

Avaliação da Adesão e Vínculo aos Serviços de Saúde de Hipertensos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral em Municípios da Paraíba

Evaluation of Adhesion and Links to Health Services of Hypertensive Users Affected by Stroke in the Municipalities of Paraíba, Brazil

KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO¹
DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS²
ELEAZAR MARINHO DE FREITAS LUCENA²
NEIR ANTUNES PAES¹
RONEI MARCOS DE MORAES¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão/vínculo de hipertensos acometidos por AVC com a Unidade de Saúde nos municípios de João Pessoa-PB e Campina Grande-PB. **Material e Métodos:** estudo longitudinal com amostra de 40 indivíduos seguidos entre os anos de 2009 e 2011. Foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para verificar se haviam diferenças entre as medianas dos itens das dimensões entre os anos. **Resultados:** diferenças estatisticamente significantes encontradas quanto ao esclarecimento de dúvidas dos hipertensos por parte do profissional de saúde ($p=0,041$) e se o profissional de saúde dá tempo suficiente para estes esclarecimentos ($p=0,031$), estímulo por parte do profissional de saúde quanto ao seguimento do tratamento indicado ($p=0,019$) e em relação ao grau de satisfação com Enfermeiro ($p=0,039$) e o Agente Comunitário de Saúde ($p=0,001$). **Conclusão:** A principal demanda deste grupo relaciona-se ao treinamento dos profissionais da equipe, buscando a disseminação adequada de informações referente à hipertensão, minimizando as limitações geradas pelo AVC.

DESCRIPTORIOS

Hipertensão. Acidente Cerebrovascular. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the adhesion / links to health unit of hypertensive patients affected by stroke in the municipalities of João Pessoa and Campina Grande, PB, Brazil. **Material and Methods:** This was a longitudinal study with a sample of 40 subjects followed between the years 2009 and 2011. We used the Wilcoxon test to verify if there were differences between the medians of the dimensions of the items over the years. **Results:** Statistically significant differences were found as to the clarification by health professionals of doubts from hypertensive patients ($p = 0.041$), as well as if health professionals give enough time for these clarifications ($p = 0.031$); stimulation by the health professional with regard to following the recommended treatment ($p = 0.019$); degree of satisfaction with the nursing staff ($p = 0.039$) and community health agent ($p = 0.001$). **Conclusion:** The main demand of this group refers to the training of professional staff, seeking proper dissemination of information related to hypertension and minimizing the limitations due to stroke.

DESCRIPTORS

Hypertension, Stroke, Primary Health Care.

1 Docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

2 Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam um grave problema de saúde pública devido à sua alta prevalência, morbimortalidade associada e seu consequente custo econômico. Dentre estas doenças, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com prevalência estimada em 30% na população adulta, sendo esse número ainda maior na população idosa brasileira (ROSÁRIO *et al.*, 2009; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010; PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006).

Nos últimos anos as estimativas indicam pouca mudança na prevalência da hipertensão arterial, embora se observe alguns avanços em relação ao tratamento e controle taxas, os níveis da pressão arterial permanecem inadequadamente controlados em muitos hipertensos (WONG *et al.*, 2007). O critério diagnóstico preconizado atualmente classifica como hipertensão a manutenção da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, estando diretamente ligada à ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) consiste em uma disfunção neurológica causada por um comprometimento na circulação cerebral, caracterizada pelo rápido surgimento das manifestações clínicas, as quais variam de acordo com a região acometida (SULLIVAN, SCHIMITZ, 2010; MAZZOLA *et al.*, 2007).

O AVC está inserido no grupo das doenças crônico-degenerativas ou não transmissíveis, as quais se apresentam com início insidioso e diminuição progressiva da capacidade do indivíduo de realizar suas atividades de vida cotidiana, levando a altos índices de morbidade e incapacidade nas pessoas acometidas. Esse acometimento pode interferir no seguimento das medidas de controle e de prevenção para a HAS, potencializando os riscos de e um novo episódio de AVC, gerando um ciclo vicioso.

Entre os principais fatores de risco relacionados com a HAS e suas complicações, como o AVC, estão: o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o etilismo e a associação a outras enfermidades, como o diabetes e dislipidemia (RENNER, 2008). Por ser uma condição clínica crônica, multicausal e multifatorial o tratamento da HAS consiste no controle dos níveis pressóricos. Tal fato depende da adoção de hábitos de vida saudáveis, tais como, prática de atividade física regular, controle dietético, combate ao tabagismo e etilismo, além do seguimento do tratamento médico proposto.

A adesão ao tratamento pode ser entendida como o grau de seguimento do paciente as prescrições e recomendações dos profissionais da saúde e o comportamento do paciente, indo além do tratamento farmacológico, demandando mudanças nos hábitos de vida (SILVA, 2011).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), as taxas de adesão ao tratamento são consideradas baixas apesar do comprovado efeito de redução de morbimortalidades cardiovasculares quando do seguimento do mesmo. KRIPALANI, YAO e HAYNES (2007) apontam que aproximadamente 20% a 50% dos pacientes não são aderente à terapêutica médica. Estudo de SANTA-HELENA, NEMES e ELUF (2010), utilizando o Questionário de Adesão aos Medicamentos, encontrou prevalência de não adesão de 53%. Entre os principais fatores responsáveis pela não adesão destacam-se: aspectos socioculturais, desconhecimento da gravidade do problema, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dificuldades de relacionamento com a equipe de saúde e reações adversas aos medicamentos e dificuldade de acesso ao serviço de saúde (LESSA, FONSECA, 1997; GILSOGAMO *et al.*, 2008; OSHIRO, CASTRO, CYMROT, 2010).

O acompanhamento da HAS no Brasil ocorre prioritariamente em nível da Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família, embasados nas diretrizes do Programa HiperDia. Assim, cabe aos profissionais de saúde da rede básica diagnosticar, captar e buscar estratégias que garantam o estabelecimento do vínculo entre o usuário e as Unidades de Saúde da Família, de modo a potencializar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O vínculo revela-se de grande importância no controle da hipertensão, uma vez que permite a participação ativa do usuário e amplia a eficácia das ações de saúde, gerando uma consequente responsabilização por parte do usuário no cuidado de sua saúde (SCHIMITZ, LIMA, 2004).

Apesar da importância do tema, os estudos que avaliam a adesão dos usuários ao tratamento hipertensivo e a vinculação dos hipertensos as Unidade de Saúde da Família e suas consequências ainda são escassos no Brasil. Dessa forma, o objetivo desse estudo consiste em avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o vínculo com a Unidade de Saúde de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral nos municípios de João Pessoa-PB e Campina Grande-PB.

MATERIAL E MÉTODOS

Procurando responder ao questionamento se o fato do hipertenso ser acometido por um AVC interfere

na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, lançou-se mão de um estudo de coorte realizado nos municípios de João Pessoa-PB e Campina Grande-PB. Os dados foram obtidos a partir de um recorte do estudo original “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” (PAES, 2008). A amostra foi composta por dados dos hipertensos cadastrados no HiperDia nos anos de 2006/2007, com seguimento desses sujeitos de 2008 a 2011.

Para construção da base de dados de PAES (2008), foi utilizado um tamanho amostral representativo de hipertensos para o município de João Pessoa e Campina Grande, com base no processo de amostragem casual simples em estágios sucessivos, considerando a população de hipertensos cadastrados $N= 43.953$ (João Pessoa) e $N= 17.658$ (Campina Grande), um parâmetro de sucesso com prevalência $p=0,119$, nível de confiança de 95% e margem de erro amostral máximo $\hat{\alpha} = 0,035$ (3,5%), resultando em uma amostra de 343 usuários hipertensos para João Pessoa e 382 usuários para Campina Grande em 2009, tendo como fonte de dados a Estratégia Saúde da Família fornecida pelo Sistema de Informações da Atenção Básica no ano de 2008. Devido às perdas decorrentes de óbitos, mudança de endereço, recusa a continuação na pesquisa, entre outros, totalizou-se 40 hipertensos acometidos por AVC acompanhados de 2009 a 2011 para os dois municípios.

O instrumento de coleta de dados consistiu de questionário, composto de informações secundárias provenientes das fichas do HiperDia e prontuários, e na segunda parte, de perguntas subdivididas em oito dimensões essenciais da atenção básica, segundo STARFIELD (2002), utilizada para a avaliação dos aspectos críticos da atenção primária, sendo o mesmo adaptado para ser utilizado com indivíduos hipertensos segundo as necessidades específicas da pesquisa.

Estas dimensões foram compostas 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. Das oito dimensões, foi realizado um recorte para o presente estudo referente à dimensão Adesão/Vínculo.

Para a dimensão Adesão/Vínculo será testada a hipótese de que o fato do hipertenso ser acometido por um AVC influencia negativamente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ao vínculo com a Unidade de Saúde para acompanhamento. Além de itens

relacionados às características sócio-demográficas, foram estruturadas questões referentes ao acompanhamento do usuário pela unidade e ao estilo de vida do hipertenso.

A tabulação dos dados foi realizada no *software* Microsoft Office Access® 2007, e para a análise dos dados utilizou-se o *software* IBM SPSS® *Statistics*, versão 18.0. Inicialmente, foi feita uma análise estatística descritiva, calculando-se as frequências e porcentagens para as variáveis: município, faixa etária, sexo, escolaridade, situação conjugal, raça, ocupação, composição familiar, renda, nível pressórico, vínculo com a unidade de saúde, número de medicações para a hipertensão, tabagismo, etilismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, antecedente familiar cardiovascular, diabetes tipo 1 e tipo 2, infarto agudo do miocárdio e outras coronariopatias.

Para a análise estatística adotou-se o nível de significância de 5%. Foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para constatar a normalidade das repostas da dimensão Adesão/Vínculo. Como a referida dimensão não apresentou distribuição normal em nenhuma das situações estudadas ($p<0,05$), foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para verificar se haviam diferenças entre as medianas das repostas em 2009 e 2011. O teste de *Wilcoxon* é um teste não paramétrico que faz uso dos postos dos dados emparelhados da amostra (TRIOLA, 2005).

A pesquisa foi realizada conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que institui os direitos humanos nos indivíduos em experiências na área de saúde. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de saúde (CEP/CSS) da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado com o Protocolo nº 01/01.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 40 pessoas com HAS e acometidas por AVC, acompanhadas entre os anos de 2009 a 2011. A Tabela 1 apresenta a distribuição dessas pessoas em relação às características sócio-demográficas.

A faixa etária composta por indivíduos com idade superior a 60 anos totalizou 57,5 % dos sujeitos com uma média de idade de $62,2\pm 4,48$ anos para ambos os sexos. Verificou-se a predominância do sexo feminino (67,5%), convivendo com companheiros e filhos (55%), apresentando uma composição familiar de até 3 pessoas (60%) e com renda familiar de no máximo 3 salários mínimo (65%). Em relação ao nível de escolaridade, 15% dos sujeitos declararam ser analfabetos e apenas 17,5% estudaram até o ensino médio.

Tabela 1. Número absoluto e proporção (%) das pessoas com HAS acometidas por AVC, segundo características sócio-demográficas dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009-2011.

Características	Frequência	%
Município		
João Pessoa	16	40
Campina Grande	24	60
Faixa Etária		
< 60 anos	17	42,5
60 anos ou mais	23	57,5
Sexo		
Masculino	13	32,5
Feminino	27	67,5
Escolaridade		
Analfabeto	6	15
Até o ensino fundamental	17	42,5
Até o ensino médio	7	17,5
Até ensino superior	1	2,5
Situação Conjugal		
Convive c/ companheiro(a) e filhos (as)	22	55
Convive com companheiro s/ filhos (as)	7	17,5
Convive com familiares e/ou outras pessoas	9	22,5
Vive sozinho	2	5
Raça		
Branca	17	42,5
Negra	11	27,5
Outras	12	30
Ocupação		
Do lar	8	20
Empregado	4	10
Autônomo	6	15
Aposentado	20	50
Outro	2	5
Composição Familiar (nº de moradores)		
Até 3 pessoas	24	60
De 4 a 6 pessoas	15	37,5
7 pessoas ou mais	1	2,5
Renda Familiar		
Até um salário mínimo	14	35
De 2 a 3 salários mínimos	12	30
4 salários mínimos ou mais	14	35

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB/Campina Grande-PB, 2009.

A Tabela 2 apresenta as variáveis relativas aos hábitos de vida e condições de saúde. Constatou-se que apenas 30% dos hipertensos são acompanhados pela Unidade de Saúde da Família, e 72,5% não apresentavam a pressão arterial controlada no momento da entrevista. No que se refere aos hábitos de vida, foi observado que 45% dos hipertensos são sedentários e 47,5% apresentam sobrepeso/obesidade. O consumo

de álcool e o hábito de fumar foram relatados por 7,5% e 22,5% da amostra, respectivamente. Em relação às doenças concomitantes, 20% dos sujeitos possuem diabetes tipo 2 e 5% o tipo 1. Observou-se ainda que 62,5% dos sujeitos possuem antecedentes cardiovasculares e 17,5% foram acometidos por infarto agudo do miocárdio, sendo a mesma proporção para os que foram acometidos por outras coronariopatias.

Tabela 2. Número absoluto e proporção (%) das pessoas com HAS acometidas por AVC, segundo suas condições de saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009-2011.

Características	Frequência	%
Vínculo com a Unidade de Saúde		
Acompanhado	12	30
Não acompanhado	28	70
Pressão arterial no momento da entrevista		
Controlada	11	27,5
Não controlada	29	72,5
Número de medicações da HAS		
Nenhum medicamento	2	5
De um a dois medicamentos	34	85
Três medicamentos ou mais	4	10
Tabagismo		
Sim	9	22,5
Não	31	77,5
Etilismo		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
Sobrepeso/Obesidade		
Sim	19	47,5
Não	21	52,5
Sedentarismo		
Sim	18	45
Não	22	55
Antecedente Familiar Cardiovascular		
Presente	25	62,5
Ausente	13	32,5
Não soube responder	1	2,5
Diabetes Tipo 1		
Sim	2	5
Não	37	92,5
Não soube responder	1	2,5
Diabetes Tipo 2		
Sim	8	20
Não	31	77,5
Não soube responder	1	2,5
Infarto Agudo do Miocárdio		
Sim	7	17,5
Não	32	80
Não soube responder	1	2,5
Outras Coronariopatias		
Sim	7	17,5
Não	30	75
Não soube responder	3	7,5

*Níveis pressóricos classificados de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010. Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB/Campina Grande-PB, 2009.

A Tabela 3 apresenta a aplicação do teste de *Wilcoxon* para a dimensão Adesão/Vínculo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) quanto aos questionamentos sobre o esclarecimento de dúvidas dos hipertensos por parte do profissional de saúde ($p = 0,041$) e se o profissional de saúde disponibiliza tempo suficiente para estes

esclarecimentos ($p = 0,031$). Os itens relacionados ao estímulo por parte do profissional de saúde quanto ao seguimento do tratamento indicado ($p = 0,019$) e em relação ao grau de satisfação do hipertenso em relação ao Enfermeiro ($p = 0,039$) e ao Agente Comunitário de Saúde ($p = 0,001$), também apresentaram diferenças significantes.

Tabela 3. Descrição dos itens das dimensões Adesão/Vínculo, 2009 e 2011

Questionamento	Média dos postos 2009	Média dos postos 2011	p-valor
O Sr. recebe apoio por parte da Família?	8,40	7,20	0,167
Quando o (a) Sr. (a) vai à unidade de saúde para a consulta de HAS, é atendido pelo mesmo profissional?	4,25	9,36	0,157
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?	7,50	4,20	0,264
Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	9,92	6,80	0,041*
O profissional da unidade de saúde que o (a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	12,50	12,50	0,471
O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o (a) Sr. (a) fale suas dúvidas ou preocupações?	10,50	8,68	0,031*
Quando o (a) Sr.(a) se consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	8,36	10,17	0,459
O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?	11,69	6,33	0,019*
O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o (a) Sr. (a) está utilizando?	7,85	8,30	0,28
Qual seria o seu grau de satisfação em relação ao Médico que lhe atende?	7,80	6,75	0,104
Qual seria o seu grau de satisfação em relação ao Enfermeiro que lhe atende?	10,63	10,10	0,039*
Qual seria o seu grau de satisfação em relação ao Auxiliar de Enfermagem que lhe atende?	9,25	8,40	0,1
Qual seria o seu grau de satisfação em relação ao Agente Comunitário de Saúde que lhe atende?	10,25	3,50	0,001*

* Teste de Wilcoxon: p-valor < 0,05

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB/Campina Grande-PB, 2009/2011.

DISCUSSÃO

Verificou-se um maior percentual de indivíduos do sexo feminino, corroborando com a literatura especializada (GOMES, ROCHA E SILVA, SANTOS, 2012; TRÊS *et al.*, 2009). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a prevalência de hipertensão entre os gêneros é semelhante,

predominando no sexo feminino a partir dos 50 anos de idade. A média de idade dos indivíduos foi de 62,2±4,48, concordando os achados de OSHIRO, CASTRO e CYMROT (2010) e os de MORAES (2011) que estudou indivíduos acometidos por AVC.

Em relação à escolaridade, os maiores percentuais correspondem a baixos graus de instrução escolar, semelhante ao encontrado por CESARINO *et al.*, (2008).

De acordo com DIAS (2006), baixos níveis de instrução escolar acrescidos de fatores socioculturais podem predispor o aparecimento de complicações cardiovasculares, o que exige da equipe de saúde maior capacitação diante do enfrentamento deste problema. Quanto às características socioeconômicas, 65% dos indivíduos referem renda familiar de até 3 salários mínimos, semelhante ao encontrado por CESARINO (2008) e MORAES (2011).

No que diz respeito à etnia, houve predomínio da raça branca, o que se assemelha a outros estudos (GILSOGAMO, *et al.*, 2008; CESARINO, *et al.*, 2008; VICTOR *et al.*, 2008), no entanto difere do relatado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), no qual a hipertensão é cerca de duas vezes mais prevalente em raças não brancas, como também do estudo de SANTA-HELENA, NEMES E CYMROT (2010). Na variável ocupação houve predominância de aposentados, o que possivelmente pode ser explicado pelo maior número de indivíduos na faixa etária acima de 60 anos, além do fato destes serem acometidos por AVC, que predispõe aposentarias por invalidez.

No que se refere à quantidade de medicações diárias, 85% faz uso de uma ou duas medicações. O tratamento farmacológico visa o controle da pressão arterial, a prevenção e a reversão de lesões em órgãos-alvo e fatores de risco, além da diminuição da mortalidade (LIMA *et al.*, 2006). Alguns autores afirmam haver forte relação entre o número de medicamentos e a adesão ao tratamento farmacológico, alegando que quanto mais medicamentos forem necessários para o controle da PA, mais dificuldades os pacientes apresentam em aderir ao tratamento medicamentoso (MENDONÇA, LIMA, OLIVEIRA, 2012). Intervenções que simplificam os regimes de tratamento, de modo a reduzir a frequência da dosagem e/ou da quantidade de medicamentos, podem representar melhorias substanciais no uso da medicação apropriada (CHOUDHRY *et al.*, 2011).

Quanto ao tabagismo e etilismo, em nosso estudo a minoria dos sujeitos apresentam estes hábitos, corroborando com os achados na literatura (OLIVEIRA, BUBACH e FLEGELER, 2009; PIATI, FELICETTI, LOPES, 2009; JARDIM *et al.*, 2007). Analisando-se os resultados referentes às condições de saúde, observa-se um percentual considerável de sedentários, como também de participantes que apresentam sobrepeso ou obesidade neste estudo. Destaca-se a importância de alterações no estilo de vida como componente do tratamento da hipertensão arterial, incluindo o exercício físico.

Os efeitos positivos do exercício físico são relevantes na fase inicial do tratamento da HAS, objetivando diminuir o número de medicamentos e de

suas doses ou até mesmo evitar o tratamento medicamentoso. Indivíduos hipertensos e sedentários demandam um pequeno aumento no volume da atividade física para que reduções significativas na pressão arterial sejam alcançadas (MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004). Assim, torna-se benéfica a realização do exercício físico mesmo em pacientes com sequelas de AVC, como estratégia tanto para intervenção de alguma incapacidade motora quanto para o controle da pressão arterial.

No que diz respeito às doenças concomitantes, mais da metade da amostra apresenta antecedente familiar cardiovascular. Além do acometimento pelo AVC, destaca-se uma considerável prevalência de outras doenças, como o Diabetes e as doenças cardíacas. LIMA *et al.* (2006) constataram que a doença cardíaca associada à HAS representa um fator de risco para o AVC, correspondendo a 28,6%.

Em relação à dimensão adesão/vínculo, os resultados mostram que os itens referentes à relação hipertenso/profissional de saúde apresentaram diferenças significativas com diminuição nas médias dos postos para as respostas entre os anos. O item “Quando o (a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?” teve redução da média dos postos de 9,92 para 6,80 ($p=0,041$), como também o item “O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o (a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?” com média dos postos passando de 10,50 para 8,68 ($p=0,031$).

REINERS *et al.* (2008), em um levantamento bibliográfico apontam que entre as principais causas da não adesão ao tratamento de problemas crônicos de saúde estão as condições relacionadas ao profissional de saúde, como a formação deficiente, avaliação insuficiente da situação de saúde do paciente, rotatividade de profissionais no atendimento e não reconhecimento da responsabilidade do profissional na adesão. Victor *et al.* (2008), ao analisarem a influência dos fatores socioculturais sobre a conscientização dos hipertensos acerca do tratamento, destacam a realização de uma intervenção reforçada por parte do profissional de saúde, voltada, sobretudo, para a educação dos hipertensos, visando a redução do “risco social”. A dificuldade em esclarecer dúvidas sobre os riscos da doença e seu tratamento pode levar a negligência do paciente em relação aos cuidados que deve seguir e uma possível descrença no serviço. Para as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença enquadra-se como fator primordial para não adesão.

O item “O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento

indicado para o controle da HAS?”, teve redução de média de 11,69 para 6,33 ($p=0,019$). A aquisição de conhecimento por parte do paciente sobre o tratamento medicamentoso prescrito, suas possíveis reações e a necessidade de continuar a medicação mesmo com a melhora dos sintomas, como também, o fornecimento de orientações pelos profissionais de saúde sobre os cuidados com a alimentação, consumo de álcool e cigarro, controle da dieta e do peso, além do incentivo à prática de atividade física são aspectos indispensáveis para o sucesso no tratamento e a prevenção de agravos.

O item “O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o (a) Sr.(a) está utilizando?” apresentou redução de médias dos postos, mas sem diferenças significativas para as medianas ($p>0,05$). Para a literatura (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010; GILSOGAMO *et al.*, 2008; REINERS *et al.*, 2008), alguns fatores relacionados a não adesão são: a ausência ou melhora dos sintomas, automedicação, esquecimento do horário da medicação, entre outros.

Quanto às questões relacionadas ao grau de satisfação em relação ao profissional de saúde que atende o hipertenso, houve diferenças significativas para o profissional Enfermeiro ($p=0,039$) e para o Agente Comunitário de Saúde ($p=0,001$), com redução das médias de resposta. Já para o profissional Médico e o Auxiliar de Enfermagem as médias dos postos também reduziram, mas sem significância estatística de acordo com o teste de *Wilcoxon*.

Para REINERS *et al.* (2008), os fatores ligados ao relacionamento do profissional de saúde com o paciente que interferem negativamente na adesão são: a comunicação inadequada e insuficiente do profissional, distanciamento do profissional para o paciente, falta de confiança do paciente no profissional e abordagem do paciente de forma imprópria. O trabalho de GILSOGAMO *et al.* (2008) ao avaliar fatores que interferem na adesão, relatou o desconhecimento por parte dos pacientes de termos técnicos relacionados à medicação. No estudo desenvolvido por ANDRADE *et al.* (2002), as principais causas citadas pelos pacientes refletem a falta de uma comunicação adequada entre o paciente e o seu médico sobre a doença e seus agravos. Como possível explicação tem-se a incompletude da informação passada e a deficiente assimilação pelo paciente e/ou pelos familiares.

Para as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a relação médico/paciente qualifica-se como a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. No entanto, é indispensável uma

abordagem interdisciplinar, composta de outros profissionais, como: Enfermeiro, Nutricionistas, Educador Físico, Psicólogo e Fisioterapeuta, pois, como se trata de uma doença crônica exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (BRASIL, 2006).

O estabelecimento do vínculo entre o usuário e profissionais de saúde depende, entre outros fatores, da mudança da postura dos profissionais no que diz respeito à facilitação do contato, o esclarecimento de dúvidas sobre a doença, procedimentos e medicações e da utilização de linguagem acessível. Além disso, a abertura à participação do paciente no planejamento e decisões sobre o seu tratamento proporciona a responsabilização das partes envolvidas e favorece o seguimento do tratamento (REINERS *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

Diante dos achados constatamos que a principal demanda deste grupo de hipertensos está relacionada com o treinamento dos profissionais da equipe de saúde, pela necessidade da adequada disseminação de informações referentes à hipertensão e suas complicações, além do esclarecimento das possíveis dúvidas relativas ao tratamento anti-hipertensivo associado de modo a minimizar as limitações geradas pelo AVC.

Privilegiando o controle pressórico e a prevenção de complicações, estabelecemos as seguintes possibilidades de mudanças, representadas por medidas de monitoramento por parte da equipe de saúde: atualização periódica das informações sobre os hipertensos adscritos à Unidade de Saúde, principalmente os que já apresentam complicações; busca ativa dos hipertensos faltosos ou que abandonaram o tratamento; realização de visitas domiciliares para monitoramentos; elaboração de grupos para realização de atividades de educação e saúde, configurando um espaço para troca de experiências, cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades.

Embora não tenha proposto um modelo acerca da decisão a ser tomada para o contexto dos hipertensos acometidos por AVC nos municípios analisados, os resultados aqui apresentados relacionados ao tratamento anti-hipertensivo fornecem subsídios para o planejamento e a execução de estratégias que garantam uma maior efetividade acerca da assistência à saúde destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE JP, VILAS-BOAS F, CHAGAS H, ANDRADE M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Arq. Bras. Cardiol.* 2002; 79(4): 375-379.
- CASTRO RAA, MONCAU JEC, MARCOPITO LF. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(3): 334-339.
- CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV, CIORLIOLA, GODOY MRP, CORDEIRO JA, RODRIGUES IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(1): 31-35.
- Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, Brennan TA, Shrank WH. The Implications of Therapeutic Complexity on Adherence to Cardiovascular Medications. *Arch Intern Med.* 2011; 171(9): 814-822.
- DIAS KS, Perfil dos indivíduos portadores de Acidente Vascular Cerebral vinculados ao programa de saúde da família no município de Divinópolis-MG: a demanda por cuidados fisioterapêuticos, [Dissertação de Mestrado]. Franca: Universidade de Franca; 2006. (119p).
- GILSOGAMO CA, OLIVEIRA JC, TEIXEIRA JCA, GROSSI LCN, MOREIRA MMP, DINIZ LO. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2008; 4(15): 179-188.
- GOMES TJO, ROCHA E SILVA MV, SANTOS AM. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17(3): 132-139.
- JARDIM PCBV, GONDIM MRP, MONEGO ET, MOREIRA HG, VITORINO PVO, SOUZA WKS, SCALA LCN. Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(4): 452-457.
- KRIPALANI S, YAO X, HAYNES RB. Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med.* 2007; 167(6): 540-550.
- LESSA I, FONSECA J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 1997; 68(6): 443-449.
- LIMA V, CAETANO JA, SOARES E, SANTOS ZMSA. Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2006; 19 (3): 148-154.
- MAZZOLA D, POLESE JC, SCHUSTER RC, OLIVEIRA SG. Perfil dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2007; 20(1): 22-27.
- MENDONÇA LBA, LIMA FET, OLIVEIRA SKP. Acidente Vascular Encefálico como complicação da Hipertensão Arterial: Quais são os fatores intervenientes? *Esc Anna Nery.* 2012; 16 (2): 340-346.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 15. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- MONTEIRO MF, SOBRAL FILHO DC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte.* 2004; 10(6): 513-516.
- MORAES JD. Perfil dos usuários com AVE adscritos à saúde da família no município de João Pessoa – PB, [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2011.
- OLIVEIRA EA, BUBACH S, FLEGELER D S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. *Rev. enferm. UERJ,* 2009; 17(3): 383-387.
- OSHIRO M.L, CASTRO LLC, CYMROT R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2010; 31(1): 95-100.
- O'SULLIVAN SB, SCHMITZ TJ. *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*, 5ªed, São Paulo: Editora Manole, 2010.
- PAES NA. 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. 2008. Projeto de pesquisa aprovado pelo CNPq no âmbito do Edital MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS N. 37/2008 – Processo N. 576671/2008-8.
- PASSOS VMA, ASSIS TD, BARRETO SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2006; 15(1): 35-45.**
- PIATI J, FELICETTI CR, LOPES AC. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(2): 123-129.
- 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): 2299-2306.
- RENNER SBA, FRANCO RR, BERLEZI EM, BERTHOLO LC. Associação da hipertensão Arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. *RBAC.* 2008; 40(04): 261-266.
- ROSÁRIO TM, SCALA LCN, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(6): 672-678.
- 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; 26(12): 2389-2398.**
- SCHIMITH MD, LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública,* 20(6): 1487-1494, 2004.**
- SILVA CS, Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas unidades de saúde da família do município de João Pessoa, [Dissertação de Mestrado]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2011. (118p)
- STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, 2002.

30. TRÊS GS, UTZIG JB, MARTINS R, HEINRICH S. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16(3): 143-147.
31. TRIOLA M F. *Introdução à estatística*, 3ªed, Rio de Janeiro: Editora LTC, 2005.
- VICTOR RG, LEONARD D, HESS P, BHAT DG, JONES J, VAETH PA, RAVENELL J, FREEMAN A, WILSON RP, HALEY RW. Factors Associated With Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Dallas County, Texas. *Arch Intern Med*. 2008; 168(12): 1285-1293.
32. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1): 1-51.
33. VITOR AF, MONTEIRO FPM, MORAIS HCC, VASCONCELOS JDP, LOPES MVO, ARAÚJO TL. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15 (2): 251-260.
34. WONG ND, LOPEZ VA, L'ITALIEN G, CHEN R, KLINE SEJ, FRANKLIN SS. Inadequate Control of Hypertension in US Adults With Cardiovascular Disease Comorbidities in 2003-2004. *Arch Intern Med*. 2007; 167(22): 2431-2436.

Correspondência

Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva - LEPASC

Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Fisioterapia - Campus I - Cidade Universitária

João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP - 58059-900

Email: lepasc@ccs.ufpb.br