

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO AUTOCUIDADO NA FARMACOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

Resumo: Objetivou-se discutir as representações sociais elaboradas por pessoas hipertensas sobre o autocuidado relacionado à farmacoterapia anti-hipertensiva. Investigação descritiva delineada na abordagem processual das Representações Sociais, realizada numa Unidade Básica de Saúde Mineira, Brasil. Coletaram-se dados de caracterização e entrevistas individuais em profundidade. Tratamento dos dados com apoio do SPSS e NVivo Pro-11. Os 40 participantes eram predominantemente mulheres e idosas. Foram duas categorias discursivas: 1) Descuidos cotidianos no autocuidado na terapia farmacológica e implicações ao prognóstico da hipertensão e; 2) Combinação de esforços terapêuticos e de ações de autocuidado no tratamento farmacológico anti-hipertensivo. Ressalta-se a necessidade de uma combinação de esforços terapêuticos e de ações de autocuidado no tratamento farmacológico anti-hipertensivo, as quais devem ser alvo de apoio pelos profissionais de enfermagem e de saúde no estímulo às atividades de autocuidado. Os descuidos devem ser priorizados na compensação parcial, total ou de apoio para as atividades de autocuidado.

Descritores: Enfermagem, Autocuidado, Tratamento Farmacológico, Hipertensão.

Social representations of self-care in antihypertensive pharmacotherapy

Abstract: The objective was to discuss the social representations elaborated by hypertensive people about self-care related to antihypertensive pharmacotherapy. Descriptive investigation outlined in the procedural approach of Social Representations, carried out in a Basic Health Unit in Minas Gerais, Brazil. Characterization data and individual in-depth interviews were collected. Treatment with SPSS and NVivo Pro-11. The 40 participants were predominantly women and elderly women. There were two discursive categories: 1) Daily carelessness in self-care in pharmacological therapy and implications for the prognosis of hypertension and; 2) Combination of therapeutic efforts and self-care actions in antihypertensive pharmacological treatment. The need for a combination of therapeutic efforts and self-care actions in anti-hypertensive pharmacological treatment is emphasized, which should be the target of support by nursing and health professionals in encouraging self-care activities. Carelessness should be prioritized in partial, total or support compensation for self-care activities.

Descritores: Nursing, Self Care, Drug Therapy, Hypertension.

Representaciones sociales del autocuidado en la farmacoterapia antihipertensiva

Resumen: El objetivo fue discutir las representaciones sociales elaboradas por personas hipertensas sobre el autocuidado relacionado con la farmacoterapia antihipertensiva. Investigación descriptiva perfilada en el enfoque procesal de Representaciones Sociales, realizada en una Unidad Básica de Salud en Minas Gerais, Brasil. Se recopilaron datos de caracterización y entrevistas individuales en profundidad. Tratamiento con SPSS y NVivo Pro-11. Los 40 participantes eran predominantemente mujeres y ancianas. Había dos categorías discursivas: 1) Descuido diario en el autocuidado en la terapia farmacológica e implicaciones para el pronóstico de la hipertensión y; 2) Combinación de esfuerzos terapéuticos y acciones de autocuidado en el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se enfatiza la necesidad de una combinación de esfuerzos terapéuticos y acciones de autocuidado en el tratamiento farmacológico antihipertensivo, que debe ser el objetivo del apoyo de los profesionales de enfermería y salud en el fomento de las actividades de autocuidado. El descuido debe priorizarse en compensación parcial, total o de apoyo para las actividades de autocuidado.

Descritores: Enfermería, Autocuidado, Tratamiento Farmacológico, Hipertensión.

Laércio Deleon de Melo

Doutorando em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

E-mail: laerciodl28@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8470-7040>

Josilene Sobreira Rodrigues

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora (Estácio-JF), Minas Gerais (MG), Brasil.

E-mail: josilenesobreira@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4519-1069>

Loiane Aparecida de Freitas Silva

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora (Estácio-JF), Minas Gerais (MG), Brasil.

E-mail: loiane.jf@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0454-7244>

Raquel de Oliveira Martins Fernandes

Mestre em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF-UFJF); Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), Brasil.

E-mail: raquel.omfernandes@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0015-7097>

Savana Micaelli Carvalho Lima

Residente Multiprofissional pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UJFJ); Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), Brasil.

E-mail: savanamicaelli22@outlook.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2170-2613>

Huyara Dias de Lima

Enfermeira. Pós-graduada em Terapia Intensiva Neonatal e Adulto. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS-JF); Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), Brasil.

E-mail: huyaradias@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6089-5518>

Submissão: 01/05/2021

Aprovação: 17/10/2021

Publicação: 16/12/2021

Como citar este artigo:

Melo LD, Rodrigues JS, Silva LAF, Fernandes ROM, Lima SMC, Lima HD. Representações sociais do autocuidado na farmacoterapia antihipertensiva. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):352-365.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.352-365>

Introdução

Uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) predominantes no Brasil e no mundo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Ela é definida por meio da mensuração de níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA), sendo este o principal risco modificável para o surgimento e/ou agravamento das Doenças Cardiovasculares (DCVs). A HAS está associada à ocorrência de alterações funcionais e estruturais em órgãos-alvo, que podem culminar em eventos cardíacos fatais. A mortalidade mundial estimada é de 9,4 milhões e acomete ±36 milhões de brasileiros adultos (32,5%), o que equivale a 60% dos idosos e 17,1% dos mineiros¹⁻³.

A HAS é uma doença degenerativa crônica que pode ocasionar diversas deficiências físicas, emocionais e sociais. Portanto, o principal objetivo da terapêutica farmacológica, bem como das intervenções não farmacológicas anti-hipertensivas implementadas, é reduzir a mortalidade associada à doença e aumentar a sobrevida das pessoas hipertensas. Destarte, o sistema de saúde ainda é regido por um modelo tradicional truncado medicalizante, onde se predomina a crença de que, ao se tratar uma comorbidade, o medicamento seja um evento normativo²⁻³.

Ressalta-se a necessidade de maiores esforços no atendimento das evidências que apontam a adoção de hábitos de vida saudáveis e a adesão às medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde como contributos a melhorias gradativas sobre o prognóstico e a qualidade de vida de hipertensos de forma complementar que implique numa estratégia de (auto)cuidado potencializadora da farmacoterapia prescrita³.

O cuidado de pessoas, família e comunidade é corroborado pelo estímulo ao autocuidado, uma meta a ser alcançada, na qual a adesão do paciente ao tratamento farmacológico configura-se como um eixo foco da atuação do enfermeiro⁴⁻⁵. Nessa perspectiva, o enfermeiro pode auxiliar as pessoas cuidadas a identificarem: potencialidades de autocuidado, demandas de cuidados totais ou parciais e em que nível essa provisão de cuidado deverá ocorrer. Sendo assim, no intuito de subsidiar reflexões de enfermeiros sobre a terapia farmacológica e o autocuidado de hipertensos, optou-se pelo modelo teórico dos sistemas de Orem⁴.

Isso por que, é inegável a necessidade de adesão do paciente à terapia medicamentosa prescrita como estratégia de autocuidado eficaz no controle dos níveis pressóricos e na prevenção de complicações associadas. Desse modo, evidencia-se a necessidade de adoção por profissionais de saúde e das pessoas hipertensas de uma visão holística a respeito da associação de diferentes estratégias de (auto)cuidado no tratamento clínico e farmacológico^{1,3,5-7}.

Durante o planejamento do autocuidado de uma pessoa hipertensa, alguns objetivos devem ser alcançados pela equipe de enfermagem: compreender o processo fisiopatológico das comorbidades; tratar e incentivar o indivíduo a participar ativamente da programação do seu autocuidado, visando melhorias em sua qualidade de vida; prevenção de complicações e controle da doença a partir da adoção de mudanças favoráveis no estilo de vida; controle dos fatores de riscos e adesão à terapia clínica e farmacológica, justificando-se assim a presente investigação^{4,7}.

O autocuidado possui um conjunto de comportamentos, atitudes, conhecimentos,

informações, valores, etc., que o permite ser considerado um objeto representacional visto a sua “espessura social” para pessoas hipertensas. Desse modo, vislumbrou-se a relevância da Teoria das Representações Sociais (TRS), tendo em vistas a possibilidade em se conhecer as facilidades e dificuldades encontradas no tratamento e ações de autocuidado na perspectiva de um grupo social, para se planejar intervenções de na formulação e replanejamento do cuidado de enfermagem⁸.

A escolha da associação do referencial teórico-metodológico da TRS justifica-se por sua adequação às investigações teóricas em enfermagem de forma complementar, na medida em que permite identificar comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações, valores e objetos utilizados para representar aquilo que foi construído (ancorado e objetivado) numa concepção socialmente contextualizada. Sendo observado ainda a existência de uma lacuna científica no que tange as RS do autocuidado na perspectiva de hipertensos da Atenção Básica (AB), uma vez que, foi encontrado apenas um estudo sobre as RS relacionadas a HAS⁸⁻⁹.

Sendo assim, foram questões norteadoras desta investigação: Como as pessoas hipertensas de um serviço de AB representam as suas práticas de autocuidado na terapia farmacológica anti-hipertensiva? Essas Representações Sociais (RS) influenciam sobre o seu uso cotidiano dos medicamentos prescritos? Desse modo, na busca por novas evidências, definiu-se como objeto de investigação as RS elaboradas por hipertensos sobre o autocuidado na terapia farmacológica.

Objetivo

Discutir as representações sociais elaboradas por pessoas hipertensas sobre o autocuidado relacionado à farmacoterapia anti-hipertensiva.

Material e Método

Investigação qualitativa descritiva delineada na abordagem processual da TRS¹⁰, com discussão dos dados à luz da Teoria dos Sistemas de Orem⁴. A abordagem processual da TRS complementa a ruptura dos pontos essenciais de uma representação, cujo foco de análise são os processos “sociocognitivos” constituintes, essencialmente interligados por meio da objetivação e da ancoragem¹⁰. Para a revisão do manuscrito e adequações metodológicas aplicou-se ao estudo o check-list *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A amostragem por conveniência foi composta por hipertensos pertencentes a um cadastro prévio de usuários adstritos a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais (MG), Brasil. Os critérios de amostragem atenderam a abordagem do maior número de potenciais participantes, constatação da saturação teórica dos resultados pela ausência de novas informações confirmada pela correlação de *Pearson* $\geq 0,7$; sendo atendido ainda as recomendações científicas em relação ao número mínimo de participantes em pesquisas qualitativas ($n \geq 30$)¹¹.

Foram critérios de inclusão: pessoas com idade ≥ 18 anos, hipertensas, com nível de cognição compatível com abordagem de entrevista individual em profundidade. Foram excluídos aquelas que adiaram a entrevista por \geq três agendamentos, totalizando-se dez perdas. Foram inclusos, portanto, 40 participantes nesta investigação.

A investigação ocorreu numa UBS tradicional localizada na zona sul do município de Juiz de Fora, MG, Brasil, em ponto estratégico para o atendimento de três bairros conforme abrangência definida por região sanitária. São oferecidos os serviços de clínica geral, pediatria, ginecologia e assistência (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia e agente de endemias) conforme demanda segundo modelo tradicional¹².

A coleta dos dados, ocorreu entre os meses de agosto-novembro/2019, com duração média de uma hora, por dois pesquisadores previamente treinados para a coleta de dados em profundidade, durante consulta de enfermagem, conforme recomendações (inter)nacionais^{2,3}, protocolo municipal e rotina de atendimentos da UBS. Houve agendamento prévio da coleta, respeitando-se o horário compatível ao binômio participante/pesquisadores.

O instrumento de coleta foi estruturado em: 1) caracterização sociodemográfica, perfil de comorbidades e da farmacoterapia prescrita; 2) entrevista individual em profundidade com gravação de áudio e 3) diário de campo. Foram questões norteadoras: 1) Como é para você utilizar os remédios para o controle da pressão? Você costuma se esquecer? Com que frequência? Por quais motivos você deixa(ria) de utilizar os seus remédios? Conte-me um caso de alguém que você conheça ou que se lembre sobre alguma situação envolvendo o uso de medicamentos para o controle da pressão em que a pessoa se esqueceu ou deixou de tomar o medicamento.

Os dados de caracterização sociodemográfica foram tratados com apoio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26 e

analisados com estatística descritiva (tendência central e dispersão). Os conteúdos discursivos foram transcritos na íntegra e analisados segundo o conteúdo na perspectiva temático-categorial operacionalizado nas etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) resultados, inferência e interpretação¹³⁻¹⁴.

Utilizou-se o *software NVivo Pro11*[®] para definição das categorias *a priori*, e o adensamento teórico foi confirmado pela correlação de *Pearson* $\geq 0,7$. Elas foram construídas de modo que os conteúdos contemplassem os eixos do referencial teórico de Orem⁴; as dimensões e origens representacionais¹⁰. Os referenciais teórico-metodológicos foram triangulados, tendo em vista a busca por retratar a prática de enfermagem no estímulo ao autocuidado com possibilidades de discutir as práticas de autocuidado na terapia farmacológica segundo as RS dos participantes.

Este estudo atendeu a todos os requisitos éticos e legais de pesquisas com seres humanos e integrou uma investigação matriz intitulada “Representações Sociais de Usuários da Atenção Primária à Saúde sobre Doença Cardiovascular: evidências para o Cuidado de Enfermagem”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Parecer Consubstanciado n° 3.466.543, de 27/07/2019. A aquiescência dos participantes foi confirmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado. Foi assegurado o sigilo/anonimato mediante a adoção de códigos alfanuméricos de uma letra e dois dígitos (ex: P33).

Resultados e Discussão

O perfil de caracterização sociodemográfica dos participantes foi predominantemente composto por mulheres, idosas, casadas e com filhos (Tabela 1)

sendo semelhante ao de outras investigações^{5-6,14}. No que se refere à cor de pele predominantemente branca, foi um achado inédito, uma vez que, se espera

que as mulheres negras sejam mais acometidas pela HAS quando comparadas aos homens e às pessoas pardas/brancas¹⁻³.

Tabela 1. Perfil de caracterização sociodemográfica. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2021. (n=40).

Variável	N	%	Variável	N	%	Variável	
Sexo			Cor de pele declarada			Idade	
Feminino	21	52,5	Branco	21	52,5	Média	62,53
Masculino	19	47,5	Pardos	15	37,5	Variabilidade	18 a 90
Total	40	100	Negros	4	10		
			Total	40	100		
Estado conjugal			Religião			Nº de filhos	
Solteiros	04	10,0	Católica	22	55,0	Média	2,46
Casados	34	85,0	Evangélica	16	40,0	Variabilidade	0 a 6
Divorciados	02	5,0	Umbanda	2	5,0		
Total	40	100	Total	40	100		
Profissão			Aposentadoria/pensão			Renda	
Comerciantes	10	25,0	Sim	34	85,0	Média	1448,93
Serv. domésticos	14	35,0	Não	06	15,0	Variabilidade	0 a 5.000,00
Ativ. industriais	16	40,0	Total	40	100		
Total	40	100					

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos conteúdos extraídos do SPSS versão 26.

Estima-se que 22,7% da população adulta brasileira sofra de HAS. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o diagnóstico em mulheres corresponde a 25,4% e, em homens, 19,5%, com maior acometimento da população negra^{1,3}. Nesse contexto, cabe mencionar ainda que a população estimada da área de cobertura da UBS cenário investigado é de 1.400 pessoas, com renda majoritariamente baixa, média de 1,86 salário mínimo para o chefe da família, justificado pelo perfil de trabalho que envolve trabalhadores no mercado (in)formal, contudo, cabe menção ainda o perfil majoritário dos participantes sendo brancos, justificada pelo processo de colonização ocorrido nesta região ter sido predominantemente brancos de origem francesa e inglesa¹².

Destarte, cabe mencionar que, quando uma pessoa adquire habilidades para satisfazer suas necessidades, diz-se que ela está apta para o exercício do autocuidado; porém essas habilidades sofrem influência direta de fatores como idade, experiências de vida, cultura, crenças e educação⁴. Outrossim, na **Tabela 02**, foi apresentada uma síntese do perfil de adoecimento composto pelas principais DCNTs e fármacos de uso contínuos organizados segundo as suas classes que foram quantificados conforme a sua ocorrência de forma coletiva. Cabe mencionar que, 22 (55%) dos participantes afirmaram não se esquecerem e nem deixarem de tomar seus remédios por nenhum motivo, enquanto 18 (45%) reconhecem que por vezes se esquecem ou deixam de tomá-los.

Tabela 2. Perfil de comorbidades e farmacoterapia. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2021. (n=40).

Comorbidades		n	%	Principais Classes farmacológicas	n	%
Doenças Circulatórias	Hipertensão Arterial Sistêmica	40	100,0	Anti-hipertensivos (ex: Losartana, Captopril e Anlodipino). Diuréticos (ex: Hidroclorotiazida, Espironolactona e Furosemida). Anticoagulantes (ex: aspirina e Xarelto). Dislipidêmicos (ex: Sinvastatina, Rosuvastatina e Ciprofibrato). Hipoglicemiantes (ex: Glibenclâmida, Metformina e Glifage). Antidepressivos (ex: Fluoxetina, Citalopram e Nortriptilina). Neurolépticos (ex: Quetiapina). Anticonvulsivantes: (ex: Clonazepam, Carbamazepina, e Clonazepam). Outros	40	100
	Infarto Agudo do Miocárdio	01	2,5			
	Acidente Vascular Encefálico	05	12,5			
	Arritmias	04	10,0			
	Diabetes Mellitus	13	32,5			
Câncer	Nódulos e Miomas	3	7,5	10	25,0	
Doenças Respiratórias	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	2	5,0	08	20,0	
	Asma	03	7,5			
Outras	Dislipidemia	18	45,0	07	17,5	
	Oftalmológicas	06	15,0			
	Hipotireoidismo e Hipertireoidismo	6	15,0	12	30,0	
	Anemia	03	7,5			
	Depressão	03	7,5			

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos conteúdos extraídos do SPSS versão 26.

A análise de conteúdo temático-categorial adotada na abordagem processual da TRS foi expressa pelo código do sujeito, número de Unidades de Registros (URs) e de Unidades de Significação (USs) e esquema de forças de correlações entre as categorias corroboradas pelo dendograma e gráfico de círculo (**Quadro 1**). A análise de conteúdo foi estruturada conforme os eixos teóricos de Orem: 1) *autocuidado* - compreende conceitos, ações, fatores condicionantes básicos e demandas terapêuticas; 2) *déficit de autocuidado* - delimita quando há necessidade de intervenções de enfermagem por impossibilidade, incapacidade ou não valorização do autocuidado e 3) *sistemas de enfermagem* - determinam os sistemas de compensação parcial, total ou de apoio para as atividades de autocuidado⁴.

Cabe mencionar ainda que ao se conciliar as RS com uma teoria de enfermagem, com base em categorias discursivas, a triangulação teórica favoreceu a identificação das quatro funções essenciais da TRS: 1) saber- permite compreender e explicar a realidade através dos conhecimentos adquiridos; 2) identitária- define as características específicas do grupo, permitindo a constituição de uma identidade social; 3) orientação- conduz os comportamentos e as práticas sociais e 4) justificatória- explica o posicionamento e os comportamentos dos atores em seu contexto social¹⁵.

A Categoria “Descuidos cotidianos no autocuidado na terapia farmacológica e implicações no prognóstico da hipertensão”, apresentou relatos incisivos de esquecimento (**Quadro 1**) que retrataram as funções: saber, identitária, orientação e justificatória¹⁰ dos comportamentos adotados pelos participantes no autocuidado farmacológico. O objeto representado “não uso contínuo dos fármacos”, foi ancorado no “esquecimento” e no “desejo de interromper” o uso.

Quadro 1. Análise de conteúdo Temático-Categorial. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2021. (n=40).

Dendograma e Gráfico de círculo	Análise de conteúdo temático-categorial – autocuidado de hipertensos na terapia farmacológica / N° de URs, USs	
	<i>Categoria 1: Descuidos cotidianos no autocuidado na terapia farmacológica e implicações ao prognóstico da hipertensão</i>	<i>Categoria 2: Combinação de esforços terapêuticos e de ações de autocuidado no tratamento farmacológico anti-hipertensivo</i>
<p>Eixos - Teoria do autocuidado Legenda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atividades de Autocuidado. 2. Requisitos de autocuidado. 3. Exigências terapêuticas de autocuidado 	<p>1- ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO 22/146 Às vezes quando eu lembro, vou tomar a injeção já é 10h (insulina), quase meio-dia, eu tenho que tomar de manhã. Eu esqueço de tomar depois do almoço, de tomar até o Glifage, aí eu tomo já é 3h. P08. Não, eu esqueci uma vez ou outra, depois eu lembro e tomo, de pressão eu não esqueço mesmo, que eu sinto muita dor de cabeça. P15. O remédio para ansiedade evito ao máximo deixar de tomar, porque eu sou um pouco ansiosa. P24. Deixava de usar por me sentir dopado (Diazepan). P039.</p>	<p>1- ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO 40/321 Não deixo de tomar meus remédios [...] porque eu nunca tive problema e eu sempre pensei no seguinte: [...] Eu posso amenizar o problema, mas não morrer pelo problema (hipertensão). P09. Não deixo de tomar remédio, porque eu preciso hoje eu sou consciente, eu quero tratar da minha saúde para eu poder estabilizar. P12. Eu deixar de tomar meus remédios, só se falassem (médicos) que eu não preciso tomar mais. P25.</p>
<p>Mês em cluster por similaridade de palavras</p> <p>LEGENDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensões comportamental e atitudinal. 2. Dimensões informativa e cognitiva. 3. Dimensão valorativa. 4. Dimensão objetival. 5. Origens próprias. 6. Origens familiares. 7. Origens colegas/conhecidos. 8. Origens amigos. 9. Origens profissionais. 	<p>2- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO 61/234 Universais: A minha memória está oscilando, às vezes não tenho certeza se tomei, ou não tomei, às vezes fico na dúvida, ah assim não sei te falar o certo, umas duas ou três vezes na semana me esqueço. P12. Olha, se eu bobear, eu esqueço sim, eu sou danada para esquecer as coisas, às vezes guardo as coisas e esqueço, sabe? Olha, se eu bobear, eu me esqueço. P23. Desenvolvimentais: Sim (me esqueço do remédio), porque a vida diária é muito corrida e, quando vê, já está no fim da noite, já está na hora de dormir e o cansaço bate mesmo, às vezes estou deitada, ah não! Amanhã eu tomo, é onde às vezes, se for mais cedo, aí é mais fácil, mas, à noite, já bate o cansaço, aquela fadiga. P07. Sim (me esqueço do remédio), falta de tempo, correria com o trabalho, principalmente no horário do almoço. P33 (Nota diário de campo: participantes trabalhavam diariamente e eram responsáveis pelas finanças da casa). Desvios de saúde: Não é esquecer, porque às</p>	<p>2- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO 88/576 Universais: Não tenho motivo (não tomar remédio), seria só o esquecimento mesmo. P07. Se eu tiver com minha consciência em dia, eu não deixo de tomar não. P08. Não me esqueço, porque a gente já acostumou, se não tomar, sente falta. P17. Não (deixaria de tomar remédios), só se eu ficasse sem problemas. P30. Se eu estivesse sem a doença, não precisaria de remédios. P32. Por motivo nenhum (deixo de tomar o remédio), tenho que acreditar nos médicos. P40. Desenvolvimentais: Não (esqueço), é que eu só tomo remédio uma vez de manhã, e um à noite. P16. Olha, eu tenho medo é de parar (tomar o remédio), não paro não, porque é uma aflição quando ele acaba e eu ainda não peguei outro na farmácia. P19. Não, meu remédio é sagrado, acabo de tomar o café, eu tomo os três remédios que eu tenho que tomar. P25.</p>

<p>vezes, eu fico relaxado e falo “Ah! Não vou tomar não” [...], tomo esse para o coração, para glicose. P04. Às vezes, lá uma vez ou outra, quando a gente está bem, aí não lembra não, a gente se lembra só quando está passando mal. P10. Eu estou esquecendo o remédio da pressão e do glaucoma à noite. É, esqueço um pouco ou deixo de tomar um pouco, porque esse colírio me faz perder a memória [...]. P11. Mas eu fui tentar ficar sem ele (remédio para dormir), eu rolava para lá e para cá, aí eu não consigo ficar sem ele. P14. Eu tenho medo de esquecer (tomar remédios), tenho mesmo, eu costumo esquecer a fluoxetina, o outro que eu tomava de vitamina também, mas esse de pressão não. P15. Tem dias eu penso: “Será que eu tomei?” P19. Tem dia que eu finjo que me esqueço disso tudo, mas de propósito [...]. Eu não gosto, eu falo: “Estou bem, para que eu vou ficar tomando remédio toda hora?” P24.</p>	<p>Desvios de saúde: Olha, de tomar remédio, não esqueço não, agora eu estava falando, eu tenho a mente muito fraca, para certas coisas, tenho a mente fraca, mas, para o remédio, não. P13. Muito raro eu esquecer, principalmente quando eu faço exame, já chego em casa e já tomo, porque o de pressão eu tenho medo de esquecer. P15. Não, agora eu já não estou me esquecendo de tomar remédio. P18. Não deixo de tomar, porque faz falta, né? Meu amigo, se eu parar, o que me pode acontecer? P22.</p>
<p>3- EXIGÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE AUTOCUIDADO 72/182 Eu tinha vontade de largar, deixar de tomar o remédio de dormir, mas eu não consigo. Depois que eu perdi esse filho, eu passei a tomar esse remédio. Já vai fazer cinco anos. P14. Porque eu estava esquecendo, foi que me deu um esquecimento, sei lá, às vezes eu esquecia, a gente tem que tomar 7 horas da manhã, aí dava aquele horário, aí esquecia, aí passava do horário, eu lembrava, aí tomava, mas eu tomava, nunca deixei de tomar não. P18 O meu pico de pressão por não tomar remédio mais perigoso foi quando eu dei isquemia, eram 6 horas da manhã, eu tinha dado isquemia e descolamento de retina, muito grave! Mas... eu tinha dado uma sorte... Choro até hoje na hora que eu falo. P24.</p>	<p>3- EXIGÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE AUTOCUIDADO 87/297 Não sou de esquecer, porque eu uso uma caixinha, com nome de todos, horário e tudo, e meu celular me avisa tudo! Coloquei tudo, porque eu estava um pouco esquecida. P03. Não, minha filha agora deixa tudo marcadinho e as caixinhas todas guardadas, aí toda terça-feira, ela arruma (não mora comigo). P19. Se algum dia o médico dispensar, eu deixo de tomar, mas, enquanto ele não dispensar, eu vou tomando. P20. Não tem como esquecer, é tudo assim, seguidinho, do almoço é o carbonato de cálcio e o AAS, depois do jantar, a sinvastatina. P20. Não deixo de tomar não, todo dia eu tomo ele de manhã, na hora do café. Porque o que eu tenho não pode deixar, senão não adianta tomar o remédio, tem que ter continuidade, senão ele falha. P31. As irmãs ficam em cima para não esquecer dos remédios. P38.</p>

Nota: (*) - os números presentes nos gráficos de círculos retratam os respectivos eixos do autocuidado.

Fonte: Elaborado pelos autores - conteúdos extraídos do Nvivo Pró-11.

As atividades de autocuidado foram representadas pelo esquecimento ocasional do participantes em tomarem as medicações no horário estabelecido, porém afirmam que, no momento em que se lembram, tomam imediatamente o medicamento, ou ainda, quando surgem sinais fisiológicos da ausência do fármaco, como a cefaleia e ansiedade, como um gatilho de sua memória. Destarte, quando um sinal/sintoma da HAS surge, geralmente este é um indicativo clínico de picos pressóricos que podem ser acompanhados por rubor

facial, cefaleia, dor na nuca, agitação e taquicardia, o que aponta para um uso descontínuo da farmacoterapia e que há necessidade de reavaliação clínica profissional, para possíveis reajustes da dose terapêutica do fármaco³.

As demandas terapêuticas de autocuidado são as ações necessárias para a manutenção da vida. Entretanto, se estas ultrapassam a capacidade que a pessoa possui para executá-las, surge o déficit de autocuidado. É nesse contexto que o enfermeiro se insere e atua conforme os diferentes sistemas de

compensação (parcial, total ou de apoio). Estas ações de autocuidado dependem de três requisitos: 1) universais- visam manter a vida, a estrutura e o funcionamento humano; 2) Desenvolvimentais- oferecem condições necessárias para as mudanças decorrentes do ciclo vital e permitem adaptações no processo de desenvolvimento humano; 3) Desvios de saúde- são necessidades vinculadas ao conjunto de comorbidades, incapacidades e ao tratamento⁴.

Nos requisitos universais, predominou-se um “senso comum” na perspectiva dos participantes de que a presença de oscilações de memória corrobora com o esquecimento de tomar uma medicação de uso contínuo. Este conhecimento é reificado universalmente, de que a possibilidade de ocorrência do declínio cognitivo pode resultar em alterações incapacitantes de memória e raciocínio. A sua ocorrência pode ser caracterizada como: ausências de identidade, expressas por perdas do raciocínio ou esquecimento¹⁴.

Entre os requisitos desenvolvimentais, o esquecimento relacionado à rotina de medicalização foi justificado pela sobrecarga de afazeres/trabalho cotidiano e pelo reduzido tempo mediante a responsabilidade sobre as finanças da família. Já os requisitos de desvios de saúde foram representados pelo ato de esquecer e ficar sem aquela dose do medicamento, tomar o medicamento apenas quando sente algo ou ainda deixar de tomar o remédio como um ato de “fingir que esqueceu de tomar de propósito” conforme discurso do participante P24. Essas RS características de atos de negligência, que estão ancoradas na falsa sensação de invulnerabilidade, descrença sobre a eficácia farmacológica ou ainda o pensamento errôneo de que

o medicamento só deve ser utilizado quando se sente algo⁸. Elas constituem a realidade de um subgrupo representacional¹⁰.

Neste contexto, torna-se iminente uma atenção dos profissionais de saúde ao perfil do grupo social investigado, uma vez que, as DCNTs mais prevalentes entre eles foram dislipidemia, DM e as doenças oftalmológicas (Tabela 2). No que tange às duas primeiras, já se espera sua ocorrência quando se avalia o conjunto de policomorbidades que acompanham o processo de senescência^{1,5,16}.

Um inquérito populacional sobre a prevalência de hipertensão arterial autorreferida entre os adultos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, que apontou como associações com a HAS autorreferida: idosos, baixa escolaridade, negros, ex-tabagistas, obesos, DM e hipercolesterolemia¹⁸. Ressalta-se, portanto, que o conviver com uma ou mais DCNTs, como, por exemplo, a HAS, requer diferentes ações de cuidado e práticas de autocuidado relacionadas ao tratamento não farmacológico, como o estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, não uso de substâncias psicoativas) e a adesão a farmacoterapia^{1,7,17}.

As exigências terapêuticas do autocuidado foram elucidadas mediante o fato de que, mesmo tendo vontade de parar de tomar as medicações ou ainda quando se esquecem de tomá-las, os participantes reconhecem que não podem ficar sem o medicamento, tendo em vista os prejuízos pessoais decorrentes do agravamento de seu quadro clínico, como picos hipertensivos, riscos de infartos, lesões oftalmológicas ou até mesmo risco de vida. Essas RS são de origens próprias ou da convivência com

profissionais, familiares ou conhecidos, fato corroborado pelos estudos¹⁸⁻²⁰.

Destarte, nesta categoria cabem reflexões em relação à adesão à terapia farmacológica de 55%, esta foi equivalente à de outra investigação, que apresentou uma taxa de 57% entre os participantes com DCV, havendo diferenças entre cada classe farmacológica²⁰, e maior do que outros estudos que apresentaram taxas de 30 e 40% de adesão medicamentosa^{6,19-20}.

Evidências apontam uma gama de possibilidades de interações medicamentosas de modo a anular, reduzir, potencializar ou ainda criar um novo efeito mediante o uso concomitante de diferentes fármacos^{3,6}, sendo essa realidade comum entre idosos^{1,5}. Essa é uma condição importante a ser observada ao se planejar o cuidado e se promover o autocuidado⁴, mediante as possíveis complicações associadas, agravamento do quadro ou risco de óbito decorrente das interações medicamentosas. A DCV é comumente associada à combinação farmacológica de vários medicamentos, sendo que a polifarmácia (uso de \geq cinco medicamentos) e idade avançada são fatores de risco para a ocorrência de interações medicamentosas⁵.

Dentre as pessoas idosas em uso de quatro ou mais medicamentos é comum a ocorrência de algum tipo de interação farmacológica. São exemplos destas: a) antiarrítmicos de classe I (Quinidina) não devem ser administrados junto com Digoxina e Cardiolglicosídeos, pois aumentam a toxicidade farmacológica; b) Atenolol, quando administrado junto com insulinas, potencializa o efeito hipoglicêmico; c) Propanolol interage com Fluoxetina, Propafenona, Propoxifeno e Quinidina, aumentando o efeito β -bloqueador; com

Amiodarona e Flecainida, aumenta o risco de bradicardia/arritmia; já com a Clorpromazina, aumenta o risco de toxicidade neuroléptica.^{2-3,5}

As principais interações medicamentosas são: desconforto físico, náuseas, epigastralgia, tonturas, fraqueza, dispneia e a diarreia^{1-3,5}. A realidade da polifarmácia é um ciclo vicioso, uma vez que, diante de novas queixas sintomáticas, geralmente outros fármacos são adicionados ao tratamento, corroborando para o agravamento do quadro¹⁻³ e acúmulos sobre o *déficit* do autocuidado⁴. Cabendo, assim, uma reflexão dos prescritores, profissionais de saúde em geral, familiares/cuidadores, principalmente da pessoa cuidada a respeito da farmacoterapia adotada^{6,18}.

A Categoria “Combinação de esforços terapêuticos e de ações de autocuidado no tratamento farmacológico anti-hipertensivo”, foi marcada pela valoração positiva a respeito da necessidade de conscientização sobre a importância da adesão à farmacoterapia (Quadro 1). As RS refletiram as funções (saber, identitária, orientação e justificatória), interligadas às dimensões/origens representacionais que corroboraram com o suprimento de *déficits* de autocuidado.

O objeto representado, “adesão ao uso contínuo dos fármacos”, foi ancorado pela “conscientização de sua necessidade no tratamento” e pelo “reconhecimento de melhorias em seu quadro de saúde” a partir da terapia farmacológica. A inserção dos hipertensos à terapia farmacológica configura-se como um importante elemento do cuidar, uma vez que o uso regular de medicamentos, a reeducação alimentar e a prática de atividades físicas configuram-

se como o tripé do êxito terapêutico no prognóstico da doença¹⁻³.

O uso contínuo dos medicamentos prescritos foi associado à importância de se aderir ao tratamento medicamentoso para a estabilização clínica das comorbidades. Entre as atitudes de conscientização sobre a terapia farmacológica estavam relatos de ciência de que somente poderiam cessar medicações após a suspensão da prescrição pelo médico. O esquema terapêutico anti-hipertensivo possui uma gama de medicamentos disponíveis, sendo composto por diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas dos receptores de angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores todos sobre prescrição médica combinados visando-se à eficácia terapêutica¹⁻². À enfermagem historicamente, desde a sua criação enquanto profissão cabe as atividades de aprazamento, preparo e administração, monitorização dos efeitos adversos/colaterais ao paciente e o fornecimento das orientações necessárias a ele e aos familiares dele, sendo ainda um importante elo interdisciplinar e na tríade profissional/usuário/familiar^{7,19}.

Os requisitos universais foram representados pela inexistência de motivos para se esquecerem ou deixarem de tomar os medicamentos prescritos. Houve relatos ainda de que sentiam necessidade da medicação e de que só poderiam deixar de tomá-la se houvesse cura para a doença. Nesse quesito, é possível controlar a HAS para a obtenção de níveis pressóricos ideais, não sendo possível o cessar total do uso de fármacos, o que ocorre são os ajustes de doses terapêuticas farmacológicas conforme a adesão ao tratamento e adequações na curva pressórica²⁻³.

Entre os requisitos desenvolvimentais, houve a padronização de horários como rotina no uso dos medicamentos, a exemplo de quando estes são ministrados próximo ao horário das refeições; o medo de ficar sem o medicamento e o autocontrole para não deixar que este falte, buscando adquirir mais antes que acabasse. Essas RS configuram-se como uma dimensão comportamental de modo a transformar esta ação numa atividade cotidiana⁹, sendo uma atitude de autocuidado que gera proteção/segurança⁴ justificado pelo autocontrole na farmacoterapia²¹.

Nos requisitos de desvios de saúde, foram mencionados: preservação e monitorização da cognição, visando à prevenção do esquecimento referente às medicações de uso contínuo. Essa dimensão representacional informativa refere-se a um “conhecimento reificado”¹⁰ de que uma “boa memória” é uma condição essencial para o não esquecimento¹⁴ do uso contínuo dos medicamentos. Foi mencionada ainda alterações no horário habitual de tomar o medicamento, como uma quebra de rotina, justificada pelo agendamento de exames que requerem jejum, apesar de fazerem uso imediato deste imediatamente após o exame. Esse comportamento reflete um equívoco popular corriqueiro. Isso por que, o jejum para exames/cirurgias não contraindica o uso da farmacoterapia contínua, ao contrário, visto que podem ocorrer eventos hipertensivos, arritmias, hiperglicemias, etc. considerados contraindicação clínica à suspensão de procedimentos eletivos programados²¹.

Entre as exigências terapêuticas foi representado o apoio de familiares, cuidadores e profissionais como influência positiva ao seu autocuidado na terapia farmacológica. Soma-se ainda como exigências

representadas o estabelecimento de rotinas e horários de se tomar os medicamentos e também, quando necessário, ações de autocuidado, como separar a medicação antecipadamente, ter um local próprio para armazenar os remédios e formas alternativas de identificação deles, prevenindo-se do esquecimento. Estas exigências refletem as dimensões comportamental/atitudinal, valorativa/afetiva, cognitiva/informativa e imagética/objetiva ao se juntarem diferentes elementos representacionais (profissionais, cuidadores, horários, rotinas, organização, entre outros) como necessários e essenciais à promoção do autocuidado. Elas expressam os sistemas de enfermagem no suprimento dos *déficits* de autocuidado⁴.

Diante dos resultados apresentados, ressalta-se a necessidade de ampliar as estratégias de conscientização do autocuidado, a fim de conscientizar as pessoas de que o medicamento é um recurso terapêutico em *prol* do melhor prognóstico clínico e a promoção da qualidade de vida no enfrentamento da doença^{1,3,5}, bem como o uso regular das demais classes de medicamentos farmacológicos prescritos, os quais podem influenciar sobre a saúde do indivíduo e (in)diretamente sobre os seus níveis pressóricos⁹. A disponibilidade de informações e esclarecimento de dúvidas pelos profissionais de saúde é primordial para atingir efetivamente os hipertensos, devendo esta ser uma prática interdisciplinar nos estabelecimentos de saúde^{9,21}.

Salienta-se como possíveis limitações deste estudo o tamanho amostral na análise de caracterização do perfil de comorbidades/farmacoterapia visando uma discussão aprofundada sobre as classes farmacológicas e suas

relações com o autocuidado. Porém, reforça-se o ineditismo da abordagem teórica-metodológica-filosófica adotada e o contributo dos resultados a respeito das RS do autocuidado que estimula reflexões sobre o replanejamento do cuidado de enfermagem com enfoque sobre a necessidade de melhorias sobre o autocuidado farmacológico.

Conclusão

Ao discutir as RS do autocuidado relacionado à terapia farmacológica anti-hipertensiva, evidenciou-se que 55% dos participantes relataram autocuidado farmacológico preservado, uma vez que não se esquecem de tomar seus medicamentos e não interrompem seu uso por nenhum motivo. Como justificativas apresentadas tem-se uma “combinação de esforços terapêuticos e de ações de autocuidado no tratamento farmacológico anti-hipertensivo”, as quais devem ser alvo de apoio pelos profissionais de enfermagem e de saúde no estímulo às atividades de autocuidado. Já os “Descuidos cotidianos no autocuidado na terapia farmacológica e implicações no prognóstico da hipertensão” foram justificados pelo esquecimento ou condutas de não tomar o medicamento, devendo ser estes alvos de compensação parcial, total ou de apoio para as atividades de autocuidado segundo os sistemas de enfermagem.

Recomenda-se a realização de novos estudos em perfis de participantes semelhantes que visem determinar os sistemas de compensação parcial, total ou de apoio ao autocuidado em relação à farmacoterapia anti-hipertensiva. Ao refletir sobre as RS do autocuidado na terapia farmacológica, verificou-se como contributo a enfermagem e saúde a identificação do esquecimento e/ou da falta de

informação como as principais justificativas pelo *déficit* no autocuidado na terapia farmacológica. Como fatores de adesão, aponta-se a conscientização de que não podem ficar sem o medicamento, uma vez que este é parte essencial do tratamento, devendo ser reforçado que, em caso de esquecimento de uma dose, a medicação deve ser tomada imediatamente após a pessoa se lembrar.

As implicações para a prática clínica de enfermeiros e para a realização de novas investigações constituiu-se na profundidade dos dados apresentados cujas RS expressaram as origens dos comportamentos e crenças do grupo em relação as práticas de autocuidado farmacológico demonstrando suas potencialidades e fragilidades as quais devem ser alvo na reestruturação do cuidado de enfermagem e serem trabalhados em consulta de enfermagem na AB.

Referências

1. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4):787-891.
2. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. 2020 American Heart Association, 2020; 75:1-24.
3. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Brazilian Guidelines of Hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658.
4. McEWEN M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2015.
5. Araújo MAN, Souza AS, Aquino DFS, Renovato RD, Garcia CF, Trindade Junior WB. Inappropriate medications for seniors. *Revista Recien.* 2020; 10(30):141-8.
6. Sobral PD, Gomes ET, Carvalho PO, Godoi ET, Oliveira CD. Prevalence of drug patient compliance with chronic coronary artery disease. *Enferm. Brasil.* 2020; 19(2):98-104.
7. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, Distrito Federal: MS; 2013. - (CAB n° 37).
8. Silva MLB, Bousfield ABS. Social representations of arterial hypertension. *Trends in Psychology.* 2016; 24(3):895-909.
9. Arreguy-Sena C, Santos JC, Marcelo TS, Pinto PF, Dutra HS, Melo LD, et al. Social representations of men about self-care and high blood pressure. *Ciênc Cuid Saúde.* 2021; 20:e50063.
10. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* 11. Ed., p. 29-110). Petrópolis: Vozes. 2017.
11. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensus es and controversies. *Rev Pesq Qualitativa.* 2017; 5(7):1-12.
12. Melo LD, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Gomes AMT, Santos JC, Brandão MAG. Conceptions of the elderly on (inter)national policies on human aging. *Rev Família, Ciclos Vida Saúde Contexto Social.* 2020; 8(4):865-81.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Reimpressão da Ed atualizada/2009. 70. Ed. São Paulo (SP). 2018.
14. Oliveira DC. *Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas in: metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria para a prática.* 1. Ed. Porto Alegre. 2016.
15. Arreguy-Sena C, Marangon AMG, Gomes AMT, Melo LD, Martins R, Fontes FLDS. Social representations of forgetting and depression by older people: process approach. *Enferm Foco.* 2020; 11(1):57-62.
16. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones.* Edições Coyoacán: México. 2013.
17. Malta DC, Andrade SSCDA, Oliveira TP, Moura LD, Prado RRD, Souza MDFMD. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiologia.* 2019; 22:e190030.
18. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCDA, Silva MMAD, Velasquez-Melendez G. Prevalence of factors

associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(1):1-11.

19. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Morais MA, Souza EM. Patients' with coronary arterial disease' adherence to pharmacological and Non-pharmacological therapy. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4):367-73.

20. Oliveira DC, Santos MRV, Gomes VR, Sarinho FW, Novaes M. Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. *Rev Bras Clin Med*. 2013; 11(3):219-22.

21. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-análisis on 376, 162 pacientes. *Am J Med*. 2012; 125(9):882-7.

22. Melo LD, Chagas DDNP, Caldeira EAC, Teixeira ILS, Silva LAF, Rodrigues JS, et al. Therapeutic environment and hypertensive behaviors of a basic care service. *Research, Society and Development*. 2020; 9(12):e13991210895.