

Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família

Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy
Adhesión/vínculo de personas con hipertensión arterial en la Estrategia Salud de la Familia

Anderson da Silva Rêgo¹, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic¹

¹ Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1030-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>

Submissão: 22-04-2017

Aprovação: 30-05-2017

RESUMO

Objetivo: avaliar a adesão/vínculo e associar ao controle pressórico e ao acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo transversal, realizado com 417 pessoas em tratamento da hipertensão arterial, residentes em um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2016, utilizando-se um instrumento adaptado e validado para a avaliação da satisfação com os serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde. Empregou-se a análise de variância e o modelo de regressão logística para tratamento das variáveis. **Resultados:** evidenciou-se que as pessoas com acompanhamento inadequado avaliam a relação entre profissional/usuário e a orientação quanto às medicações em uso, como insatisfatório. **Conclusão:** a fragilidade das orientações e do diálogo entre os profissionais de saúde e usuários pode acarretar na inadequação quanto ao controle pressórico e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial. **Descritores:** Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the adherence and associate it to blood pressure control and to follow-up observation of people with hypertension in the Brazil's Family Health Strategy. **Method:** cross-sectional study, conducted with 417 people in treatment of hypertension, living in a municipality located in the Northwest region of the state of Paraná, Brazil. The data were collected in the first 2016 semester, using an instrument adapted and validated for the evaluation of satisfaction with the services offered by Primary Health Care. Analysis of variance and the logistic regression model were used for the treatment of variables. **Results:** it was evidenced that people with inadequate follow-up observation evaluate the relations between professional/user and the guidance to the medications used as unsatisfactory. **Conclusion:** weak guidelines and ineffective dialogue between health professionals and users might result in an inadequate follow-up observation of blood pressure control and of people with hypertension. **Descriptors:** Healthcare; Primary Health Care; Health Services Research; Nursing; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la adhesión/el vínculo y asociar al control presorico y al acompañamiento de personas con hipertensión arterial en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio transversal, realizado con 417 personas en tratamiento de la hipertensión arterial, residentes en un municipio ubicado en el noroeste del estado de Paraná, Brasil. La recogida de datos fue realizada en el primer semestre de 2016, utilizándose un instrumento adaptado y validado para la evaluación de la satisfacción con los servicios ofertados por la Atención Primaria a la Salud. Se empleó el análisis de variancia y el modelo de regresión logística para el tratamiento de las variables. **Resultados:** se evidenció que las personas con el acompañamiento no adecuado evalúan la relación entre el profesional/el usuario y la orientación cuanto a las medicinas en uso, como no satisfactorio. **Conclusión:** la fragilidad de las orientaciones y del diálogo entre los profesionales de salud y los usuarios puede acarrear en la no adecuación cuanto al control presorico y el acompañamiento de personas con hipertensión arterial. **Descritores:** Recepción; Atención Primaria a la Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Enfermería; Estrategia Salud de la Familia.

AUTOR CORRESPONDENTE

Anderson da Silva Rêgo

E-mail: anderson.dsre@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), vigente no Brasil desde o ano de 1994, tem resultado em um modelo assistencial preventivo e resolutivo no país, de forma descentralizada, com atenção à saúde mais próxima das comunidades. Estas ações oportunizam o acesso aos serviços de saúde como direito de todo cidadão brasileiro e que tem como adesão e vínculo ferramentas de serviços que contribuem para a eficácia das ações, promovendo a segurança dos usuários com os serviços ofertados pelos profissionais de saúde⁽¹⁻²⁾.

No entanto, o atual panorama da assistência no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sofrido transformações no processo de trabalho, requerendo diversidade no manejo das ações desenvolvidas para reforçar a atenção prestada⁽²⁾. No acompanhamento das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), devido à alta prevalência de óbitos estimado em mais de 38 milhões em 2012⁽³⁾, a APS tem papel fundamental para o sucesso do controle e tratamento dessas doenças⁽⁴⁾.

A hipertensão arterial (HA) é uma das doenças crônicas mais prevalentes que acomete cerca de 31% da população mundial e gera um impacto nas políticas de saúde pública devido à sua carga incapacitante. O seu tratamento é comumente baseado na terapia medicamentosa, com mudanças nos hábitos de vida, principalmente na promoção da prática de atividades físicas e nas modificações alimentares⁽⁴⁾.

Neste aspecto, as intervenções realizadas para garantir o controle e a prevenção das complicações da HA são caracterizadas por abordagens que visam às necessidades individuais, considerando o perfil cultural e socioeconômico, identificando os indicadores de risco e probabilidade de complicações da morbidade. Essas ações assistenciais possibilitam a convivência harmônica com a doença e garantia de melhor qualidade de vida sendo os profissionais de saúde os facilitadores para adesão ao tratamento de escolha^(2,5).

Em 2001, com o objetivo de garantir a assistência no âmbito da ESF, com identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde, foi estabelecido o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, pautado em diretrizes e metas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os objetivos deste plano, destacam-se: assegurar o diagnóstico da morbidade; criação de vínculo entre profissionais de saúde e as pessoas recém-diagnosticadas com a doença; início e acompanhamento do tratamento; promover capacitação e atualização dos profissionais de saúde; controle resolutivo dos casos; suprir a necessidade em saúde das pessoas com atendimento de qualidade⁽⁶⁾.

Deste modo, os serviços realizados pela APS compreendem-se em um conjunto de elementos estruturais que contribuem para a resolutividade destas necessidades e que precisam ser analisadas. Para tanto, a avaliação em saúde caracterizada pelo teor reflexivo, crítico sobre as ações ofertadas são imprescindíveis quando considerado o objetivo de ser o suporte na tomada de decisões, possibilitando a identificação de fatores problemáticos nas práticas e manejo das ações diárias⁽⁷⁾.

Neste aspecto, a criação do vínculo com o usuário é uma ferramenta que poderá estimular as práticas de autocuidado e

na continuidade da assistência como consequência dos laços de confiança que são gerados⁽⁴⁾. No que tange a adesão, que caracteriza a longitudinalidade ou a continuidade dos serviços prestados, proporciona aos profissionais de saúde práticas assistenciais humanizadoras, com acolhimento das necessidades de saúde, capaz de favorecer a empatia com os usuários, construindo a relação respeitosa, através do diálogo e da escuta^(2,4).

Sendo assim, as mudanças produzidas pelo diagnóstico de uma morbidade crônica, principalmente a HA, a adesão ao tratamento, às características sociais e culturais, como também os fatores emocionais necessitam ser investigadas⁽⁸⁾, considerando que a fragilidade da adesão e do vínculo é um fator que propicia ao inadequado controle pressórico e à baixa assiduidade dos usuários às consultas de rotina, o que vem sendo discutido na literatura e que demonstra a necessidade da avaliação desses serviços ofertados ao portador de doença crônica, atentando-se na complexidade das medicações e no perfil sociodemográfico e de saúde dessas pessoas^(2,4-6,8).

OBJETIVO

Avaliar a adesão/vínculo e associar ao controle pressórico e ao acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada em um município localizado na região noroeste do estado do Paraná, Brasil. O município em questão possui uma população estimada em 403.063 habitantes e o sistema municipal de saúde organiza-se de forma descentralizada, com 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento e cerca de 74 equipes da ESF, perfazendo uma cobertura de 68,01% da população⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre do ano de 2016, por um mestrando (pesquisador principal), uma doutoranda, dois acadêmicos da graduação, integrados à um projeto de iniciação científica. Foi realizado um treinamento pelo pesquisador principal com os demais membros da equipe de coleta quanto à aplicação dos instrumentos utilizados. Na sequência, iniciou-se o contato inicial com gestores e enfermeiros das equipes de ESF, em que foram informados sobre o objetivo do estudo. Os participantes elegíveis e que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados individualmente, em sala reservada, durante a espera para a reunião do HIPERDIA.

População e amostra

Participaram do estudo usuários em tratamento da hipertensão arterial, cadastrados no programa HIPERDIA e acompanhados pelas equipes da ESF. Foi definido como critério de

inclusão as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na área urbana do município, com cadastro no HI-PERDIA realizado até o ano de 2014, para que a análise do acompanhamento do ano de 2015 pudesse ser realizada e ter sido atendida por profissionais de saúde das UBS nos últimos seis meses antes da coleta de dados.

O número total de pessoas considerado para o cálculo amostral foi de 27.741 usuários. Por conseguinte, foi realizada uma amostra representativa calculada por meio de um processo de amostragem aleatória simples, com erro de estimativa de 5% e intervalo de confiança de 95% e acrescido de mais 15% para possíveis perdas. Desta forma, a amostra do estudo foi de 437 pessoas, estratificadas de acordo com o número de atendidos em cada UBS do município. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final foi de 417 pessoas.

Protocolo de estudo

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro avaliou o nível socioeconômico⁽¹¹⁾ e o segundo foi um instrumento adaptado e validado no Brasil⁽¹²⁾ que avaliou a satisfação do usuário com HA com os serviços prestados pela APS. O último instrumento contempla as questões sobre o perfil sociodemográfico, clínico e os atributos referentes à APS, como acesso ao diagnóstico, acessibilidade ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e na orientação da comunidade.

Para este estudo, foi avaliado a dimensão adesão/vínculo composta por 10 indicadores que correspondem à relação entre profissional de saúde e usuário de acordo com o acompanhamento e o atendimento ofertado. Os entrevistados responderam perguntas referentes ao domínio com resposta única, do tipo 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”⁽¹²⁾.

Os valores da pressão arterial aferidos no dia das entrevistas foram categorizados em “controle pressórico adequado” (pressão arterial sistólica (PAS) ≤ a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) ≤ a 90mmHg), seguindo os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁽¹³⁾. Para análise do acompanhamento regular dos usuários foram seguidos os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾, que considera adequado aquele que comparece à UBS no mínimo três vezes ao ano, com valores pressóricos aferidos e registrados no prontuário⁽²⁾. Para este estudo foram considerados os registros nos prontuários referentes ao ano de 2015.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram tabulados duplamente na planilha eletrônica da Microsoft Office Excel 2010, as inconsistências foram corrigidas e os procedimentos de análise estatística foram realizados no software IBM SPSS versão 20.0.

Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para a análise de variância com obtenção da média, índice de confiança de 95% e desvio padrão dos indicadores. Posteriormente, foram classificados a partir do ponto de corte das médias obtidas através do teste, dividindo em satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3)

e insatisfatório (< 3), de acordo com o estudo realizado pelos autores do instrumento⁽⁸⁾.

Utilizou-se a análise regressão logística univariada, com o método Forward, em que foram consideradas e inseridas em ordem crescente no modelo multivariado as variáveis que resultaram o valor de $p < 0,20$. As associações foram estimadas pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, estabelecendo o valor de $p < 0,05$ como significância estatística. A variável dependente utilizada foi a classificação da média da avaliação dos indicadores de adesão/vínculo e a independente foram os resultados categorizados do controle pressórico e acompanhamento regular.

RESULTADOS

Dentre os entrevistados, predominou-se a população idosa com idade superior/igual a 70 anos (31,9%), do sexo feminino (67,9%), com até oito anos de estudo (61,1%), da cor branca (62,3%) e que pertencia à classificação econômica do extrato C (43,9%). Quanto ao acompanhamento na ESF, 62,8% foram classificados como adequado e 53,7% mantinham o controle pressórico adequado.

Tabela 1 – Indicadores da adesão/vínculo avaliados pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2016

| Rótulo | Adesão/Vínculo | Média | DP | IC 95% |
|--------|--|-------|------|-------------|
| A1 | Quando o (a) Sr. (a) vai à unidade de saúde para a consulta de HA é atendido pelo mesmo profissional? | 3,35 | 1,27 | 3,22 - 3,47 |
| A2 | Se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende? | 3,41 | 1,23 | 3,29 - 3,53 |
| A3 | Quando o (a) Sr. (a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido? | 3,61 | 1,23 | 3,49 - 3,73 |
| A4 | O profissional da unidade de saúde que o (a) Sr. (a) está fazendo o tratamento responde as suas perguntas de maneira clara? | 3,78 | 1,21 | 3,67 - 3,90 |
| A5 | O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o (a) Sr. (a) fale suas dúvidas ou preocupações? | 3,62 | 1,25 | 3,50 - 3,74 |
| A6 | Quando o (a) Sr. (a) consulta na unidade de saúde, a profissional conversa sobre outros problemas de saúde? | 3,65 | 1,23 | 3,53 - 3,77 |
| A7 | O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o (a) Sr. (a) está utilizando? | 3,97 | 1,22 | 3,85 - 4,09 |

Continua

Tabela 1 (cont.)

| Rótulo | Adesão/Vínculo | Média | DP | IC 95% |
|--------|---|-------|------|-------------|
| A8 | O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HA? | 3,79 | 1,21 | 3,67 - 3,91 |
| A9 | Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade? | 3,88 | 1,18 | 3,85 - 4,09 |
| A10 | O (A) Sr. (a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais? | 4,79 | 0,23 | 4,72 - 4,86 |

Nota: DP: Desvio Padrão; IC95%: Índice de Confiança; HA: Hipertensão Arterial.

A análise exploratória da adesão/vínculo é apresentada na Tabela 1. Os indicadores que apresentaram menores médias foram: A1 (3,35±1,27), A2 (3,41±1,23) e A3 (3,61±1,23), com uma avaliação regular. O A10 (4,79±0,23) foi o único indicador que obteve avaliação satisfatória.

Na Tabela 2 observa-se que o usuário classificado com acompanhamento inadequado possui 1,63 vezes mais chances de avaliar o diálogo com os profissionais sobre outros problemas de saúde (A6) como regular. O mesmo se dá para o A8 que possui 1,55 vezes mais chances de avaliar o item como regular. Pessoas com o controle pressórico inadequado possuem 1,83 vezes mais chances de avaliar o A8 como insatisfatório (Tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores de adesão/vínculo e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e controle pressórico na Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2016

| Rótulo | Classificação | Acompanhamento adequado | | Análise univariada | | | Controle pressórico adequado | | Análise univariada | | |
|--------|----------------|-------------------------|-----|--------------------|-----------|--------------------|------------------------------|-----|--------------------|-----------|--------------------|
| | | Sim | Não | OD | IC 95% | p | Sim | Não | OD | IC 95% | p |
| A1 | Satisfatório | 92 | 62 | 1 | | | 92 | 69 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 69 | 38 | 0,62 | 0,37-10,5 | 0,081 [†] | 46 | 55 | 1,61 | 0,98-2,67 | 0,060 [†] |
| | Regular | 101 | 55 | 0,73 | 0,46-1,16 | 0,187 [†] | 85 | 70 | 1,10 | 0,70-1,71 | 0,671 |
| A2 | Satisfatório | 97 | 71 | 1 | | | 123 | 110 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 59 | 30 | 0,69 | 0,40-1,18 | 0,182 [†] | 24 | 30 | 1,39 | 0,77-2,53 | 0,270 |
| | Regular | 106 | 54 | 0,69 | 0,44-1,09 | 0,113 [†] | 77 | 53 | 0,77 | 0,49-1,18 | 0,237 |
| A3 | Satisfatório | 128 | 80 | 1 | | | 113 | 95 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 49 | 33 | 1,07 | 0,63-1,01 | 0,779 | 38 | 44 | 1,37 | 0,82-2,30 | 0,221 |
| | Regular | 85 | 42 | 0,79 | 0,49-1,25 | 0,320 | 73 | 54 | 0,88 | 0,56-1,37 | 0,573 |
| A4 | Satisfatório | 152 | 88 | 1 | | | 127 | 113 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 32 | 29 | 1,56 | 0,88-2,76 | 0,121 [†] | 25 | 36 | 1,61 | 0,91-2,86 | 0,098 [†] |
| | Regular | 78 | 38 | 0,84 | 0,52-1,34 | 0,470 | 72 | 44 | 0,68 | 0,43-1,08 | 0,104 [†] |
| A5 | Satisfatório | 126 | 80 | 1 | | | 112 | 94 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 48 | 27 | 0,88 | 0,51-1,53 | 0,665 | 38 | 37 | 1,16 | 0,68-1,96 | 0,582 |
| | Regular | 88 | 48 | 0,85 | 0,54-1,34 | 0,508 | 74 | 62 | 0,99 | 0,64-1,54 | 0,994 |
| A6 | Satisfatório | 125 | 89 | 1 | | | 115 | 99 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 46 | 25 | 0,76 | 0,43-1,33 | 0,343 | 38 | 33 | 1,00 | 0,58-1,72 | 0,975 |
| | Regular | 91 | 41 | 1,63 | 1,40-2,00 | 0,050 [†] | 71 | 61 | 0,99 | 0,64-1,54 | 0,993 |
| A7 | Satisfatório | 144 | 89 | 1 | | | 128 | 119 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 33 | 21 | 1,03 | 0,56-1,89 | 0,925 | 25 | 22 | 0,94 | 0,50-1,76 | 0,863 |
| | Regular | 85 | 45 | 0,85 | 0,54-1,34 | 0,498 | 71 | 52 | 0,78 | 0,50-1,21 | 0,284 |
| A8 | Satisfatório | 146 | 101 | 1 | | | 99 | 69 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 27 | 20 | 1,07 | 0,56-2,01 | 0,832 | 39 | 50 | 1,83 | 1,09-3,09 | 0,021 [†] |
| | Regular | 89 | 34 | 1,55 | 1,34-1,88 | 0,013 [†] | 86 | 74 | 1,23 | 0,79-1,91 | 0,345 |
| A9 | Satisfatório | 163 | 95 | 1 | | | 136 | 122 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 30 | 18 | 1,02 | 0,54-1,94 | 0,929 | 24 | 24 | 1,11 | 0,60-2,06 | 0,730 |
| | Regular | 69 | 42 | 1,04 | 0,66-1,65 | 0,853 | 64 | 47 | 0,81 | 0,52-1,28 | 0,382 |
| A10 | Satisfatório | 249 | 144 | 1 | | | 214 | 179 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 6 | 5 | 1,44 | 0,43-4,08 | 0,552 | 5 | 6 | 1,43 | 0,43-4,77 | 0,557 |
| | Regular | 7 | 6 | 1,48 | 0,48-4,49 | 0,487 | 5 | 8 | 1,91 | 0,61-5,95 | 0,263 |

Nota: [†]Inclusos na análise multivariada; OD: Odds Ratio; IC95%: Índice de Confiança.

Tabela 3 – Indicadores de adesão/vínculo e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e controle pressórico na Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2016

| Rótulo | Classificação | Acompanhamento Adequado | | Análise Multivariada | | |
|--------|----------------|-------------------------|-----|----------------------|-----------|--------|
| | | Sim | Não | OD | IC 95% | p |
| A2 | Satisfatório | 97 | 71 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 59 | 30 | 0,53 | 0,29-0,99 | 0,048 |
| | Regular | 106 | 54 | 0,71 | 0,45-1,14 | 0,159 |
| A4 | Satisfatório | 152 | 88 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 32 | 29 | 2,46 | 1,12-5,42 | 0,024* |
| | Regular | 78 | 38 | 0,94 | 0,52-1,70 | 0,861 |
| A8 | Satisfatório | 146 | 101 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 27 | 20 | 0,71 | 0,31-1,64 | 0,436 |
| | Regular | 89 | 34 | 0,90 | 0,51-1,57 | 0,713 |

| Rótulo | Classificação | Controle pressórico adequado | | Análise multivariada | | |
|--------|----------------|------------------------------|-----|----------------------|-----------|--------|
| | | Sim | Não | OD | IC 95% | p |
| A1 | Satisfatório | 92 | 68 | 1 | | |
| | Insatisfatório | 46 | 56 | 1,43 | 0,51-4,00 | 0,489 |
| | Regular | 85 | 70 | 1,17 | 0,61-2,26 | 0,625 |
| A4 | Satisfatório | 127 | 113 | 1 | | |
| | Satisfatório | 25 | 36 | 10,4 | 0,54-1,98 | 0,902 |
| | Regular | 72 | 44 | 1,30 | 0,78-2,16 | 0,298 |
| A8 | Satisfatório | 99 | 69 | 1 | | |
| | Satisfatório | 39 | 50 | 1,17 | 0,61-2,26 | 0,625 |
| | Regular | 86 | 74 | 1,87 | 1,08-4,28 | 0,022* |

Nota: *Significância estatística na análise multivariada; OD: Odds Ratio; IC95%: Índice de Confiança.

Os entrevistados com acompanhamento inadequado possuem 2,46 vezes mais chances de avaliar o A4 como insatisfatório. As pessoas com controle pressórico inadequado possuem 1,87 vezes mais chances de avaliar o A8 como insatisfatório (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Apesar de mais da metade dos entrevistados estarem com acompanhamento e controle pressórico adequado, faz-se importante apresentar o nível de satisfação destes usuários com a adesão/vínculo estabelecidos junto aos profissionais, uma vez que, a participação destes promotores é de considerável importância para que haja sucesso nos resultados oriundos do tratamento^(2,14). Nesse aspecto, o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde simboliza uma relação respeitosa e caracteriza a longitudinalidade e continuidade da atenção prestada de acordo com a participação do usuário no tratamento da morbidade, como membro ativo do processo e que tem direito de ouvir, questionar e opinar⁽²⁾.

Entre os atributos com a menor média na avaliação foi o atendimento prestado pelo mesmo profissional, que não

apresentou uma associação significativa entre o acompanhamento adequado e o controle pressórico destes participantes. Em estudo qualitativo realizado com pessoas em tratamento da hipertensão arterial, os resultados apontaram uma mudança constante na equipe de saúde o que gera dificuldade de adesão e criação de vínculo entre profissional e usuário⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que, o acompanhamento periódico da pessoa com HA pelo mesmo profissional possibilita a aproximação entre ambos e proporciona melhor adesão e participação ao tratamento, principalmente pela hipertensão arterial ser uma doença crônica, de tratamento prolongado e que pode acarretar outros problemas de saúde derivados de sua cronicidade⁽¹⁴⁾.

Nesse aspecto, é muito comum o doente ter dúvidas a respeito da doença, principalmente quando ocorrem fatos novos ou quando não há sucesso nas medidas terapêuticas de controle pressórico. O item A2 obteve a menor média quando comparado aos demais indicadores na avaliação, em que se questionou o acolhimento do profissional de saúde e que apontou fragilidades no diálogo contínuo com o usuário, principalmente para identificar situações de vulnerabilidade social, física, psicológica e até mesmo espiritual, que interfere em um melhor conhecimento e compreensão da doença, como também, uma melhor adesão ao tratamento.

Um estudo realizado no Ceará demonstrou que o usuário com HA, além de ocasionar a não adesão à farmacoterapia, o conhecimento insuficiente sobre a doença acarreta fragilidades nas práticas de autocuidado, potencializando a ocorrência de complicações decorrentes da doença⁽¹⁵⁾. Os resultados de outra pesquisa demonstraram que os fatores associados às hospitalizações decorrentes de complicações da HA tiveram diagnóstico mais frequentes de crise hipertensiva, complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, controle pressórico inadequado associados à não adesão à terapia farmacológica e à presença de outras morbidades. Desta forma, a cronicidade da hipertensão arterial e o impacto gerado no perfil de morbimortalidade na população brasileira dificulta a garantia de acompanhamento e de ações em saúde e prevenção dos agravos⁽¹⁶⁾.

A assiduidade pode favorecer a redução dos sintomas tensionais principalmente pela avaliação holística realizada pelos profissionais de saúde e a possibilidade de alteração no esquema terapêutico, mas reitera-se a importância de desenvolver a escuta, com disponibilidade de tempo para que o usuário exponha suas necessidades, dúvidas, para que possa ser desenvolvido e/ou fortalecido a confiança profissional e que o tratamento tenha resultado efetivo⁽¹⁷⁾.

No que tange ao controle pressórico, os resultados demonstraram que as pessoas com controle inadequado possuem mais chances de avaliar o item A8 como insatisfatório. Apesar das diferenças clínicas, esses resultados assemelham-se comum a estudo realizado no município de Serra - ES, com mulheres usuárias da APS⁽¹⁸⁾. Em um estudo realizado no interior do estado do Paraná, os resultados apontam uma alta prevalência de não adesão ao tratamento farmacológico da HA, sendo que estes possuíam conhecimento inadequado sobre a doença, além da complexidade das medicações prescritas e a insatisfação com os serviços prestados⁽¹⁹⁾.

Os resultados de um ensaio clínico randomizado, realizado com pessoas em tratamento da hipertensão arterial em um serviço público da Malásia, demonstrou que as intervenções realizadas através de orientações sobre as medicações e o tratamento aumentaram estatisticamente o conhecimento da população sobre a doença, como também, houve crescimento na adesão à terapia medicamentosa e redução nos valores pressóricos dos participantes⁽²⁰⁾. Reitera-se a importância da educação em saúde e as ações educacionais a população, tendo em vista a inserção multiprofissional nos programas de acompanhamento vigentes no país.

Neste mesmo panorama, considera-se importante o Cuidado as Condições Crônicas na APS, em que o cuidado colaborativo é uma ferramenta sugerida para a melhoria das ações assistenciais e que necessitam ser implementadas. Desta forma, salienta-se sobre a importância deste estudo e de pesquisas relacionadas à avaliação em saúde para que os profissionais possam compreender a necessidade de mudanças organizacionais, primeiro passo para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) nas unidades de saúde e melhoria da qualidade de vida da população, com assistência resolutive às necessidades de saúde⁽²¹⁾.

Salienta-se que a maioria dos entrevistados não desejaria ser atendida em outra UBS por motivos relacionados à assistência recebida dos profissionais de saúde. Por mais que a rotatividade de médicos seja um atributo avaliado como insatisfatório, a escolha de atendimento pela UBS mais próxima de sua residência ainda é a opção mais viável. Para amenizar a escassez de médicos na atenção primária, o Ministério da Saúde implantou o Programa Mais Médicos (PMM), em outubro de 2013, pela Lei Nº 12.871, que visa suprir a necessidade e garantir o direito a saúde a toda a população. Apesar dos esforços, o programa ainda gera dúvidas e insegurança quanto à assistência, principalmente por questões políticas. No entanto, evidências atuais apontam o impacto positivo do PMM no Brasil e sua potencialidade em diagnosticar doenças, aprimorar e tratar casos específicos e sensíveis à APS⁽²²⁾.

A consulta de enfermagem pode ser uma abordagem eficiente e que poderá reduzir a insatisfação com a rotatividade de profissionais médicos, uma vez que, sua presença poderá fortalecer laços e gerar confiança nos pacientes atendidos, salientando que tal abordagem não reduz a importância e atribuições dos médicos no diagnóstico, tratamento e controle de morbidades⁽²³⁾. Deste modo, esta ação poderá contribuir com a melhora dos sintomas tensionais da HA e juntamente com avaliação constante do quadro clínico, podem reduzir o risco de complicações, de internações por causas evitáveis e os custos do governo com o SUS⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Um estudo realizado no Reino Unido relatou a importância do enfermeiro como líder no processo assistencial, sendo o profissional que está mais próximo da comunidade e a consulta realizada pelo mesmo favorece o conhecimento das necessidades do usuário. O estudo ainda aponta a necessidade da assistência individual para assegurar o direito à saúde de forma equânime, uma vez que, os profissionais que atuam no sistema de saúde inglês organizam o processo de trabalho e manejo das ações na prevenção e controle das doenças crônicas através de evidências científicas baseadas em protocolos clínicos⁽²⁵⁾.

O MACC sugere uma assistência com identificação das particularidades em saúde das pessoas no controle e tratamento das doenças e que podem ser integradas às práticas assistenciais ofertadas pela APS no país⁽²¹⁾, identificando as necessidades em saúde, com trabalho multiprofissional, para a construção de um plano de cuidados que seja acessível, compreensível e resolutive⁽²⁶⁾. Os resultados de um estudo de intervenção apontaram evidência na relação das atividades multiprofissionais com a redução dos valores pressóricos dos indivíduos participantes e que as atividades oportunizaram a autonomia e o autocuidado, em que a percepção sobre o processo de enfrentamento da condição crônica poderia ser partilhada, promovendo orientações diretas à necessidade, potencializando a importância da adesão e do vínculo ao tratamento⁽²⁷⁾.

Limitações do estudo

Como limitação destaca-se a indisponibilidade de algumas informações contidas nos prontuários eletrônicos ou a inadequação quanto ao preenchimento das ações que são realizadas constantemente pelos profissionais. Ainda há dificuldades relacionadas ao sistema eletrônico de algumas equipes, que persistem em utilizar os prontuários impressos, evidenciando a necessidade de capacitação profissional constante, considerando os avanços tecnológicos e de equipamentos que são desenvolvidos com o intuito de melhorar e aprimorar a assistência.

Contribuições para a área da Enfermagem, saúde ou política pública

Os achados deste estudo podem contribuir com o planejamento das ações em enfermagem, propiciando a reavaliação das práticas assistenciais e o manejo das ações em saúde que são direcionadas às pessoas com hipertensão arterial, com atenção à população de forma mais holística e identificando necessidades, com atendimento resolutive e de melhora da qualidade de vida.

Ademais, sugere-se que novas pesquisas possam ser realizadas, principalmente no que se referem às recentes mudanças nas ações de atenção às pessoas com doença crônica no país e que possivelmente podem implicar em fragilidades na adesão e no vínculo de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes *Mellitus*. Neste prisma, reitera-se a realização de pesquisas, principalmente de metodologias qualitativas para complementação dos resultados deste estudo, como também, na identificação de barreiras organizacionais que interferem nas ações assistenciais ofertadas pelas equipes de ESF.

CONCLUSÃO

Conclui-se que na dimensão adesão/vínculo a maioria dos entrevistados avaliou como regular a questão relacionada ao atendimento pelo mesmo profissional, de resolução de dúvidas sobre os medicamentos em uso para o controle e tratamento da doença e sobre outros assuntos relacionados à saúde. Na associação, encontrou-se significância entre os usuários classificados como acompanhamento inadequado, em que possui mais chances de avaliar o diálogo entre os profissionais sobre outros problemas de saúde como regular. As

pessoas com controle pressórico inadequado possuem mais chances de avaliar a orientação do profissional da unidade de saúde sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HA como insatisfatório.

Observou-se que a adesão/vínculo entre pessoas com hipertensão arterial e os profissionais das UBS possuem fragilidades relacionadas diretamente ao modo organizacional e a disponibilidade de recursos humanos nos locais em que o estudo foi realizado. Neste aspecto, estimula-se a reavaliação e reorganização as ações realizadas, principalmente em relação ao acolhimento, que poderá ainda reverter à avaliação do indicador

referente às orientações prestadas pelos profissionais de saúde sobre as medicações e seus possíveis efeitos adversos.

AGRADECIMENTOS

Os autores deste estudo agradecem ao Dr. Neir Antunes Paes pela autorização em utilizar o instrumento de sua autoria na coleta de dados. A Dra. Rosana Rosseto de Oliveira e ao Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Maringá – UEM, pelo auxílio estatístico no processo de amostragem, tratamento dos dados e resultados do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Rego AS, Oliveira RG, Macerau WMO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Radovanovic CAT. Stratification of family risk in the context of family health strategy. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 11];10(3):977-84. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9143/pdf_9818
2. Silva CS, Paes NA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Silva ATMC, Araújo JSS. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of primary healthcare. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2016 Sep 11];47(3):584-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00584.pdf
3. World Health Organization (WHO). Health statistics and information systems. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 05]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
4. Girão ALA, Freitas CHA. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 11];37(2):e60015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160260015.pdf
5. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014[cited 2016 Sep 10];22(4):547–53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília, DF: 2001.
7. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2013[cited 2016 Sep 10];15(1):37-47. Available from: <https://doi.org/10.21722/rbps.v15i4.7597>
8. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Accessibility of users with hypertension in the family health strategy. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 12];19(1):124-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0124.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF, 2016[cited 2016 Jun 25]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
10. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Maringá [Internet]. Curitiba: IPARDES; 2016 [cited 2016 Sep 16]. Available from: <http://www.ipardes.gov.br/cademos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Adoção do CCEB 2008: Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2015.
12. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 25];36(2):87-93. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v36n2/03.pdf>
13. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 18];107(3). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0067.pdf>
14. Silva JVM, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 28];68(4):541-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0626.pdf
15. Souza NPG, Oliveira GYN, Giraão ALA, Souza LM, Maniva SJCF, Freitas CHA. Conceptions of illness from hypertension and Diabetes Mellitus among a group of hospital inpatients. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 10];23(1):52-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a09.pdf>

16. Barreto MS, Marcon SS. Hospitalization due to complications of arterial hypertension in primary care patients. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2016 Sep 10]; 26(4):313-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en_v26n4a03.pdf
17. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2016 [cited 2016 Sep 10];20(1):114-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0114.pdf>
18. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2015 [cited 2016 Sep 16];23(3):553-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf
19. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2014 [cited 2016 Sep 15];22(3):484-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf>
20. Salieem F, Hassali MA, Shafie AA, Haq NU, Farooqui M, Aljadhayy H, et al. Pharmacist intervention in improving hypertension-related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: anon-clinical randomized controlled trial. *Health Expectations [Internet]*. 2013[cited 2016 Sep 15];18:1270-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060860/pdf/HEX-18-1270.pdf>
21. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
22. Girardi SB, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2016 [cited 2016 Sep 15];21(9):2675-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/en_1413-8123-csc-21-09-2675.pdf
23. Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C, Redman J. Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. *JAN [Internet]*. 2011[cited 2016 Sep 15];68(4):721-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05811.x>
24. Orfão NH, Andrade RLP, Beraldo AA, Brunello MEF, Scatena LM, Villa TCS. Adherence therapeutic to the treatment of tuberculosis in a municipality of the São Paulo state. *Cienc Cuid Saude [Internet]*. 2015 [cited 2016 Sep 16];14(4):1453-1461. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25093/16533>.
25. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016[cited 2016 Sep 16];69(1):169-77. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0182.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014.
27. Radovanovic CAT, Bevilaqua CA, Molena-Fernandes CA, Marcon SS. Multi-professional intervention in adults with arterial hypertension: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016[cited 2016 Sep 16];69(6):1005-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1067.pdf