

A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS)*

The reason which hypertense patients give up from the treatment offered by Basic Health Unit

Alexsandra de Jesus Matias Santos**
Cleiber Rosa**
Edilson Lima de Oliveira**
Jonas Rodrigo de Almeida**
Roberta Murbach Schneider**
Sandra S.L. Rocha***
Raquel Machado Cavalca Coutinho***

Resumo

Introdução – A hipertensão arterial mais comumente conhecida como pressão alta, é uma das doenças mais frequentes em todo o planeta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada cinco brasileiros é portador deste distúrbio. Sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos, mas dados comprovam que não existe idade para seu início, porém alguns fatores podem favorecer a incidência da doença. Este estudo traz como foco principal a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde (UBS). O objetivo deste estudo foi identificar os motivos que levam os pacientes hipertensos ao abandono do tratamento no Centro de Saúde. **Material e Método** – Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, não experimental e transversal. Foram levantados dados através de prontuários nos arquivos do Centro de Saúde de pacientes hipertensos com abandono do tratamento maior ou igual há um ano. **Resultados** – Dos 223 indivíduos inicialmente selecionados para aplicação do instrumento de pesquisa, 114 questionários foram respondidos, sendo este número formado por 75 mulheres (65,79%) e 39 homens (34,21%). Neste estudo identificou-se que a maioria dos casos, de hipertensão arterial foi detectada em consultas medicas de rotina. Os clientes apontaram para as relações familiares e interpessoais como causadores da alteração dos valores de pressão. Na realidade os usuários mudaram seu tratamento para o plano de convênios, inclusive utilizando-se de medicamentos padronizados pela rede. A maioria expressiva 78,98% faz uso regularmente do medicamento. **Conclusão** – Este trabalho gerou grande satisfação ao grupo de pesquisadores por acreditar que a população encontra-se mais esclarecida e melhor preparada para enfrentar essa patologia que aflige grande número de brasileiros.

Palavras-chave: Hipertensão/prevenção & controle; Hipertensão/terapia; Anti-hipertensivos/uso terapêutico

Abstract

Introduction – Arterial hypertension also known as high blood pressure, it's one of the most common diseases in our planet. According to World Health Organization (WHO) – as known as OMS in Brazil – from each five Brazilian citizen, one has disturb. It's also known that the disease is more common in people with 50 years old or higher, however, statistics confirm there is not an specific age to the beginning, but some factors would be considered to the establishment of the disturb. This research has its main focus to the acceptance from the carrier person of arterial hypertension to the treatment and follow-up on the Basic Health Unit (UBS – in Brazil). The objective of this study was to identify the reason which hypertense patients give up from the treatment offered by Basic Health Unit. **Material and Method** – This is a transversal non-experimental quantitative research. Data was extracted from medical records on Health Center's archive from hypertense patients who gave up the treatment in one year or more. **Results** – The instrument of research was applied to 223 selected patients, from which 114 questionnaires were replied from 75 women (65.79%) and 39 men (34.21%). In our research was identified that the most of the cases of arterial hypertension was detected during doctor appointments. Patients have pointed the familiar and the colleague's relationship as the reason for changing the blood pressure values. In fact, the patients – users from Health Center (public) – have changed the treatment to Health Plan (private), where they can also use the default medicaments available by the group of the Health Plan. An expressive number (78.98%) regularly takes the medicine. **Conclusion** – This research generated a great satisfaction to us because we believe that our population is more clarified and ready to face this kind of pathology which afraid a huge number of Brazilian citizens.

Key words: Hypertension/prevention & control; Hypertension/therapy; Antihypertensive agents/therapeutic use

* Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem na Universidade Paulista (UNIP) – Campinas, 2009.

** Graduandos do Curso de Enfermagem da UNIP – Campinas.

*** Professora Doutora do Curso de Enfermagem da UNIP – Campinas. E-mail: raquel@unip.br

Introdução

A hipertensão arterial (HA) mais comumente conhecida como pressão alta (PA), é uma das doenças mais frequentes em todo o planeta. Segundo a Organização Mundial de Saúde, (OMS), um em cada cinco brasileiros é portador deste distúrbio. Sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos, mas dados comprovam que não existe idade para seu início, uma vez que o estilo de vida e o estresse interferem na incidência da doença. Na maioria dos casos a doença aparece de forma gradativa e silenciosamente, ou seja, não se é observado qualquer sintoma pela pessoa¹⁶. A hipertensão ocorre quando os níveis de pressão estão acima dos valores de referência para a população em geral, esses valores são estipulados pela OMS e adotados pela sociedade brasileira de cardiologia como consenso, apesar do valor normal de pressão arterial ser entendido como em torno de 120 x 80 mmHg, variando pouco de pessoa para pessoa, considera-se alteração de pressão quando os valores são superiores a 140 x 90 mmHg^{2,13,15,19,23}.

Sabe-se que a primeira medida experimental da pressão arterial foi feita, em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra; a pressão foi medida em um cavalo, imobilizado por um grande número de estudantes. Halles colocou uma cânula na arterial crural do animal, conectando-a um tubo de vidro de três metros de altura. A coluna de sangue se elevou a dois e meio metros de altura acima do animal, tendo sido este o primeiro registro de uma pressão arterial^{1,16}. A hipertensão arterial foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século, inventados pelo italiano Riva Rocci, em 1896, em Turim. Os aparelhos que vieram para o Brasil provinham da França e eram do tipo Pachon. Em 1905 o russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro.

Antes de 1950 não havia um tratamento medicamentoso efetivo para a hipertensão arterial².

Em 1978, uma pesquisa epidemiológica sobre HA foi realizada pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e Fundação Oswaldo Cruz; este foi, realmente, o primeiro estudo, em larga escala, feito no Brasil, abrangendo todo um Estado, mostrou a prevalência da hipertensão arterial naquela região. Dois anos depois, a equipe do Instituto Oswaldo Cruz fez um projeto semelhante na cidade industrial de Volta Redonda, no Estado do Rio de Janeiro, sendo esses os dois principais estudos epidemiológicos realizados em populações brasileiras. Em 1983 o Ministério da Saúde publicou, pela primeira vez, um Guia para Controle da Hipertensão Arterial; ainda em 1989 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Educação e Controle de Hipertensão Arterial (PNECHA)⁹.

O processo de transição epidemiológica resultante da redução das mortes por doenças infecciosas conduziu do perfil do quadro de saúde em que predominam as doenças cardiovasculares (DCV), confirmam que pode ser controlada por programas adequados de atenção à saúde. Ao se analisar as perspectivas da prevenção das doenças cardiovasculares observa-se nos artigos que, o

primeiro aspecto se refere ao progresso do conhecimento científico a respeito da etiopatogenia e história natural das doenças crônico-degenerativas do coração e das artérias, o que inclui hipertensão arterial, doença cerebrovascular e cardiopatia coronária, principais responsáveis pela crescente epidemia mundial de DCV^{4,9,15,18,23,28}. Como consequência desses avanços tem sido possível o controle efetivo de alguns fatores de risco, com reflexos positivos na morbi-mortalidade das DCV. Ocorre, porém, que, além de fatores biológicos, a interveniência de fatores políticos e socioeconômicos não permite que a posição alcançada possa ser considerada satisfatória, principalmente em países com sérios problemas político-sociais, como o nosso^{3,17,31}.

Atualmente existe um melhor conhecimento a respeito da etiopatogenia e história natural da hipertensão arterial, da doença cerebrovascular e da cardiopatia coronária, sendo possível identificar seus fatores de risco e avaliar o risco cardiovascular, populacional e individual das suas manifestações clínicas. Porém, os resultados da aplicação desses conhecimentos ainda deixam muito a desejar incluindo-se também a adesão do doente em seu tratamento e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde^{4,28}.

Para melhor identificação e controle dos fatores de risco é fundamental o entendimento das suas várias categorias. Em primeiro lugar tem-se os fatores condicionantes, relacionados ao perfil genético e ao estilo de vida, condicionando variados graus de predisposição à aquisição das doenças cardiovasculares. Em segundo lugar os fatores causais, relacionados diretamente ao dano cardiovascular, e por último os fatores predisponentes, facilitadores do aparecimento dos fatores causais^{4,7,13}.

As dislipidemias, a hipertensão arterial, a intolerância à glicose, o diabetes e o tabagismo despontam como os principais fatores causais; e sobrepeso e a obesidade, o sedentarismo e o excessivo estresse psicológico, como os principais fatores predisponentes^{1,14}.

Para a estratificação do risco cardiovascular adota-se o escore de Framingham, classificando os indivíduos nas categorias de baixo (< 10%), médio (10% a < 20%) e alto (20%) risco da ocorrência de infarto agudo do miocárdio, fatal e não-fatal morte súbita ou angina nos próximos dez anos^{1,4,31}. Dentre os indivíduos de alto risco estão aqueles com doença aterosclerótica, hipertensos com lesões de órgãos-alvo e diabéticos. Diante do cenário atual, o caminho a seguir é programar estratégias e ações que aumentem a efetividade do controle dos fatores de risco causais e predisponentes, assim como inserção real ao acompanhamento efetivo da doença, além de intensificar o combate aos fatores predisponentes (prevenção primordial). Inúmeras evidências clínicas e epidemiológicas indicam que as ações preventivas devem ser iniciadas na infância e adolescência, quando já ocorre prevalência crescente de dislipidemias, hipertensão, diabetes, sobrepeso e obesidade^{19,23}.

O estilo de vida atual é o principal responsável por essa situação. As crianças e os adolescentes comem de modo inadequado, o uso excessivo da televisão estimula a ina-

tividade física e eles estão expostos à sedução do tabagismo^{3,11-12,17,28}.

O alcance de tais objetivos necessita da ação harmônica e decidida de órgãos governamentais, universidades, sociedades científicas, mídia e organizações comunitárias de serviço. Contudo, é fundamental lembrar que a credibilidade de tal processo depende do compromisso dos profissionais de saúde com as mudanças propostas no estilo de vida¹³. Os objetivos do tratamento da hipertensão arterial consistem em prevenir as sequelas de longa evolução da doença^{8,25,29}.

A menos que haja uma necessidade evidente para uso de terapêutica farmacológica imediata, a maioria dos pacientes deve ter a oportunidade de reduzir sua pressão arterial através de tratamento não farmacológico, por meio de medidas gerais de reeducação, e sempre com acompanhamento contínuo^{1,4,15,19,30}; sabe-se que:

- A redução do peso deve ser fortemente encorajada em pacientes obesos. Uma queda da pressão arterial pode ocorrer mesmo antes do peso ideal ser atingido.
- A ingestão de gorduras saturadas deve ser reduzida (gordura animal). As taxas de colesterol e triglicerídeos devem ser objeto de orientação nutricional especializada.
- O consumo de álcool deve ser moderado e o fumo abolido. Recomenda-se restrição moderada de sal (sódio).
- A atividade física deve ser estimulada de maneira regular. Exercícios de maior intensidade, principalmente acima de 35 anos, devem ser precedidos de avaliação cardiovascular e iniciados de forma gradual^{3-4,9,18}.

A introdução terapêutica farmacológica torna-se necessária quando a restrição de sódio, o controle da obesidade e a modificação de fatores ligados ao estilo de vida não reduzem suficientemente a pressão arterial^{3,7,19,24}.

Através de dados estatísticos, observa-se na cidade de Campinas que as DCV aparecem como primeira causa de morte e correspondem a cerca de 2 a 10 óbitos por 100.000 habitantes, isso consiste num significativo percentual na prevalência de morte por DCV. Comprova-se que a mortalidade por estas doenças na cidade é mais elevada que vários países, são menores que verificadas em São Paulo e no Brasil, são semelhantes as dos EUA, e superiores as de países como França, Japão, Canadá, Inglaterra e Gales^{21,23,26}.

Este estudo traz como foco principal a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde (UBS), para isto, serão usados os dados estatísticos e registros dos arquivos locais na UBS, a qual realizará a pesquisa. Assim levantou-se os endereços de todos os clientes que abandonaram no período de um ano ou mais o tratamento, e utilizou-se a amostragem aleatória para compor a visita domiciliar.

A partir dos dados levantados quantitativamente traçou-se um perfil das causas de abandono do tratamento do indivíduo portador de hipertensão arterial. E dentre as hipóteses espera-se encontrar os reais fatores que causaram o abandono do tratamento como: o uso prolongado de medicação, adesão a convênios médi-

cos, falta de médicos na UBS, óbitos e mudanças de endereços.

O objetivo deste estudo foi levantar junto aos prontuários e através da busca ativa os possíveis motivos da não adesão e abandono do tratamento ambulatorial e enfatizar junto aos clientes portadores de hipertensão arterial a importância da continuidade do tratamento, como forma de prevenção e complicações.

Material e Método

Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa não experimental, transversal. A pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento, ela quantifica relações entre variáveis – a variável independente ou preditiva e a variável dependente ou resultado. De forma geral, desenhos de pesquisa quantitativa são classificados tanto como não experimentais quanto experimentais. Desenhos não experimentais são usados para descrever, diferenciar ou examinar associações, ao invés de procurar relações diretas entre variáveis, grupos ou situações. Não existem tarefas aleatórias, grupos controle, ou manipulação de variáveis, já que esse modelo utiliza apenas a observação. Os desenhos não-experimentais mais comuns são os estudos descritivos e correlacionais²².

Desenhos não-experimentais também são classificados de acordo com o momento de coleta de dados no tempo, transversal ou longitudinal, ou de acordo com a época da experiência ou evento estudado, retrospectivo ou prospectivo²².

Fontes de pesquisa

Foram levantados dados através de prontuários nos arquivos do Centro de Saúde de pacientes hipertensos com abandono do tratamento maior ou igual há um ano.

Local de pesquisa

Foi realizado em Centro de Saúde, na região Sul do município de Campinas, interior do Estado de São Paulo. Nesta unidade estão cadastrados 3.024 pacientes no programa de hipertensão arterial (Hiperdia). Esse Centro de Saúde limita-se ao atendimento de 15 bairros em uma área de cobertura de 9,5 km localizado no distrito Sul na região Sudeste do município, sendo que 2/3 desta área é densamente urbanizada.

População

Dentre os pacientes cadastrados, foi constatado que 739 abandonaram o tratamento há mais de um ano.

Crerios de inclusão

Pacientes de ambos os sexos, com idade superior

a 18 anos que abandonaram o tratamento de hipertensão arterial há mais de um ano no Centro de Saúde, que concordaram voluntariamente em participar do estudo.

Critérios de exclusão

Pacientes que abandonaram o tratamento há menos de um ano, idade inferior a 18 anos e que não concordaram em participar da pesquisa.

Amostra

Considerando o elevado número de pacientes que abandonaram o tratamento, optou-se por um recorte na população direcionando ao bairro com maior número de indivíduos, totalizando 223 pacientes cadastrados para tornar esta pesquisa significativa. Para expressividade neste estudo a análise foi definida e composta por 50% mais um do total da população acima referida.

Ética em Pesquisa com seres humanos

Esta pesquisa atendeu a Resolução 196/9 do Ministério da Saúde, submetendo a análise e exposição do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIP sob o número 186/09. O tipo de estudo proposto não implica risco aos sujeitos, garantindo sua forma de identificação em anonimato, sua participação foi condicionada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Análises de risco e benefícios da população estudada

Este estudo não ofereceu risco ao grupo em questão, e os benefícios passarão pelas orientações emitidas pelos pesquisadores no momento do recolhimento do instrumento de coleta de dados.

Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se dois instrumentos: o primeiro foi um roteiro que constava nome, endereço, telefone, coletados nos prontuários e elaborado pelos membros do grupo (Quadro 1), o segundo instrumento foi um questionário constituído de dez questões (Quadro 2) baseado nos autores Mantovani e Santos^{15,25}.

Coletas de dados propriamente dito

Iniciou-se a coleta no território abrangente citado acima com o instrumento de pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em mãos, onde o grupo de pesquisadores composto por cinco elementos estrategicamente encontravam-se em frente ao Centro de Saúde no período da manhã para dar início a coleta. A mesma foi realizada de segunda a sexta-feira durante o mês de julho de 2009.

Todos os dias tentava-se contatos com os pacientes que abandonaram o tratamento no Centro de Saúde, essa busca foi feita através de uma lista na qual constava nome, nº de prontuário, idade, e endereço; a abordagem

foi realizada em dupla, por julgar que ocorreria melhor receptividade por parte dos pacientes.

Dentre as dificuldades encontradas, citam-se endereços que não conferiam com o que estava descrito no prontuário (por falta de atualização), pacientes que passaram em consulta médica por única vez no CS e que estavam a passeio na região, por sua vez utilizavam o prontuário de familiares, outros ainda que mudaram de endereço; óbitos que não foram comunicados ao CS, notou-se na maioria das vezes que o instrumento e o TCLE quando não entregues diretamente ao paciente mas, sim em cuidados de terceiros, os mesmos não eram respondidos. Assim, após várias tentativas recebia-se os instrumentos em branco. Outro fator que dificultou a realização da coleta foi que ocorreram muitas chuvas, cuja temperatura atingiu níveis baixos.

Resultados e Discussão

Esta pesquisa teve como resultado a investigação por abandono, sob a ótica dos sujeitos que vivenciam a hipertensão arterial, e pode trazer subsídios tangentes a esta problemática.

Dos 223 indivíduos inicialmente selecionados para aplicação do instrumento de pesquisa, 109 não responderam ao instrumento, dentre esses, 20 indivíduos não atenderam, 59 mudaram de endereços, 7 foram a óbito e 23 os endereços não conferem com o prontuário, 114 questionários foram respondidos, sendo este número formado por 75 mulheres (65,79%) e 39 homens (34,21%). Nesse grupo de estudos as mulheres têm uma presença significativa com crise hipertensiva, pesquisas têm ratificado esses achados, provavelmente das mudanças pelas quais têm passado nos últimos anos, como o fato de saírem de casa para trabalhar, acumular função profissional, dona de casa, mãe e esposa, fatores esses que favorecem o aumento da incidência do estresse fator predominante dessa patologia^{4,15,31}.

Encontrou-se sete faixas etárias entre os entrevistados, sendo a maior prevalência de pacientes entre 61 e 70 anos, 32 pacientes (28,07%) e de 71 a 80 anos, 30 pacientes (26,31%) (Gráfico 1).

Foram encontrados, portanto, como resultado que o maior número de pacientes descobriu que eram portadores de HA após consulta médica, conforme já descrito em estudo realizado por Firmo *et al.*¹⁰ (2004) no interior de Minas Gerais onde a maioria dos entrevistados relataram terem descoberto a HA em consulta médica.

Observou-se que os entrevistados (48,25%) associam as alterações de pressão a situações estressantes como problemas familiares e ao uso abusivo de sal (42,11%) ratificando estudo realizado com 70 indivíduos em um Centro de Hipertensão Arterial (CHA)¹⁹ no interior do Estado de São Paulo, onde a maioria dos entrevistados relacio-

Quadro 1. Informações dos prontuários

Coleta de dados
• Número do Prontuário
• Nome
• Endereço
• Telefone

Quadro 2. Avaliação sobre conhecimento da pressão arterial

Questionário de avaliação	
Nome: _____	Idade: _____
Profissão: _____	Escolaridade: _____
Endereço: _____	
Bairro: _____	
<p>1. Como descobriu que tem pressão alta?</p> <p><input type="checkbox"/> consulta médica <input type="checkbox"/> internação por outro motivo</p> <p><input type="checkbox"/> apresentou algum mal estar <input type="checkbox"/> verificação de pressão arterial (eventos, campanhas, curiosidade)</p> <p>2. O que você acha que altera a pressão arterial?</p> <p><input type="checkbox"/> sal <input type="checkbox"/> excesso de peso</p> <p><input type="checkbox"/> bebida alcoólica <input type="checkbox"/> problemas familiares</p> <p>3. Quando fazia tratamento, qual foi a maior dificuldade encontrada?</p> <p><input type="checkbox"/> uso contínuo das medicações <input type="checkbox"/> tratamento prolongado</p> <p><input type="checkbox"/> demora no agendamento de consultas</p> <p>4. Quanto tempo faz que não procura a UBS ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> + de 3 anos</p> <p>5. Por que deixou de frequentar a UBS?</p> <p><input type="checkbox"/> trabalho <input type="checkbox"/> falta de medicações</p> <p><input type="checkbox"/> ausência de sintomas <input type="checkbox"/> dificuldade de locomoção</p> <p><input type="checkbox"/> convênio médico</p> <p>6. Quando procura a UBS, é bem atendido?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>7. Você toma a medicação para pressão alta?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não _____ Por que? <input type="checkbox"/> falta de sintomas</p> <p><input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> uso de álcool</p> <p><input type="checkbox"/> esquecimento</p> <p><input type="checkbox"/> falta de medicação</p> <p>8. Como você consegue adquirir as medicações?</p> <p><input type="checkbox"/> compra</p> <p><input type="checkbox"/> troca de receita na UBS por terceiros</p> <p><input type="checkbox"/> uso de medicações de outras pessoas</p> <p>9. Você acha que a pressão alta é uma doença grave?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>10. Gostaria de retornar ao tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>	

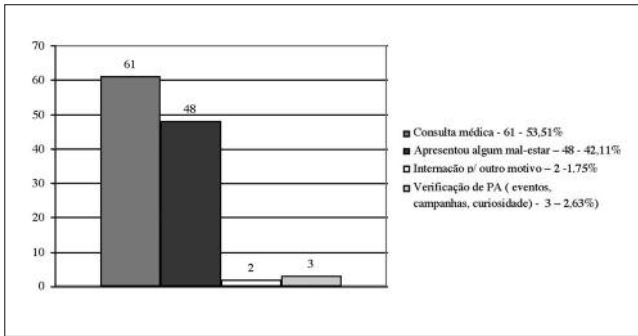


Gráfico 1. Prevalência sobre a descoberta de hipertensão arterial entre os entrevistados. Campinas, 2009

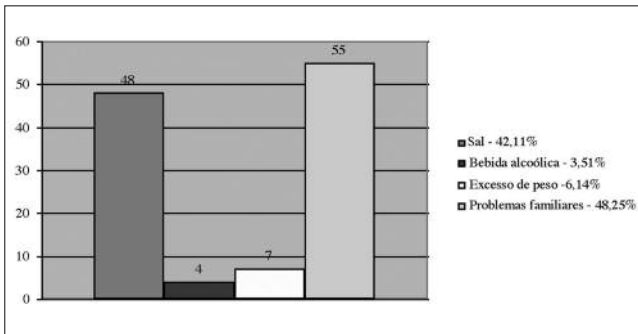


Gráfico 2. Prevalência conforme conhecimento dos entrevistados sobre os fatores de risco da HA. Campinas, 2009

Tabela 1. Distribuição das dificuldades referidas para o seguimento e adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. Campinas, 2009

Dificuldades relacionadas	Respostas obtidas	% relativa das respostas
Uso contínuo das medicações	21	18,42%
Demora no agendamento de consultas	82	71,93%
Tratamento prolongado	11	9,65%
Total de entrevistados	114	100,00%

naram as alterações de pressão arterial ao estado emocional e ao uso de sal⁹ (Gráfico 2).

Na Tabela 1 encontrou-se a demora no agendamento de consultas (71,93%) como um fator de dificuldade na adesão ao tratamento. Como identificou Firmo *et al.*¹⁰ (2004) em estudo realizado no interior de Minas Gerais detectando que nesse Estado, o tempo dispensado para marcar consultas foi fator de desagrado apontado pelos entrevistados.

Na Tabela 2 verificou-se que 78,95% fazem uso contínuo do medicamento. Somos cômicos que o uso frequente dos fármacos são indispensáveis, pois através deles os hipertensos conseguem resultados progressivos na melhoria na qualidade de vida desta patologia crônica. Em 2005 Guedes *et al.*¹¹ trabalharam com 27 pacientes divididos em dois grupos em Fortaleza-CE onde se constatou que a maioria destes também faziam uso frequente das medicações.

Sobre a questão relacionada a não frequência na uni-

Tabela 2. Distribuição da adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. Campinas, 2009

Frequência do uso da medicação	Respostas obtidas	% relativa das respostas	
Sim	90	78,95%	
Não, por quê?	Falta de sintomas	12	10,53%
	Uso de álcool	1	0,88%
	Esquecimento	2	1,75%
Às vezes	Falta de medicação	8	0,88%
		8	7,02%
Total de entrevistados	114	100,00%	

Tabela 3. Distribuição em relação ao tempo e o motivo que os entrevistados deixaram de frequentar a unidade. Campinas, 2009

Respostas	% relativa das respostas	Respostas obtidas	% relativa das respostas	
1 ano	41	Trabalho	12	10,53%
2 anos	4	Ausência de sintomas	18	15,79%
3 anos	18	Convênio médico	70	61,40%
+ de 3 anos	51	Falta de medicações	2	1,75%
Total de entrevistados	114	Dificuldade de locomoção	12	10,53%

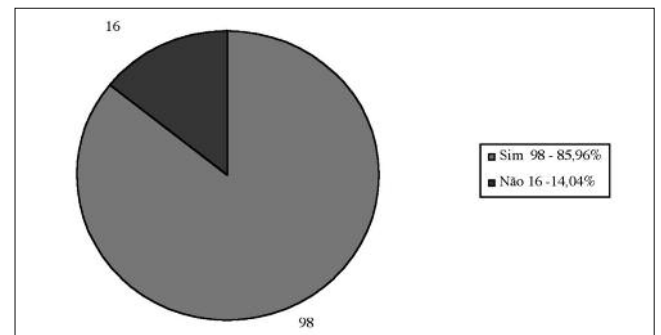


Gráfico 3. Distribuição em relação à satisfação quanto ao atendimento prestado no Centro de Saúde. Campinas, 2009

dade básica, observou-se que dos entrevistados 51 (44,74%) não procuram o CS há mais de 3 anos, 41 (35,96%) há mais de 1 ano, observando-se que 61,40% são portadores de convênio médico, porém quando necessário fazem uso do SUS como direito de cidadão. Garantido por Constituição e descrito na pesquisa realizada em comunidade alvo da Equipe de Saúde Família que tem uma área de abrangência de 1.300 famílias em uma cidade de grande porte no interior do Estado de São Paulo⁶ (Tabela 3).

Em relação à questão a qualidade em atendimento nos Centros de Saúde, conforme pesquisado nas bibliografias descritas pode-se observar que a abordagem do atendimento ao usuário do SUS é sem dúvida uma das relações direta entre cliente e funcionário. Conforme resultado desta pesquisa, essa exigência da clientela tem sido bem assistida. Apenas 16 (14,04%) do

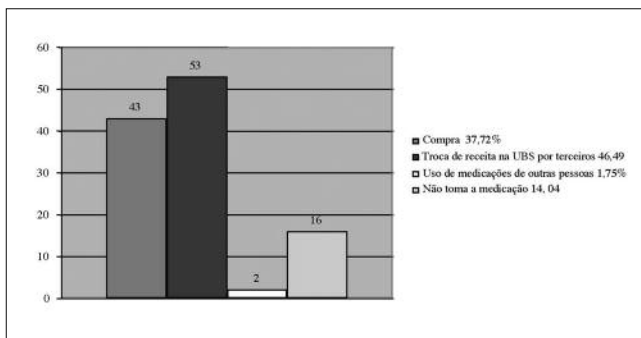


Gráfico 4. Distribuição em relação à aquisição de medicamento pelos entrevistados. Campinas, 2009

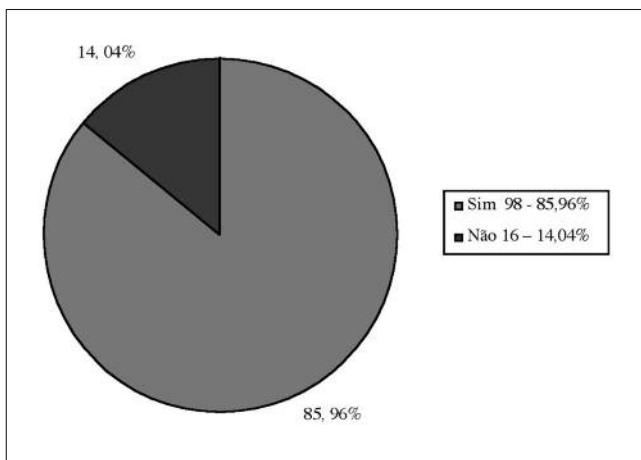


Gráfico 5. Prevalência em relação ao conhecimento dos entrevistados sobre hipertensão arterial. Campinas, 2009

total de indivíduos pesquisados estão insatisfeitos com o atendimento na unidade de saúde. O Projeto Humaniza SUS¹⁶, que tem como diretriz um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e resolutivo, tendo o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento aos usuários. Apesar deste referencial, haverá necessidade de uma investigação mais minuciosa, visando identificar as áreas de estrangulamento deste grupo insatisfeito (Gráfico 3).

Analisando o Gráfico 4 observou-se que os entrevistados 53 (46,49%) adquirem as medicações no Centro de Saúde sendo que 43 (37,72%) destes compram medicações que na sua maioria não é padronizada pelo SUS, ratificando o achado de estudo realizado durante dois meses na Liga de Hipertensão Arterial em um Hospital de Fortaleza, CE. Onde de 50 indivíduos que compunham a amostra, identificou-se que os pacientes estudados adquiriam a medicação prescrita no serviço público e quando essas não padronizadas pelo SUS compravam em rede privada²⁵.

Observou-se na resposta obtida 98 (85,96%) que a maioria dos entrevistados acredita que hipertensão arterial seja um agravamento à saúde e sua instalação está associada aos inadequados hábitos de vida, sem, contudo,

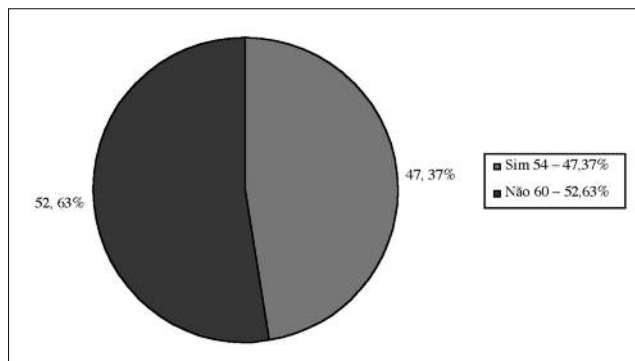


Gráfico 6. Distribuição em relação à aceitação dos entrevistados ao retorno do tratamento no Centro de Saúde. Campinas, 2009

considerar os fatores de riscos constitucionais. Mesmos achados foram obtidos por Pierin *et al.*²⁰ (2001) com um grupo de hipertensos em acompanhamento ambulatorial na cidade de São Paulo (Gráfico 5).

Uma maioria discreta de 60 (52,63%) não retornaria ao tratamento na rede básica de saúde provavelmente devido à aquisição de convênio médico. Dos 54 (47,37%) que voltariam poderiam estar vinculados a fatores relacionados ao próprio paciente, à terapêutica e ao Sistema de Saúde. A adequada adesão ao tratamento, não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos, e das relações paciente-profissional de saúde⁵ (Gráfico 6).

Conclusão

A hipertensão arterial tem assumido papel preponderante na lista de doenças crônicas em nosso país. Ultimamente depara-se com indivíduos hipertensos em faixas etárias mais baixas do que há poucas décadas passadas.

Neste estudo identifica-se que a maioria dos casos de hipertensão arterial foi detectada em consultas médicas de rotina. Os clientes apontaram para as relações familiares e interpessoais como causadores da alteração dos valores de pressão. Embora a qualidade de assistência realizada na rede básica seja satisfatória, a demora no agendamento das consultas gera desconforto e desmotivação do tratamento. Estamos extremamente inquietos com o abandono ao tratamento.

Na realidade os usuários mudaram seu tratamento para o plano de convênios, inclusive utilizando-se de medicamentos padronizados pela rede.

A maioria expressiva 78,98% faz uso regularmente do medicamento. No entanto 10% referem não fazer uso devido à ausência de sintomas. Reforça-se aqui a bibliografia^{9,31} que aponta a hipertensão arterial e demais cardiopatias como patologias silenciosas.

O grupo de pesquisados possui em sua grande totalidade clareza aos riscos e agravos referentes à hipertensão arterial.

Este trabalho gerou grande satisfação ao grupo de pesquisadores por acreditar que a população encontrasse mais esclarecida e melhor preparada para enfrentar essa patologia que aflige grande número de brasileiros.

Referências

1. Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007 [acesso 22 fev 2009];29(2):161-8. Disponível em: <http://www.scielo.com>
2. Arcuri EAM, Araújo TL, Veiga EV, Oliveira SMGV, Lamas JLT, Santos JLF. Medida de pressão arterial e a produção científica de enfermeiros brasileiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 [acesso 18 fev 2009];41(2):292-8. Disponível em: <http://www.scielo.com>
3. Bisi Molina MDC, Cunha RS, Herkenhoff LM, Mill JG. Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública*. 2003 [acesso 22 fev 2009];37(6):743-50. Disponível em: <http://www.scielo.com>
4. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos resistentes a validação de três métodos indiretos da validação da adesão. *Cad Saúde Pública*. 2008 [acesso 22 fev 2009];24(12):2979-84. Disponível em: <http://www.scielo.com>
5. Calista AA, Oliveira MRL, Vasconcelos ASS. Hipertensão arterial sistêmica: fatores contribuintes para a adesão ao tratamento. *Rev Tema*. 2008 [acesso 2 set 2009];7(10-11): 101-10. Disponível em: <http://www.scielo.com>
6. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto & Contexto Enferm*. 2008 [acesso 29 set 2009];17(1): 64-71. Disponível em: <http://www.scielo.com>
7. Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras Hipertens*. 2008 [acesso 22 fev 2009];15(1):25-7. Disponível em: <http://www.scielo.com>
8. Chaves ES, Lucio IML, Araújo TL, Damasceno MMC. Eficácia de Programas de Educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2006 [acesso 22 fev 2009];59(4):543-7. Disponível em: <http://www.scielo.com>
9. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal do Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. *Arq Bras Cardiol*. 1998 [acesso 25 fev 2009];71(5):653-60. Disponível em: <http://www.scielo.com>
10. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública*. 2004 [acesso 20 set 2009];20(4):1029-40. Disponível em: <http://www.scielo.com>
11. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TF, Chaves ES, Araújo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 [acesso 10 fev 2009];39(2):181-8. Disponível em: <http://www.scielo.com>
12. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm*. 2008 [acesso 15 fev 2009];21(1):59-65. Disponível em: <http://www.scielo.com>
13. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm*. 2005 [acesso 15 fev 2009];18(3):269-75. Disponível em: <http://www.scielo.com>
14. Mantovani MF, Mottin JV, Rodrigues J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da hipertensão arterial. *Online Braz J Nurs*. (Online). 2007 [acesso 27 fev 2009];6(1). Disponível em: <http://www.scielo.com>
15. Mantovani MF, Mottin JV, Pinotti S, Ulbrich EM, Pinotti S. Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. *Online Braz J Nurs*. (Online). 2008 [acesso 12 fev 2009];7(2). Disponível em: <http://www.uff.br>
16. Ministério da Saúde e site regional do município de Campinas [acesso 20 fev 2009]. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude;www.saude.gov.br>.
17. Monteiro PC, Santos FS, Fornazari PA, Cesarino CB. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. *Arq Ciênc Saúde*. 2005 [acesso 25 fev 2009];12(2):73-9. Disponível em: <http://www.scielo.com>
18. Moreira TMM, Araújo TL. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2002 [acesso 22 fev 2009];15(3):34-43. Disponível em: <http://www.scielo.com>
19. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 1998 [acesso 16 fev 2009];6(1):33-9. Disponível em: <http://www.scielo.com>
20. Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e a gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2001 [acesso 3 set 2009];35(1):11-8. Disponível em: <http://www.scielo.com>
21. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre a adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 [acesso 21 fev 2009];13(supl.2):2299-306. Disponível em: <http://www.scielo.com>
22. Rodrigues WC. Metodologia científica. Paracambi: Instituto Superior de Tecnologia; 2007 [acesso 29 set 2009]. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br>
23. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm*. 2004 [acesso 19 fev 2009];38(1):90-8. Disponível em: <http://www.scielo.com>
24. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto Enferm*. 2008 [acesso 16 fev 2009];17(1):90-7. Disponível em: <http://www.scielo.com>
25. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enferm*. 2005 [acesso 16 fev 2009];14(3):332-40. Disponível em: <http://www.scielo.com>
26. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento; análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2007 [acesso 25 fev 2009];16(2):263-70. Disponível em: <http://www.scielo.com>
27. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto & Contexto Enferm*. 2007 [acesso 25 fev 2009];16(1):63-7. Disponível em: <http://www.scielo.com>
28. Silva TR, Feldman C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde Soc*. 2006 [acesso 22 fev 2009];15(3):180-9. Disponível em: <http://www.scielo.com>
29. Souza JA, França ISX. Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008 [acesso 22 fev 2009];61(6):816-21. Disponível em: <http://www.scielo.com>
30. Taveira LF, Pierin AMG. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? *Rev Latinoam Enferm*. 2007 [acesso 22 fev 2009];15(5):929-35. Disponível em: <http://www.scielo.com>
31. Toscano MC. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis; diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004 [acesso 23 fev 2009];9(4):885-95. Disponível em: <http://www.scielo.com>

Recebido em 11/10/2009

Aceito em 30/11/2009