevistador como no idoso, uso de álcool a 70% nas mãos, distanciamento mínimo de 1 metro e haverá ainda a possibilidade de fazermos a entrevista online por meio de alguma plataforma virtual, tudo isso buscando evitar ao máximo o risco de contato pessoal.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, como participante, poderei contatar diretamente com a pesquisadora responsável, *Jonábia Alves Demetrio Amaral*, telefone (83) 988996044, email: jonabiaalves@hotmail.com ou ter suas dúvidas esclarecidas e liberdade de conversar com a orientadora *Fabiola de Araújo Leite Medeiros*, e ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, telefone (83) 3315.3373, situado a Avenida Baraúnas, 351, Bodocongó, CEP 58.109-753, Campina Grande, PB.

Estou ciente de minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento livre e esclarecido sobre todos os procedimentos envolvidos por ela, lidos e explicados até minha decisão em participar. Sendo assim, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Campina Grande, ____/____/____

Assinatura do(a) participante ou impressão dactiloscópica:

Pesquisador Responsável

Jonábia Alves Demetrio Amaral

Orientadora

Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A. DADOS SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS (DETERMINANTES SOCIAIS: idade, gênero, estado civil, raça, trabalho, renda familiar, condições de moradia)

1. Nome do Idoso: _____
2. Morador: () Zona rural () Zona Urbana
3. Idade: _____ anos
4. Gênero: () M () F
5. Estado Civil:
 - 5.1 Casado(a) ou vive com companheiro(a)
 - 5.2 Solteiro (a)
 - 5.3 Divorciado (a), separado (a) ou desquitado (a)
 - 5.4 Viúvo (a)
 - 5.5 NR
6. Raça:
 - 6.1 Branca
 - 6.2 Preta
 - 6.3 Mulata/cabocla/parda
 - 6.4 Indígena
 - 6.5 Amarela/oriental
 - 6.6 NN
7. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida? _____
Ainda exerce? () Sim () Não
8. O/A senhor/a é aposentado(a)? () Sim () não (NR)
9. O/A Senhor/a é pensionista? () Sim () não (NR)
10. O/A Senhor/a é proprietário de sua residência? () Sim () não (NR)
11. O/A senhor/a mora em ILPI? () Sim () não (NR)
12. O/A senhor/a é o principal responsável pelo sustento da sua família? () Sim () não (NR)
13. Com quem o/a senhor/a mora? () sozinho; () outros, quantos?
_____ conjuge/companheiro(a); _____ filho/s; entido/s; _____ neto/s;
_____ bisneto/s; _____ outro/s parente/s; _____ pessoa/s fora da família
14. Qual a renda familiar? R\$ _____ () (NR)
15. O senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples? () Sim () não (NR)
16. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou?
 - 16.1 () Nunca foi a escola
 - 16.2 () Curso de alfabetização
 - 16.3 () até o ___ano do primário (1ª - 4ª Série fundamental)
 - 16.4 () até o ___ano do ginásio (4ª - 8ª Série fundamental)
 - 16.5 () até o ___ano do científico, clássico, normal
 - 16.6 () até o ___ano do Curso Superior
 - 16.7 () curso superior completo
 - 16.8 () Pós-graduação completa
 - () NR

APÊNDICE C - D.3. INTERROGATÓRIO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL E OUTROS:

3.1 Sobre a HAS:

3.1.1 Portador de HAS? () Sim () Não (NR)

3.1.2 Medicamentos em uso: _____

3.1.3 Hoje o/a senhor/a fez uso de medicamentos para HAS? () Sim () Não (NR)

3.1.4 PA: _____x_____ (1ª medida)

_____x_____ (2ª medida)

_____x_____ (3ª medida)

3.1.5 Sua pressão sempre é essa ou aproximadamente essa? () Sim () Não (NR)

Se não, qual é a sua pressão em casa? _____x _____

3.1.6 O que o Sr/a faz para manter a sua pressão boa? Perguntar espontaneamente, sugerir apenas:

Atividade física, alimentação, uso de fumo, uso de álcool, inserção social, rede de apoio em serviços de saúde, consultas médica, imunização, busca por conhecimento?

Roteiro de Entrevista

1. O Sr. ou a Sra. considera que Controla seu Regime Terapêutico para HAS?
2. Quais medidas de controle o Sr. ou a Sra. realizam diariamente para ter controle sobre a HAS?
3. Qual a sua autopercepção do Controle Eficaz de Regime Terapêutico para HAS?
4. Quais os fatores que contribuem com o Controle Eficaz do Regime Terapêutico para HAS?
5. Quais os fatores que dificultam o Controle Eficaz do Regime Terapêutico para a HAS?
6. Depois do período de quarentena houve modificação do Controle Eficaz do Regime Terapêutico para a HAS?
7. Algo mais a acrescentar sobre o tema?

ANEXO B – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			Pontuação
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> < 60 a 74 anos ^a <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^b <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^c
AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ^d <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^e
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
COGNIÇÃO		7. Alguém familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
MOBILIDADE	Alcance, presença e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () 	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () • Internação recente, nos últimos 6 meses () 	<input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			Máximo 4 pts