

Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde

BLOOD PRESSURE CONTROL AND ADHERENCE/ATTACHMENT IN HYPERTENSIVE USERS OF PRIMARY HEALTHCARE

CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y ADHESION/VÍNCULO EN HIPERTENSOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Christiana Souto Silva¹, Neir Antunes Paes², Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo³, Maria Aparecida Alves Cardoso⁴, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁵, Juliana Sousa Soares de Araújo⁶

RESUMO

Estudo descritivo e analítico, de base populacional, realizado com uma amostra aleatória e probabilística de 340 hipertensos, representativa da Estratégia Saúde da Família (ESF) de João Pessoa, PB. O estudo compõe a primeira parte de uma coorte iniciada em 2008. O instrumento utilizado foi adaptado do *Primary Care Assessment Tool*, revalidado no Brasil. A regressão logística avaliou a associação entre o controle pressórico, as variáveis sócio-demográficas e o indicador de adesão/vínculo. Dentre os 340 hipertensos, 32,6% era acompanhado pela ESF e 89,1% apresentou adesão/vínculo satisfatória. Os idosos apresentaram maior chance de controlar a pressão, o que sugere uma percepção melhor do autocuidado e maior adesão ao tratamento. O estudo permitiu dar visibilidade à problemática do controle da hipertensão por meio da avaliação do serviço. Espera-se que esse modelo possa ser adotado em outras localidades, gerando parâmetros para comparações entre municípios distintos.

DESCRITORES

Hipertensão
Atenção Primária à Saúde
Avaliação em saúde

ABSTRACT

This is a population-based, descriptive, and analytic study conducted with a randomized and probabilistic sample comprising 340 hypertensive individuals representative of the Family Health Strategy (FHS) Service in João Pessoa, PB, Brazil. The present study corresponds to the first part of a cohort started in 2008. The instrument used was an adaptation of the *Primary Care Assessment Tool* revalidated in Brazil. Logistic regression was used to investigate the associations between blood pressure (BP) control, sociodemographic variables, and an indicator of adherence/attachment. Among the 340 hypertensive participants, 32.6% were followed up at the FHS, and 89.1% exhibited satisfactory adherence/attachment. The older adults were more likely to control BP, which suggests a more accurate self-care perception and greater adherence to treatment. The present study highlights the problem posed by the control of hypertension by means of the assessment of services. We expected the present model to be applied at other locations to generate parameters to compare different municipalities.

DESCRIPTORS

Hypertension
Primary Health Care
Health evaluation

RESUMEN

Estudio descriptivo y analítico, de base poblacional, realizado con muestra aleatoria y probabilística de 340 hipertensos, representativa de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de João Pessoa-PB. El estudio consiste en la primera parte de una cohorte iniciada en 2008. El instrumento utilizado fue adaptado del *Primary Care Assessment Tool*, revalidado en Brasil. La regresión logística evaluó la asociación entre el control de presión, las variables sociodemográficas y el indicador de adhesión/vínculo. Entre los 340 hipertensos, 32,6% recibía seguimiento de la ESF y 89,1% presentó adhesión/vínculo satisfactorio. Los ancianos presentaron mayores posibilidades de controlar la presión, lo que sugiere una mejor percepción del autocuidado y mayor adhesión al tratamiento. El estudio permitió poner en evidencia la problemática del control de la hipertensión mediante la evaluación del servicio. Se espera que este modelo pueda adoptarse en otras localidades, generando parámetros para comparaciones entre distintos municipios.

DESCRIPTORES

Hipertensión
Atención Primaria de Salud
Evaluación en salud

¹Fisioterapeuta. Mestre. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora das Faculdades ASPER. João Pessoa, PB, Brasil. christianasouto@yahoo.com.br ²Pós-Doutorado pela *Johns Hopkins Public Health School* – USA. Professor Associado do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. antunes@de.ufpb.br ³Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas. Campina Grande, PB, Brasil. taniaribeiro_2@hotmail.com ⁴Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas. Campina Grande, PB, Brasil. maria.cardoso.uepb@gmail.com ⁵Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria e do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. anatmc8@yahoo.com.br ⁶Médica. Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Ciências Médicas. João Pessoa, PB, Brasil. jusousasoares1@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um sério problema de saúde pública e um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. É frequentemente assintomática e, desse modo, tem seu diagnóstico e tratamento negligenciado, somando-se a baixa adesão do paciente aos tratamentos prescritos, dificultando o seu controle.

O controle da HAS é preconizado por meio de políticas de promoção e proteção à saúde e combate à doença, o que pode ser observado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁽¹⁾, lançado recentemente no Brasil (2011-2022).

A expansão da Atenção Primária em Saúde (APS), com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Além disso, a expansão da atenção farmacêutica e a distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes possibilitou a melhoria da assistência⁽²⁾. Todavia, a baixa adesão ao tratamento ainda é um problema importante a ser vencido.

Dentre os principais determinantes da falta de adesão ao tratamento, destacam-se os fatores relacionados ao tratamento (prescrição de esquemas terapêuticos inadequados, custo); aos serviços de saúde (localização da unidade, burocracia, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiência organizacional); ao profissional de saúde (preparo profissional deficiente; rotatividade de profissionais); ao relacionamento profissional de saúde/paciente (comunicação inadequada e insuficiente, dificuldade de relacionamento, desatenção, indelicadeza), à gravidade da doença e à atitude do paciente frente à doença (seguimento do tratamento prescrito e mudança no estilo de vida, além de crenças inadequadas e desconhecimento das complicações da hipertensão)⁽³⁾.

O conhecimento das necessidades de saúde do usuário e a compreensão da realidade objetiva e subjetiva dos diferentes significados atribuídos ao modo de vida, saúde e sofrimento, podem revelar o potencial transformador das práticas de saúde vigentes. A adoção de práticas centradas nos usuários requer a incorporação de práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo. Ouvir as necessidades dos usuários permite aos profissionais de saúde a ampliação da capacidade de atendimento e maior resolubilidade da assistência prestada⁽⁴⁾.

O vínculo com os usuários do serviço amplia a efetividade das ações de saúde e favorece a participação do

usuário durante a prestação do serviço, propicia exercer seu papel de cidadão, autonomia, respeito aos direitos de fala, argumentação e escolha e permite sua integração na manutenção de sua saúde e redução dos agravos⁽⁴⁾.

Com o intuito de melhorar o acompanhamento e controle da HAS foi criado o Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (DM) (2001-2003), preconizando a promoção da qualidade de vida de hipertensos e diabéticos por meio da intervenção nos fatores de risco, por meio da capacitação de agentes multiplicadores, busca ativa de hipertensos e diabéticos, estímulo ao cadastro e vinculação às unidades de saúde, além da implementação do Sistema de Cadastramento HiperDia⁽²⁾.

A instituição do cadastro de hipertensos no HiperDia tem permitido a identificação da extensão do problema e assegurado o tratamento e o acompanhamento do usuário da rede de Atenção Básica, além de produzir informações que alimentam o planejamento e a gestão dos serviços públicos de saúde⁽²⁾.

O acompanhamento e o controle de HAS e DM no âmbito da Atenção Básica pode evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a esses agravos, bem como diminuir a mortalidade por doenças cardiovasculares⁽²⁾.

Todavia, no cenário deste estudo, observou-se que alguns hipertensos não alcançavam o controle dos níveis pressóricos, mesmo recebendo o tratamento e o acompanhamento pelos serviços de saúde, fato que permite pressupor tratar-se de não adesão ao tratamento ou monitoramento inadequado do acompanhamento nos serviços.

Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HAS no âmbito da Atenção Básica, em grande parte do país observa-se a falta de vínculo entre os portadores e as unidades de saúde^(2,5).

A avaliação dos serviços da APS pode ser realizada por meio de oito dimensões, dentre as quais a designada *adesão e vínculo* que verifica o estabelecimento de laços interpessoais entre os usuários, a comunidade e os profissionais de saúde⁽⁶⁾.

O presente estudo faz parte da avaliação do desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizada com o propósito de avaliar a associação entre o controle da HAS e a adesão/vínculo dos usuários da atenção primária à saúde e fatores sociodemográficos. Seu objetivo foi avaliar a associação entre o controle pressórico e variáveis sociodemográficas, acompanhamento, adesão e vínculo do usuário.

...observou-se que alguns hipertensos não alcançavam o controle dos níveis pressóricos, mesmo recebendo o tratamento e o acompanhamento pelos serviços de saúde, fato que permite pressupor tratar-se de não adesão ao tratamento ou monitoramento inadequado do acompanhamento nos serviços.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de base populacional, realizado de maneira aleatória e probabilística em dois estágios, com uma amostra de 340 hipertensos representativa da ESF, com idade acima de 20 anos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB em 2006/2007 e acompanhados pelo serviço durante o ano de 2008.

A amostra dos participantes foi selecionada aleatoriamente nas Unidades de Saúde da Família dos cinco distritos sanitários do Município no período de novembro de 2009 a março de 2010. Os dados foram obtidos a partir de um recorte do estudo *Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil* que compõe a primeira etapa de uma coorte iniciada em 2008.

O instrumento elaborado para o estudo foi baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) e validado para avaliar os aspectos críticos da APS em países industrializados⁽⁶⁾. No Brasil, a adaptação e a revalidação foram feitas por meio um estudo realizado no município de Petrópolis⁽⁷⁾. Todavia, foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de especialistas para a utilização em indivíduos portadores de hipertensão arterial em João Pessoa.

Tomou-se como base as oito dimensões da atenção primária⁽⁶⁾: Saúde do Caso Confirmado de HAS; Acesso ao Diagnóstico; Acesso ao Tratamento; Adesão/Vínculo; Elenco de Serviços; Coordenação; Enfoque na Família; Orientação para a Comunidade.

Cada dimensão foi composta de perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas *nunca*, *quase nunca*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre*, além das opções *não se aplica* e *não sabe/não respondeu* para captar todas as possibilidades.

Segundo a recomendação do Ministério da Saúde, o acompanhamento pelo serviço foi considerado quando o indivíduo compareceu em pelo menos três consultas durante o ano, com registro da pressão arterial no prontuário⁽²⁾. Além disso, agregou-se mais um recorte de acompanhamento, considerando todos os valores de PA presentes no prontuário, independente do número de consultas em 2008.

O perfil dos hipertensos foi investigado no instrumento por meio das variáveis: sexo, faixa etária, tipo de usuário, etnia, escolaridade, situação conjugal e adesão/ vínculo.

A dimensão avaliada nessa pesquisa (Adesão/Vínculo) é constituída por oito perguntas que avaliam a adesão e o

vínculo do hipertenso com a unidade de saúde e o índice composto para a dimensão foi calculado por meio da soma dos escores dos indicadores (variando entre um e cinco). A partir desse índice fez-se necessário identificar os valores que representariam uma adesão satisfatória e uma adesão insatisfatória. Para tanto, foi utilizada a análise da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*).

Utilizou-se a regressão logística para avaliar a associação entre a variável dependente controle pressórico (dicotomizada em PA controlada ou não controlada) e as variáveis estudadas. O p-valor adotado foi de 5% e calculou-se a razão de chances (*odds ratio*) bruta e ajustada com um intervalo de confiança de 95%. O controle pressórico foi classificado de acordo com o estabelecido pelas Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia⁽⁸⁾, considerando o limite de 120 x 80 mmHg para normotensão (pressão arterial controlada). Os níveis pressóricos acima de 139 x 89 foram considerados não controlados. Os níveis pressóricos utilizados foram coletados no momento da entrevista seguindo as orientações do Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

Para a construção do banco de dados foram utilizados os *softwares* Microsoft Office Access®, Microsoft Office Excel® e as análises estatísticas no IBM SPSS Inc. PASW Statistics versão 18.0. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, protocolo nº 0101 de 29/04/2009.

RESULTADOS

A análise exploratória dos participantes é apresentada na Tabela 1 de forma geral e estratificada em PA controlada e PA não controlada.

Dentre os hipertensos, revelou-se um predomínio de mulheres (74,1%) e idosos (52,1%). A etnia foi classificada em brancos e não brancos (pardos, indígenas, amarelos e negros), predominando o maior percentual de não brancos (66,8%). Ao avaliar a escolaridade, 19,4% dos indivíduos declararam que não sabiam ler ou escrever. Quanto à situação conjugal, observou-se que a maioria dos hipertensos morava com o companheiro (79,9%).

O perfil dos hipertensos não controlados é similar ao perfil geral, com predomínio de mulheres, idosos, não brancos, escolarizados, não acompanhados e com adesão satisfatória.

Os valores calculados pela curva ROC fixaram o ponto de corte para o índice composto da Adesão/Vínculo em 3,94, ou seja, valores acima ou iguais a esse indicariam adesão satisfatória e abaixo, adesão insatisfatória. Desse modo, 89,1% dos hipertensos apresentaram adesão satisfatória.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa dos usuários hipertensos segundo as variáveis sócio-demográficas, tipo de usuário e adesão/vínculo na Estratégia Saúde da Família - João Pessoa, PB, 2009

Variáveis	TOTAL (n=340)		PA controlada		PA Não controlada		χ^2	p- valor
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								
Feminino	252	74,1	72	74,2	180	74,1	0,00	0,99
Masculino	88	25,9	25	25,8	63	25,9		
Faixa Etária								
Adulto (20 a 59 anos)	163	47,9	55	56,7	108	44,4	4,17	0,04*
Idoso (60 anos acima)	177	52,1	42	43,3	135	55,6		
Etnia								
Branco	111	32,6	37	38,1	74	30,5		
Não branco	227	66,8	59	60,8	168	69,1	1,97	0,19
Ignorado	2	0,6	1	1,0	1	0,4		
Escolaridade								
Analfabeto	66	19,4	18	18,6	48	19,8	0,06	0,88
Escolarizado	274	80,6	79	81,4	195	80,2		
Situação conjugal								
Mora com companheiro	271	79,9	75	77,3	196	80,7		
Mora sem companheiro	67	19,5	22	22,7	45	18,5	0,69	0,45
Ignorado	2	0,6	-	-	2	0,8		
Tipo de usuário (classificação do Ministério da Saúde)								
Acompanhado	111	32,6	40	41,2	71	29,2	4,58	0,03*
Não acompanhado	229	67,4	57	58,8	172	70,8		
Tipo de usuário (frequência às consultas)								
Acompanhado	163	47,9	56	57,7	107	44,0	5,21	0,03*
Não acompanhado	177	52,1	41	42,3	136	56,0		
Adesão/Vínculo								
Não satisfatória	37	10,9	13	13,4	24	9,9	0,41	0,52
Satisfatória	303	89,1	84	86,6	219	90,1		

*Ajustado para faixa etária adulto, etnia branca e tipo de usuário acompanhado.

Segundo a classificação de acompanhamento do MS (três ou mais consultas com registro da PA em prontuário), o percentual de acompanhados foi de 32,6%. Todavia, em alguns prontuários, observou-se o registro da consulta sem o valor do nível pressórico, estabelecendo assim uma nova classificação para tipo de usuário pelo número de consultas (para eliminar o fator de confusão). Ao utilizar o critério de comparecimento às consultas (sem a necessidade do registro da PA no prontuário) o percentual de acompanhados passou de 32,6 para 47,9% na nova classificação. O percentual de não acompanhados passou de 67,4% para 52,1%. Foi observada diferença significativa ($p < 0,01$) quando se comparou as classificações de tipo de usuário. Nesse caso, o tipo de acompanhamento poderia ser um fator de confundimento. Foram realizadas duas análises de regressão logística separadas com as duas classificações de tipo de usuário.

Utilizando a regressão logística (Tabela 2), verificou-se uma associação estatisticamente significativa para as variáveis faixa etária e tipo de usuário (classificação do MS), indicando que o controle pressórico associou-se à idade (quando se tratava do indivíduo idoso em relação ao adulto) e o acompanhamento (para o indivíduo acompanhado pelo serviço) ($p < 0,05$).

A regressão logística para a nova classificação do tipo de usuário mostrou associação significativa apenas para os indivíduos acompanhados ($p < 0,05$). Constatou-se que a variável tipo de acompanhamento não poderia ser considerado como um fator de confundimento, o que levou a utilizar os dados conforme a classificação do MS, como havia sido proposto. Ao avaliar se havia diferença entre o sexo masculino e o feminino para a variável adesão/vínculo, não foi observada diferença significativa, bem como para a variável escolaridade.

Tabela 2 - Associação entre controle pressórico, variáveis sociodemográficas, tipo de usuário e adesão/vínculo na Estratégia Saúde da Família - João Pessoa, PB, 2009

Variáveis	OR bruto (IC 95%)	p-valor	OR ajustado* (IC 95%)	p-valor
Sexo				
Feminino	0,99 (0,57 - 1,69)	0,97	-	-
Masculino	1			
Faixa Etária				
Adulto (20 a 59 anos)	0,61 (0,38 - 0,98)	0,04*	0,58 (0,35 - 0,94)	0,02*
Idoso (60 anos acima)	1		1	
Etnia				
Branco	0,70 (0,42 - 1,15)	0,16	0,70 (0,42 - 1,16)	0,17
Não branco	1		1	
Escolaridade				
Analfabeto	1,08 (0,59 - 1,97)	0,80	-	-
Escolarizado	1			
Situação conjugal				
Mora com companheiro	1,27 (0,71 - 2,27)	0,40	-	-
Mora sem companheiro	1			
Tipo de usuário (classificação do Ministério da Saúde)				
Acompanhado	0,58 (0,36 - 0,96)	0,03*	0,56 (0,34 - 0,93)	0,02*
Não acompanhado	1		1	
Adesão/ Vínculo				
Não satisfatória	1,27 (0,61 - 2,66)	0,51	-	-
Satisfatória	1			

IC95%: intervalo de 95% de confiança

* Ajustado para faixa etária adulto, etnia branca e tipo de usuário acompanhado.

DISCUSSÃO

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽⁸⁾, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, devido à baixa adesão ao tratamento. Na presente pesquisa encontrou-se um alto percentual de hipertensos com PA não controlada. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com indivíduos adultos na cidade de Bambaí, onde 40,5% dos hipertensos estavam em tratamento e apenas 10,4% apresentavam a pressão controlada (<140/90 mmHg)⁽⁹⁾.

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, o controle adequado dos níveis pressóricos. Porém, uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige

participação ativa dos hipertensos, não como um objeto, mas como sujeito do processo. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e a mensuração regular da pressão arterial a fim de avaliar o controle da hipertensão.

Durante as entrevistas, alguns usuários afirmaram que mediam a PA todas as vezes que se consultavam, porém alguns registros eram inexistentes. Tal fato remete a uma falha do sistema de saúde no atendimento adequado do usuário, pois o correto seria a avaliação e o registro dos níveis pressóricos para fins de comparação da evolução. Todavia, em algumas unidades foi observado que quando a consulta era realizada pelo enfermeiro os registros eram feitos em locais específicos desses profissionais, como um livro ou formulário próprio e não no prontuário.

A atenção à saúde ainda é centrada na figura do médico e há dificuldade em desvincular os cuidados de saúde da figura desse profissional, evidenciando a hegemonia do modelo biomédico⁽¹⁰⁾. Todavia, nos programas de controle da HA, a consulta do enfermeiro está regulamentada e possibilita a ações assistenciais e educativas em parceria com as equipes multidisciplinares. O cuidado ao hipertenso desempenhado pelo profissional de enfermagem visa prevenção, controle efetivo e retardo das complicações da doença⁽¹¹⁾.

No que se refere ao vínculo, a integralidade e a satisfação das necessidades são produtos do processo de trabalho dos profissionais que prestam a assistência de saúde. Durante o atendimento, é necessário que o princípio da integralidade seja respeitado. Para isso, faz-se necessário acolhimento, escuta, ações resolutivas e práticas humanizadas promotoras da empatia entre o usuário e o profissional de saúde, de modo a facilitar a adesão ao projeto terapêutico e o sucesso do tratamento. Estudos destacam que os usuários valorizam a atenção do profissional de saúde durante o atendimento, desde a recepção até o momento da consulta. A formação do vínculo entre a ESF e o usuário garante laços de confiança e corresponsabilidade entre profissionais e usuários^(4,10).

O acolhimento deriva de atitudes simples, como explicar os motivos do não atendimento imediato. Permite que o usuário perceba sua importância no serviço de saúde, o que também contribui para o sucesso do tratamento. Portanto, o vínculo possibilita propostas terapêuticas mais apropriadas à realidade de vida dos sujeitos, o que pode contribuir para maior adesão ao tratamento, promover a autonomia e o poder de decisão sobre o processo saúde-doença⁽¹⁰⁾.

O presente estudo permitiu identificar a proporção de hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, o percentual de acompanhamento desses indivíduos, os indicadores para adesão/vínculo e o percentual de indivíduos com PA não controlada.

O maior percentual de indivíduos do sexo feminino observado foi semelhante à distribuição encontrada em outros estudos. A razão para a predominância feminina nos serviços de saúde tem sido discutida na literatura como um

reflexo cultural, motivada pela forma de organização dos serviços (horário de atendimento, localização), levando os homens a aderir menos ao tratamento que as mulheres. A literatura revela uma prevalência da hipertensão arterial no sexo feminino em relação ao masculino para faixa etária na qual o indivíduo ainda é produtivo. Os autores associam esse fato à inserção das mulheres no mercado de trabalho, bem como ao movimento de urbanização e desenvolvimento tecnológico das últimas décadas⁽¹²⁾.

Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e da manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e a mudança de hábitos⁽¹³⁾. A literatura evidencia que a situação conjugal impõe relações e atitudes que podem favorecer a falta de adesão ao tratamento. Entretanto, neste estudo, não se observou associação entre a situação conjugal e a adesão.

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação das condições de saúde do indivíduo. Desse modo, faz-se necessário a adaptação ativa do sujeito a essas condições, a identificação de fatores de risco no estilo de vida, o cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e o desenvolvimento da consciência para o autocuidado. O tratamento do paciente portador de doença crônica deve favorecer a adaptação a essa condição, instrumentalizando-o para que, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença de modo a identificar, evitar e prevenir complicações, agravos e, sobretudo, a mortalidade precoce⁽¹³⁾.

Todavia, apenas a informação não é suficiente para a mudança de comportamento e o que se tem observado é a compreensão e a abordagem inadequadas do problema da adesão ao tratamento da hipertensão arterial⁽¹³⁾.

Ao analisar o perfil dos participantes da pesquisa vê-se que a maioria era idosa e com baixo nível de escolaridade, sugerindo maior dificuldade de apresentar uma visão crítica sobre o que é um serviço organizado para atender suas necessidades de acompanhamento e adesão. Para um indivíduo que antes não tinha acesso a nenhum serviço de saúde, o simples fato de poder frequentar a unidade, realizar consultas e receber a medicação necessária remete-o a responder os questionamentos com escores elevados, o que foi de fato observado em todas as questões da dimensão investigada.

No presente estudo, a maioria dos participantes apresentou adesão satisfatória; todavia, a análise da curva ROC não discriminou de maneira adequada um ponto de corte para a adesão satisfatória e não satisfatória, visto que se observou uma variabilidade muito pequena das respostas dos entrevistados, não permitindo detectar diferenças significativas entre os dois grupos. Entretanto, a pesquisa Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

aponta que o brasileiro tem problemas no acesso à rede pública de saúde, mas quando é atendido, avalia bem o serviço⁽¹⁴⁾. O Programa *Saúde da Família* foi o melhor avaliado pela população: 80,7% dos entrevistados que receberam atendimento consideraram o programa bom ou muito bom, confirmando o grau de satisfação encontrado nesse estudo⁽¹⁴⁾.

Os resultados encontrados na regressão logística evidenciaram uma associação entre o controle pressórico e o acompanhamento pelo serviço, ou seja, os indivíduos acompanhados eram os que apresentavam maior dificuldade para controlar os níveis pressóricos. Tal fato pode ser justificado quando se concebe que tais indivíduos sejam mais assíduos justamente em busca de obter o controle da hipertensão arterial. Entretanto, uma boa adesão não se limita ao comparecimento a consultas ou ao uso correto da medicação prescrita e transcende a adoção de hábitos de vida de uma maneira isolada. O vínculo deve ser considerado mais do que a adstrição a um serviço ou inscrição formal em um programa, pois significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e que promove o encontro de subjetividades⁽⁵⁾.

Uma adesão/vínculo satisfatória está relacionada à implantação de fatores ligados à instituição de saúde, cuja finalidade seja promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento⁽¹³⁾.

Atitudes de reforço e estímulo familiar em relação ao tratamento realizado ou incentivo do profissional de saúde para retorno do usuário ao tratamento, são reconhecidas como importantes para ressignificação de valores simbólicos desses usuários⁽¹²⁾.

A adesão ao tratamento é um fator complexo de ser avaliado, pois consiste em um processo comportamental influenciado pelo meio ambiente, profissionais de saúde, cuidados de assistência médica, percepção e estratégias de enfrentamento das adversidades, problemáticas de vida e redes de apoio⁽¹³⁾.

Neste estudo, observou-se que os idosos apresentam maior controle pressórico quando comparado aos adultos. Sugere-se que os idosos tenham melhor percepção do autocuidado e melhor adesão ao tratamento no que se refere ao uso correto da medicação e adoção de hábitos alimentares e de vida, o que não pode ser constatado, visto não ser objeto desta pesquisa. Estudos demonstraram que o descontrole pressórico pode despertar sentimentos como medo da morte, de complicações à saúde e o receio de hospitalizações. Tais sentimentos podem ser mais acentuados nos idosos, levando-os a um maior autocuidado⁽¹²⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu dar uma maior visibilidade à problemática por meio de uma abordagem inédita de

avaliação do controle da hipertensão arterial. Até o momento não foram encontrados estudos representativos, realizados no Nordeste, nos quais há maior preocupação por parte do Ministério da Saúde em controlar doenças crônicas não transmissíveis por meio da Estratégia Saúde da Família, incentivando a criação de programas para esse fim.

Deste modo, foi possível levantar questionamentos e gerar subsídios para que os gestores em saúde possam identificar os grupos mais vulneráveis à falta de adesão e, conseqüentemente, à falta de controle pressórico,

contribuindo para o processo de tomada de decisão, a fim de subsidiar os gestores na elaboração e implementação de políticas públicas racionais e de práticas de saúde mais eficientes para o controle da hipertensão arterial.

Espera-se que esse modelo de avaliação possa ser adotado em outras localidades, gerando parâmetros para comparação entre serviços de saúde de municípios distintos. Espera-se ainda que possa motivar estudos qualitativos que o complementem de modo a buscar meios de repensar a organização do sistema de saúde, para que corresponda às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Brasília; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília; 2001.
3. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):2299-306.
4. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Bonding to implement the Family Health Program at a basic health unit. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2012 Mar 12];43(2):358-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a15v43n2.pdf
5. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):31-46.
6. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2002;50(2):161-75.
7. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 Supl 1):I-III.
9. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study: factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):817-27.
10. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Perceptions of Primary Health Care needs according to users of a health center. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2012 Mar 14];45(1):19-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_03.pdf
11. Pires CGS, Mussi FC. Reflecting about assumptions for care in the healthcare education for hypertensive people. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2012 Mar 12];43(1):229-36. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_30.pdf
12. Machado LRC, Car MR. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):573-80.
13. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e paciente. *Interface Comum Saúde Educ*. 2005;9(16):91-104.
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social. Brasília; 2011.