

Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária*

Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care

Factores asociados al inadecuado control de la tensión arterial en pacientes de la atención primaria

Mayckel da Silva Barreto¹

Laura Misue Matsuda¹

Sonia Silva Marcon¹

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

RESUMO

Objetivos: Identificar a associação entre fatores socioeconômicos, pessoais e de cuidado à saúde, com o inadequado controle pressórico. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, realizado junto a 392 indivíduos com hipertensão arterial, selecionados aleatoriamente e de forma proporcional, dentre os cadastrados nas 23 Unidades Básicas de Saúde de um município do Sul do Brasil. Os dados foram coletados nos domicílios, no período de dezembro de 2011 a março de 2012, utilizando-se um questionário semiestruturado. **Resultados:** Quase metade dos entrevistados apresentou inadequado controle pressórico, o qual esteve associado à idade igual ou superior a 60 anos; não adesão à farmacoterapia; não comparecimento às consultas agendadas e; consumo de três ou mais drogas anti-hipertensivas. **Conclusão:** Dentre às ações para melhorar o controle pressórico das pessoas com hipertensão arterial, a equipe de saúde necessita criar estratégias que estimulem o comparecimento às consultas aprazadas e simplifiquem o esquema terapêutico. Tais atividades devem enfatizar especialmente os idosos.

Palavras-chave: Hipertensão; Prevenção de Doenças; Fatores de Risco; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the association between socioeconomic, personal and health care factors, with inadequate blood pressure control. **Method:** Cross sectional, descriptive study, of 392 hypertensive individuals, randomly and proportionally selected from among 23 registered in the Basic Health of a city in Southern Brazil. Data were collected from homes between December 2011 and March 2012, using a semistructured questionnaire. **Results:** Almost half of the respondents had inadequate blood pressure control, which was associated with age less than 60 years; Non adherence to pharmacotherapy; failure to attend scheduled appointments, and; use of three or more antihypertensive drugs. **Conclusion:** Among the actions to improve blood pressure control in people with hypertension, the health care team needs to create strategies that encourage attendance at appointments, scheduled and simplify the treatment regimen. Such activities should focus particularly on the elderly.

Keywords: Hypertension; Prevention & Control; Risk Factors; Primary Health Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: Identificar la asociación entre factores socio-económicos, personales y de cuidado a la salud, con el inadecuado control de la tensión arterial. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, realizado con 392 hipertensos, seleccionados de modo proporcional entre aquellos registrados en las 23 Unidades Básicas de Salud de una ciudad en Brasil. Los datos fueron recogidos en los domicilios entre diciembre de 2011 y marzo de 2012, utilizando un cuestionario semiestructurado. **Resultados:** Casi la mitad de los encuestados tuvieron inadecuado control de la presión arterial, que se asoció a la edad mayor de 60 años; la no adherencia a farmacoterapia; al absentismo a citas médicas y; al uso de tres o más fármacos antihipertensivos. **Conclusión:** Entre las acciones para mejorar el control de la tensión arterial, el equipo de salud tiene que crear estrategias que fomenten la asistencia a las citas médicas programadas y simplifiquen el régimen de tratamiento. Tales actividades deben centrarse especialmente en los ancianos.

Palabras clave: Hipertensión; Prevención de Enfermedades; Factores de Riesgo; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

Autor correspondente:

Mayckel da Silva Barreto.

E-mail: mayckelbar@gmail.com

Recebido em 26/11/2014.

Aprovado em 24/11/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160016

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta gênese multifatorial, caráter crônico insidioso e evolução oligo/assintomática, o que contribui para a não adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso e/ou para o inadequado controle pressórico¹. A manutenção de níveis tensionais elevados, por sua vez, se constitui em fator de risco para o surgimento de complicações a médio e longo prazo, as quais seguramente implicam na necessidade de maior controle da Pressão Arterial (PA) da população, pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS)^{2,3}.

Sabe-se, contudo, que o controle clínico das Doenças Crônicas (DC) como a HAS, esbarra em dificuldades de várias ordens, entre elas, os problemas estruturais, tais como acesso limitado às consultas, exames e medicamentos e problemas relacionados aos profissionais, que além da falta de trabalhadores capacitados, muitos se apresentam desmotivados e insatisfeitos no trabalho⁴. Além dos fatores referidos, outros relativos aos usuários como às más condições socioeconômicas, influências culturais e comportamentais, interferem no processo da adesão ao tratamento das DC, comprometendo a qualidade da assistência prestada e o desfecho clínico de interesse (controle da PA)⁴.

Diante da realidade mencionada, estimativas apontam que apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços básicos de saúde tem sua PA mantida em níveis desejáveis⁵, o que favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório, com custo aproximado de um bilhão e 800 milhões de reais, mantendo-se como a principal causa de mortes no Brasil⁶.

Para reduzir os números supracitados, é fundamental que a equipe de saúde investigue os hábitos e o estilo de vida das pessoas com HAS, durante o atendimento, nas consultas médicas e de enfermagem, a fim de obter dados concretos para o planejamento de uma assistência individualizada, sistematizada e holística, com vistas ao controle efetivo da doença⁷.

Em que pese à importância e a necessidade de os profissionais de saúde atuarem sistematicamente na prevenção e tratamento da HAS, estudos brasileiros, voltados à investigação de fatores que se associam ao descontrole pressórico de pacientes atendidos na APS são escassos e dentre os existentes, consta que muitos profissionais desconhecem às razões pelas quais os pacientes não aderem ao tratamento recomendado⁸.

Mediante a problemática apresentada, este estudo se justifica porque, o conhecimento referente à ocorrência e aos fatores que se associam ao descontrole pressórico de indivíduos hipertensos, possibilita que gestores, profissionais da saúde e clientes, planejem conjuntamente, ações mais eficientes e efetivas para o tratamento e monitoramento da HAS.

Considerando que a adesão ao tratamento e controle das DC, depende de múltiplos fatores, questiona-se: Fatores socioeconômicos, pessoais e de cuidados à saúde, interferem no controle pressórico de pacientes com HAS? E, para responder a essa questão, propôs-se a realização deste estudo que teve como objetivo, identificar a associação entre fatores socioeconômicos, pessoais e de cuidado à saúde, com o inadequado controle pressórico de pessoas com HAS assistidas na Atenção Primária.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado junto a indivíduos com HAS, em tratamento ambulatorial na APS de um município da região Sul do Brasil que possui população aproximada de 357 mil habitantes, os quais eram, por ocasião da coleta de dados, acompanhados por 25 unidades básicas de saúde (UBS), as quais possuem equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para os fins desta pesquisa, utilizou-se a área de abrangência das 23 UBS localizadas no perímetro urbano do município.

O tamanho da amostra foi calculado com base no total de pessoas com HAS, cadastradas no município (40.073), considerando-se um percentual de 50% que pudesse apresentar a característica de interesse (inadequado controle pressórico), com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, acrescido de mais 10% para possíveis perdas, o que resultou em uma amostra de 422 indivíduos, selecionados de forma aleatória e estratificada, com distribuição proporcional do tamanho amostral entre as pessoas com HAS cadastradas em cada UBS.

Como critérios de inclusão no estudo consideraram-se: idade igual ou superior a 18 anos e estar em tratamento medicamentoso há, no mínimo, um ano. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com contra-indicação de terapia anti-hipertensiva (dois casos) e com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda (quinze casos). Estes, devido às próprias características da doença, tendem a não aderir fielmente à terapêutica, uma vez que, em muitos casos dependem de outras pessoas para a tomada correta dos medicamentos de uso contínuo, o que interfere no controle pressórico.

Para a coleta dos dados, primeiramente, obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem, dividida por UBS, com os dados cadastrais das pessoas com HAS, as quais receberam uma numeração. Por meio de sorteio eletrônico foram determinadas aquelas que seriam entrevistadas. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia aos critérios de inclusão ou se negava a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista era convidada a participar do estudo, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Após o levantamento dos endereços e telefones dos indivíduos sorteados, o que ocorreu nas UBS, procedeu-se à coleta de dados propriamente dita, desenvolvida durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de consulta a prontuários nas UBS e entrevista semiestruturada realizadas no domicílio, com a aplicação de um questionário que contemplava o perfil pessoal, socioeconômico e de acompanhamento à saúde.

Para mensurar a não adesão à farmacoterapia utilizou-se um instrumento⁹ de avaliação indireta, validado e intitulado: Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias) e o resultado da adesão - no caso, se sua PA estava controlada.

O referido instrumento consta de três perguntas baseadas nos últimos sete dias: 1) Em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste

remédio?; 2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr.(a) deixou de tomar ou tomou a mais?; 3) Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr.(a) mediu?. Vale ressaltar que para cada medicação anti-hipertensiva foram feitas as duas primeiras perguntas, para verificar o modo como o indivíduo usava cada um de seus medicamentos.

As respostas resultaram em uma medida composta, em que foram considerados aderentes somente os indivíduos que relataram ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas. Esses valores são obtidos pela multiplicação do número de comprimidos consumidos pelo número de vezes, dividido pelo número de comprimidos prescritos multiplicado pelo número de vezes. Por fim, o resultado é multiplicado por cem.

A adesão ainda esteve condicionada à tomada adequada, ou seja, sem "feriados" (não tomar qualquer medicamento durante um dia); "troca de horário" (tomar a dose correta, porém em horários errados); "troca de dose" (aumentar ou diminuir a quantidade do medicamento ou entre os medicamentos); "tomada errática" (deixar de tomar os medicamentos em dias e horários variados); "meia adesão" (tomar corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta); "abandono parcial" (deixar de tomar um ou mais de seus medicamentos); "abandono" (não tomar nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias) e; ao relato de que a PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

Optou-se por utilizar o QAM-Q por ser um instrumento abrangente, que abarca três diferentes dimensões do constructo referente à adesão (tomada da dose, comportamento quanto à medicação e; desfecho clínico), apresentar a mesma efetividade do uso concomitante de outros instrumentos e possibilitar mais facilidade e rapidez na aplicação⁹.

O relato do entrevistado foi utilizado para a determinação das variáveis relacionadas ao cuidado em saúde, como a frequência de medida da PA (semanal ou mensal) e o comparecimento nas atividades de grupo (reuniões do Hiperdia, caminhadas na UBS e palestras) e nas consultas médicas previamente agendadas.

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel for Windows 2007[®] e posteriormente analisadas descritiva e estatisticamente com o auxílio do *software Statistical Analysis System - SAS*[®]. Os entrevistados foram divididos em dois grupos, de acordo com a classificação dos valores pressóricos, a qual se baseou em diretrizes brasileiras e internacionais¹⁰. Foram considerados hipertensos com PA não controlada os indivíduos que, no prontuário, no intervalo máximo de um ano, apresentaram, em três das cinco últimas aferições, valores de pressão arterial sistólica (PAS) superiores a 140mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD) superiores a 90mmHg. Os valores da PA foram as únicas informações verificadas em prontuário.

A fim de se verificar a existência de fatores associados ao inadequado controle pressórico foi realizada regressão logística do tipo *Stepwise Backward Elimination*, sendo inseridas todas as variáveis no modelo, as quais foram retiradas paulatinamente com base no nível de significância ($p < 0,20$). Após as análises foram mantidas no modelo final da regressão logística ($p < 0,05$) somente as variáveis: idade, não adesão à farmacoterapia, comparecimento às consultas médicas e número de medicamentos consumidos. Para essas variáveis foi calculado o Risco Relativo (RR) com o intuito de se verificar a medida da associação.

O estudo foi autorizado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer 631/2011. de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Dentre as 422 pessoas com HAS em estudo, 30 (7,10%) foram excluídas, devido à inexistência de registro de cinco aferições de PA no intervalo de 12 meses. Cabe salientar que isto, por si só, já constitui um resultado do estudo, pois mostra que uma parcela importante dos indivíduos com HAS e que fazem uso contínuo de medicação, não tiveram sua PA verificada nem a cada dois meses.

Evidenciou-se que, entre os 392 participantes, 176 (44,89%) apresentaram inadequado controle pressórico, mesmo consumindo medicações anti-hipertensivas há mais de um ano. A maior parte dessas pessoas era do sexo feminino (59,95%); casada (67,60%); branca (68,85%); com baixa renda familiar (75,01%) e pouca escolaridade (79,08%). Nenhum desses fatores apresentou associação estatisticamente significativa com o inadequado controle pressórico (Tabela 1).

Verificou-se também que a maioria se encontrava na faixa etária acima dos 60 anos (63,52%) e que o inadequado controle pressórico foi mais frequente entre estas ($p = 0,03$). O cálculo do RR demonstrou que os indivíduos com 60 anos ou mais tiveram chance 0,8 (IC: 0,68 - 1,06) vezes maior de não controlar a PA.

No concernente aos cuidados com a saúde, constatou-se que os indivíduos com HAS, em sua maioria, não haviam verificado a PA na última semana (57,66%). Em contrapartida, grande parte deles referiu comparecer rotineiramente às atividades do grupo de hipertensos na UBS (51,78%) e ter verificado a PA no último mês (78,83%), porém esses fatores também não apresentaram associação estatística com o descontrole da PA.

Em relação a não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo pôde-se constatar que 167 (44,90%) participantes foram considerados não aderentes e destes, 147 (88,02%) não apresentavam valores pressóricos em níveis desejáveis ($p = 0,00$). Evidenciou-se que os indivíduos não aderentes ao tratamento tiveram chance 9,0 (IC: 6,74 - 12,07) vezes maior de apresentar descontrole pressórico.

Constatou-se ainda que, 43 entrevistados referiram não comparecer assiduamente às consultas agendadas na UBS e destes, 35 (81,39%) não apresentavam controle pressórico satisfatório ($p = 0,00$). Tais indivíduos tiveram chance 5,3 (IC: 2,8 - 10,2) vezes maior de não controlar a PA.

Outra característica que igualmente se mostrou como preditora do inadequado controle pressórico foi o número de medicamentos consumidos ($p = 0,00$), visto que indivíduos com prescrições medicamentosas de três ou mais drogas tiveram chance 1,2 (IC: 1,13 - 1,35) vezes maior de apresentar baixo controle pressórico, quando comparados com aqueles que faziam uso de até duas medicações.

Tabela 1. Análise univariada da associação entre inadequado controle pressórico e fatores pessoais, socioeconômicos e de cuidado à saúde de indivíduos com HAS. Maringá (PR), 2012

Variáveis	PA controlada				Total		p
	Não		Sim		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	79	20,15	78	19,90	157	40,05	0,95
Feminino	97	24,74	138	35,21	235	59,95	
Idade							
< 60 anos	71	18,11	72	18,36	143	36,47	0,03*
≥ 60 anos	105	26,78	144	36,74	249	63,52	
Etnia							
Branco	110	28,06	163	41,59	263	69,65	0,77
Não Branco	66	16,83	53	13,52	119	30,35	
Estado civil							
Com cônjuge	113	28,83	152	38,77	265	67,60	0,19
Sem cônjuge	63	16,07	64	16,33	127	32,40	
Escolaridade							
≤ 08 anos	142	36,22	168	42,86	310	79,08	0,88
> 08 anos	34	8,68	48	12,24	82	20,92	
Classe econômica**							
Alta	43	10,96	55	14,03	98	24,99	0,49
Baixa	133	33,93	161	41,08	294	75,01	
Verificou PA na semana							
Sim	61	15,56	105	26,78	166	42,34	0,65
Não	115	29,34	111	28,32	226	57,66	
Verificou PA no mês							
Sim	122	31,12	187	47,71	309	78,83	0,31
Não	54	13,77	29	7,40	83	21,17	
Comparecimento ao grupo							
Sim	80	20,41	123	31,37	203	51,78	0,54
Não	96	24,49	93	23,73	189	48,22	
Comparecimento às consultas							
Sim	141	36,06	207	52,94	348	89,00	0,00*
Não	35	8,95	08	2,05	43	11,00	
Nº de medicamentos							
≤ 02	130	33,16	197	50,26	327	83,42	0,00*
≥ 03	46	11,73	19	4,85	65	16,58	
Adesão a farmacoterapia							
Sim	29	7,40	196	50,00	225	57,40	0,00*
Não	147	37,50	20	5,10	167	42,60	

* Valor de p significativo no modelo de regressão logística *stepwise backward elimination*; ** Baseada nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

DISCUSSÃO

Estudos realizados no Brasil têm identificado altas prevalências de inadequado controle pressórico, o que não se configurou de forma distinta na presente investigação, cuja prevalência foi de 44,89%. Pesquisas realizadas com pacientes hipertensos em tratamento na APS, no Espírito Santo e em São Paulo, evidenciaram, respectivamente prevalências de 50,15%⁷ e 78,0%¹ de PA não controlada.

Cabe destacar que os estudos referidos anteriormente consideraram descontrolado pressórico quando a PA, verificada no momento da entrevista estava alterada, com a utilização de manômetro digital. Acredita-se que a determinação do descontrolado pressórico, a partir da consulta a prontuários e levando em consideração um espaço de tempo relativamente longo, como foi o caso no presente estudo, possa reduzir os vieses no levantamento de prevalências de hipertensos com PA não controlada, visto que os níveis tensionais sofrem influências momentâneas do ambiente, da alimentação e do estado emocional do indivíduo.

Entre os fatores socioeconômicos apontados pela literatura¹¹ como preditores do inadequado controle pressórico, verificou-se no presente estudo que apenas a idade mais elevada dos hipertensos, esteve associada ao desfecho de interesse.

Em que pese o fato de estudos terem apontado níveis mais elevados de PA entre pessoas mais velhas, existem evidências de que não apenas a idade é empecilho para a manutenção de cifras pressóricas adequadas. Investigação realizada na Índia, mostrou que existem populações idosas que permanecem isoladas e apresentam baixos índices de HAS, como é o caso de mulheres que vivem reclusas em zonas rurais afastadas¹¹. Este fato levou os autores a considerarem que, fatores como a urbanização e o estilo de vida moderno podem exercer maior influência no controle da doença do que propriamente a idade.

Outro fator que merece destaque é o comportamento dos pacientes frente às medicações, pois se observa que, dado ao aumento de estudos do tipo ensaio clínico, novas drogas ou esquemas de associação com outras já conhecidas, têm aparecido e aumentado o arsenal terapêutico para às DC, como a HAS. Apesar disso, quem trata de pacientes com essa doença, continua esbarrando em um problema secular: a falta de adesão à terapia medicamentosa, o que aumenta a ocorrência de complicações e agravos⁴. Nesta perspectiva, semelhantemente ao encontrado no presente estudo, investigação realizada com 109 indivíduos com HAS, constatou que os não aderentes ao tratamento medicamentoso tiveram maiores chances de apresentar inadequado controle pressórico¹².

Estudo de caso-controlado, realizado em um serviço especializado envolvendo 57 pessoas com HAS, divididas em dois grupos, dos quais um recebeu aparelho de aferição da PA e orientações de como utilizá-lo, demonstrou que após seis meses de acompanhamento, os pacientes do grupo intervenção atingiram mais rapidamente as metas de tratamento, com queda significativa na PAS e PAD. Essa diferença foi explicada pelo aumento da adesão ao tratamento farmacológico, desencadeado pela maior frequência das medições da PA¹³.

Esses resultados reforçam a importância de gestores e profissionais da saúde adotarem medidas específicas e

individualizadas no sentido de, melhorar a adesão do paciente ao tratamento e incentivá-lo a verificar com maior frequência a PA. Para tanto é necessário inseri-lo em todas as etapas do processo terapêutico, informando-o sobre a relevância de atingir as metas pressóricas, bem como dos meios a serem utilizados¹³.

Com base na afirmação anterior, considera-se que os profissionais de saúde, sobretudo os da APS, devem estar instrumentalizados e sensibilizados para atuar junto à população hipertensa, com o intuito de que, na medida de suas possibilidades, aumentem as taxas de adesão ao tratamento medicamentoso, pois existem evidências de que, o correto seguimento terapêutico, diminui a mortalidade; as consultas de emergência; as internações e; por conseguinte, os custos médico-hospitalares⁵. Além dos benefícios referidos, a adesão ao tratamento da HA, tende a promover o bem-estar do paciente e a melhora da sua qualidade de vida e também, da sua família⁵.

No que tange ao número de fármacos utilizados para o tratamento da HAS, evidenciou-se que a maioria dos entrevistados (83,42%), fazia uso de até duas medicações, porém o inadequado controle pressórico foi mais frequente entre os que ingeriam mais comprimidos. Estudo realizado em uma capital do Sul do Brasil junto a 206 indivíduos com HAS evidenciou que os entrevistados com baixa adesão ao tratamento farmacológico apresentaram tendência a ter número médio maior de medicamentos em uso¹⁴.

Essa situação, em parte, pode ser atribuída ao fato de que quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior o risco de potenciais interações perigosas e efeitos adversos, resultando em baixa adesão ao tratamento ou ainda que mais medicações consumidas, contribuem para o aumento da complexidade da farmacoterapia e, consequentemente, para as formas desviantes de seguimento terapêutico⁴.

De acordo com o exposto, a simplificação do esquema terapêutico é um dos pontos-chave para o incremento da adesão aos tratamentos crônicos, como o da HAS. Destarte, a diminuição do número de medicamentos e da frequência de suas dosagens (de preferência, uma única dose diária) parece ser um aspecto que favorece a adesão e melhora o controle dos níveis tensionais em pessoas com HAS¹⁵.

Vale ressaltar, ainda, que o horário da tomada dos medicamentos também vem sendo apontado como fator que intervém na adesão ao tratamento, pois quando se relaciona o horário das dosagens com as atividades da rotina diária (que sirvam de lembretes, por exemplo, antes do desjejum ou após as refeições), há melhora no nível de adesão e do controle pressórico¹⁵. Nesse aspecto, adaptar e simplificar o esquema terapêutico dos pacientes constitui, portanto, uma das estratégias que os profissionais podem utilizar para favorecer a adesão ao tratamento.

A não assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas também ocupou lugar de destaque entre os preditores do descontrolado pressórico nesta investigação. Estudos apontam que entre os indivíduos acompanhados por programas de HAS, aqueles mais assíduos aos encontros promovidos pelos profissionais, tanto na UBS (consulta médica) como na comunidade (atividades de grupo), apresentam maior redução dos níveis tensionais^{11,11}.

No Brasil, o HIPERDIA, constitui uma ferramenta que, quando empregada segundo os protocolos, pode favorecer o alcance

de bons resultados na assistência às pessoas com HAS. Seu principal objetivo é cadastrar indivíduos com HAS e/ou *diabetes mellitus* (DM) atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de gerar informação para aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos de modo regular e sistemático. Além do cadastro, este sistema favorece o acompanhamento da assistência prestada, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos e a verificação do perfil epidemiológico desta população, levando ao desencadeamento de estratégias de saúde pública que melhorem a qualidade de vida dessas pessoas e reduza os custos sociais com as doenças e seus agravos¹⁶.

Por sua vez, apesar da implementação do HIPERDIA ter ocorrido há quase quinze anos, estudo de revisão da literatura¹⁷ evidenciou que muitas localidades ainda não o utilizam como ferramenta para o planejamento e avaliação da qualidade da assistência prestada. Esse fato se constitui em importante desafio aos profissionais e gestores dos serviços de saúde da APS porque, a utilização do HIPERDIA de maneira adequada, na extensão territorial do país, poderá resultar num salto de qualidade na assistência à população, minimizando o surgimento de agravos e complicações decorrentes da HAS e do DM.

Outro relevante e atual desafio dos profissionais que atuam no HIPERDIA é garantir a presença do paciente na unidade de saúde, já que isso parece constituir condição determinante para o adequado manejo do tratamento da HAS, talvez por promover motivação individual e gerar atitudes que contribuem para a redução da PA. Corroborando com esse pensamento, estudo qualitativo realizado junto a 14 enfermeiros apontou que na percepção desses profissionais, consultas mais frequentes propiciam melhor monitoração dos níveis pressóricos, assim como o acesso a mais informações que, por sua vez, alicerçam e fortalecem a adesão à terapêutica¹⁸.

Apesar de o número de consultas nas unidades de saúde se relacionar fortemente com o controle pressórico, a literatura ainda aponta que a prática clínica e as evidências apresentadas pelas pesquisas, não são suficientemente satisfatórias para afirmar que somente a assiduidade dos indivíduos às consultas é suficiente para promover a redução dos valores da PA¹¹. Desta forma, acredita-se ser necessário considerar também o método de trabalho aplicado no acompanhamento aos hipertensos; as atividades desenvolvidas pelos profissionais; a qualidade da assistência prestada e; as relações estabelecidas entre o paciente e o profissional de saúde.

Aponta-se para a necessidade imperiosa de se reformular as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde aos indivíduos com HAS, pois percebe-se na prática que a assistência a esta parcela populacional, incluindo as atividades do HIPERDIA, ainda se encontram centradas no modelo biomédico especializado e fragmentado que, não suprem as necessidades das distintas e múltiplas demandas dos pacientes, já que permite pouco espaço para a escuta qualificada, acolhimento e compreensão do sofrimento, se refletindo em um cuidado fragmentado ao indivíduo e sua família.

Em conformidade com o que foi exposto, um estudo prospectivo, realizado no Rio de Janeiro (RJ), com 196 pessoas hipertensas, divididas em dois grupos - um atendido apenas por

consultas médicas previamente agendadas e outro, acompanhado por equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiro e nutricionista, o qual realizava atividades de educação para a saúde e de lazer - evidenciou que no segundo grupo, após cinco anos de acompanhamento, houve queda significativa nos níveis tensionais (de 160/100mmHg para 130/80mmHg), enquanto no primeiro observou-se queda menos acentuada (de 160/90mmHg para 140/90mmHg)².

Estudo semelhante realizado nos Estados Unidos da América, junto a 279 indivíduos com HAS, divididos em dois grupos: intervenção (consultas médicas e atividades de educação para a saúde) e controle (consultas médicas) demonstrou que após 12 meses de acompanhamento houve queda significativa na PAS dos pacientes do grupo intervenção (-10,6 mmHg), quando comparados com o grupo controle (-2,0 mmHg)¹⁹.

Aqui no Brasil já foi evidenciado que adultos com HAS que participam de programas de educação para a saúde, desde que sejam multidisciplinares, estruturados e eficazes, apresentam significativa melhora nas condições de saúde, tanto no que se refere à diminuição dos fatores de risco, como na melhoria da adesão ao tratamento instituído¹. Além disso, estudo assevera que as intervenções educativas, realizadas pela equipe de saúde, produzem consideráveis mudanças de comportamento nos pacientes, entretanto tais ações não são fáceis de serem implementadas, por dependerem de fatores como: o método utilizado e a própria interação da equipe com os sujeitos e suas famílias¹⁸.

Um estudo realizado na região Nordeste do Brasil, junto a 135 indivíduos com HAS, assistidos pela APS, revelou que os entrevistados apresentaram aumento na normalização da PA (de 28,9% para 57,0% de hipertensos controlados) após a atuação da equipe multiprofissional da ESF e após a inclusão do paciente e sua família no delineamento do tratamento proposto, mostrando quanto a assistência dos profissionais da ESF, compartilhada com os familiares, pode ser eficiente. Para tanto, é imprescindível a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma equipe multiprofissional com o doente crônico e sua família, cada qual com suas competências, direitos e deveres definidos³.

A despeito de algumas limitações metodológicas, como o fato de os participantes do estudo terem sido selecionados a partir daqueles cadastrados no Programa Hiperdia e que realizavam tratamento medicamentoso, há no mínimo um ano, o que resultou em uma amostra constituída principalmente por mulheres e idosos, e ainda dos diferentes métodos possíveis para identificação do inadequado controle pressórico, o que dificulta a comparabilidade dos resultados encontrados, pode-se afirmar que a prevalência de pessoas que fazem tratamento para HAS na APS e que não tem um controle adequado das cifras tensionais, é elevado (44,89%) e não difere muito do que tem sido encontrado em outras localidades brasileiras. Essas questões, portanto, constituem desafio para o setor saúde em cidades com diferentes portes populacionais e localizadas nas mais diversas regiões do país.

Como já mencionado anteriormente, a adoção de medidas de intervenção que visem aumentar o número de indivíduos que realizam um adequado controle pressórico, não é simples e nem

fácil, pois precisa considerar os múltiplos fatores envolvidos na adesão ao tratamento. Porém, os resultados encontrados são preocupantes e indicam a premência de esforços por parte dos gestores e dos profissionais de saúde quanto à necessidade de medidas mais eficazes no controle da HAS. Isto porque o controle dos níveis tensionais é fundamental para uma significativa redução da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares, principalmente quando há uma comorbidade associada que aumenta a gravidade da doença². Além disso, é sabido que pessoas com HAS que seguem rigorosamente um tratamento farmacológico prescrito de forma adequada e realizam mudanças em seu estilo de vida, tem considerável redução de danos à saúde e aumento da expectativa de vida⁷.

Considerando então os resultados deste estudo, sugere-se que o enfermeiro da APS, ao atuar junto aos indivíduos com HAS, em especial os idosos, realize atendimentos sistematizados, respeitando os contextos que eles vivem; que objetivem melhorar os resultados relacionados à doença; promovam a autonomia e o estilo de vida saudável; favoreçam as adaptações requeridas à condição de ser hipertenso que culminem em melhoria da sua qualidade de vida.

Para se atingir os objetivos acima citados, é indispensável criar e/ou aproveitar os espaços de vivências com o paciente e a família, como por exemplo, os grupos de HIPERDIA. Também é indicado, que os grupos sejam conduzidos de acordo com que é estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde, de modo a favorecer o planejamento do cuidado relacionado ao tratamento da doença e a troca de informações entre os usuários e entre estes e os profissionais de saúde. Por fim, é necessário que se elaborem estratégias de intervenção que busquem a adesão ao controle pressórico e a simplificação das prescrições medicamentosas, que inclui, por exemplo, a associação da tomada dos medicamentos com as atividades da vida diária, como antes do café da manhã ou depois do almoço.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que aproximadamente 45% dos indivíduos com HAS, assistidos na Atenção Primária de um município da região Sul do Brasil, apresentaram inadequado controle dos níveis tensionais. Isso reforça a importância da equipe de saúde, em especial o enfermeiro, atuar no sentido de que as pessoas com HAS possam aderir de forma mais eficaz ao tratamento proposto, favorecendo o controle dos níveis tensionais.

Fatores como idade igual ou superior a 60 anos, não adesão à farmacoterapia, falta às consultas médicas apazadas e prescrição de maior número de medicações, merece atenção especial dos profissionais de saúde que atuam junto à população hipertensa, já que tais variáveis mostraram associação com inadequado controle pressórico, porém são passíveis de atuação conjunta entre a equipe multiprofissional de saúde e a pessoa com HAS.

REFERÊNCIAS

1. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul. Enferm.* [online]. 2010 Sep./Out.;[citado 2011 dez. 07];23(5):658-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf>
2. Santos JC, Moreira TMM. Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of northeast Brazil. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2012; [citado 2012 nov. 30];46(5):1125-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_13.pdf
3. Maciel KF, Ulbrich EM, Labronici LM, Maftum MA, Mantovani MF, Mazza VA. A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. *Cienc. cuid. saúde.* 2011 Jul./Set.;10(3):437-3.
4. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2010 Dez.;26(12):2389-98.
5. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo-Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res.* 2010 Oct;(4):196-202.
6. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Informações sobre saúde [Internet]. 2012;[citado 2012 dez. 29]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.defhttp://www.datasus.gov.br>
7. Bubach S, Oliveira ERA. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. *Rev. Enferm. UERJ.* 2011;19(3):415-9.
8. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Cienc. saúde colet.* 2010 Aug; 15(5):2603-10.
9. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev. Saúde Pública.* 2008 Aug.; 42(4):764-7.
10. Neves MF, Kasal DAB. O que dizem as diretrizes brasileira, americana, europeia e canadense em relação às metas? *Rev. Bras. Hipertens.* 2010;17(3):178-81.
11. Gupta R, Pandey RM, Misra A, Agrawal A, Misra P, Dey S. High prevalence and low awareness, treatment and control of hypertension in Asian Indian women. *J Hum Hypertens.* 2012 Oct.;26:585-93.
12. Prado JC, Kupek E, Mion D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Hum Hypertens.* 2007 Jul.;21(7):579-84.
13. Souza WKS, Jardim PCBV, Brito LP, Araújo FA, Sousa ALL. Automedida da Pressão Arterial para o Controle das Cifras Tensionais e para a Adesão ao Tratamento. *Arq. Bras. Cardiol.* 2012 Jan.;98(2):167-74.
14. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública.* 2012 Apr.; 46(2): 279-89.
15. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2011 Nov.;11(149):1-9.
16. Ministério da Saúde (BR). Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
17. Barreto MS, Silva RLDT, Waidman MAP, Marcon SS. A trajetória das políticas públicas de saúde para Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. *Rev. APS.* 2013 Dez.;16(4):460-8.
18. Silva FVF, Silva LF, Guedes MVC, Moreira TMM, Rabelo ACS, Ponte KMA. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. *Esc. Anna Nery.* 2013 Jan./Mar;17(1):111-9.
19. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2011 Nov.;26(11):1297-304.

* Extraído da dissertação: "Não-adesão à terapêutica medicamentosa em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá - Paraná" Programa de Pós Graduação da Universidade Estadual de Maringá, 2012. Projeto financiado pelo CNPq - Edital Universal - Processo 485807/2011-4.