

**PERCEPÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SOBRE SUA DOENÇA E
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fernanda Helena Penha Coutinho^a

Islândia Maria Carvalho de Sousa^b

Resumo

O enfrentamento da cronicidade da Hipertensão Arterial envolve vários fatores, entre eles, a percepção da doença e sua adesão ao tratamento medicamentoso que são fundamentais para nortear a avaliação e intervenção dos profissionais de saúde envolvidos na sua assistência. O objetivo deste artigo é analisar a percepção dos indivíduos com hipertensão sobre a doença e sua adesão ao tratamento medicamentoso na Estratégia de Saúde Família (ESF). Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido na ESF do município de Recife. Participaram do estudo indivíduos com hipertensão cadastrados na ESF, sorteados aleatoriamente. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada. Na análise dos dados foram utilizados os métodos de avaliação de adesão: pela autopercepção do usuário, adesão percebida pelo pesquisador e análise de conteúdo. Os resultados apontam que a percepção sobre a hipertensão envolvia sintomas de agravamento da doença; ficou demonstrada a dificuldade dos hipertensos em adotar medidas de controle, que exijam engajamento, persistência e compreensão acerca do seu adoecimento. Conclui-se que é necessária, na avaliação da adesão ao tratamento, a análise dos processos de abordagem ao usuário. O cuidado deve levar em conta os sentidos e significados que envolvam uma doença que não tem cura e, portanto, exige, por maior tempo, persistência tanto do usuário quanto dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão à medicação. Estratégia Saúde da Família.

^a Enfermeira, residente do Programa Multiprofissional de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE.

^b Pesquisadora-Docente do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE.

Endereço para Correspondência: Avenida São João Batista, nº 387, bloco D, apart. 204, Jardim Atlântico, Olinda, Pernambuco. fernandahpc@hotmail.com

PERCEPTION OF INDIVIDUALS WITH HYPERTENSION REGARDING THEIR DISEASE AND MEDICATION ADHERENCE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM

Abstract

Coping with chronic hypertension involves the perception of patients regarding the disease and their compliance with drug treatment. These are fundamental aspects to the assessment and intervention of healthcare professionals. The aim of the present study was to analyze the perception of individuals with hypertension regarding the disease and medication adherence. An exploratory study with a qualitative approach was carried out in Recife, Brazil. Patients with hypertension registered with the Family Health Strategy Program of the Brazilian public healthcare system were randomly selected to participate in the study. A semi-structured interview was administered. The assessment of compliance with treatment was based on discourse content, the self-perception of the patients, the perception of the researcher and content analysis. The results reveal the difficulty patients with high blood pressure have in adopting control measures, which require persistence and an understanding of the disease. Perceptions regarding hypertension involved the aggravation of the disease. The analysis of compliance with treatment should take into account the perception of patients regarding a disease that has no cure and therefore requires greater persistence on the part of both the patient and healthcare services.

Key words: Hypertension. Medication adherence. Family health.

PERCEPCIÓN DE LOS INDIVIDUOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SOBRE SU ENFERMEDAD Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Resumen

El enfrentamiento de la cronicidad de la Hipertensión Arterial envuelve varios factores, entre ellos, la percepción de la enfermedad y su adhesión al tratamiento medicamentoso, que son fundamentales para guiar la evaluación e intervención de los profesionales de salud envueltos en su asistencia. El objetivo de este artículo es analizar la percepción de los individuos con hipertensión sobre la enfermedad y su adhesión al tratamiento medicamentoso en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se trata de estudio exploratorio, con enfoque cualitativo, desarrollado en la ESF del municipio

de Recife. Participaron del estudio individuos con hipertensión registrados en la ESF y sorteados de forma aleatoria. Fue aplicada una entrevista semiestructurada. En el análisis de los datos fueron utilizados los métodos de evaluación de adhesión: por la autopercepción del usuario, adhesión percibida por el investigador y por el análisis de contenido. Los resultados indican que la percepción sobre la hipertensión envolvía síntomas de agravamiento de la enfermedad; quedó demostrada la dificultad de los hipertensos en adoptar medidas de control, que exijan compromiso, persistencia y comprensión acerca de su enfermedad. Se concluye que es necesario el análisis de los procesos de abordaje al usuario en la evaluación de la adhesión al tratamiento. El cuidado debe llevar en cuenta los sentidos y significados que envuelvan una enfermedad que no tiene cura y, por lo tanto exige mayor tiempo y persistencia, tanto del usuario cuanto de los servicios de salud.

Palabras-clave: Hipertensión. Adhesión a la medicación. Estrategia Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

Desde 1960, o Brasil passa por transições demográfica e epidemiológica caracterizadas pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).¹ O crescimento acelerado, a maior participação na mortalidade proporcional e a carga da doença que se impõe para indivíduos e sociedade tornam as DCNT um problema de saúde pública que requer ações diversificadas e efetivas.²

Entre as DCNT, a hipertensão arterial (HA) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal.³

Dentre os indivíduos com hipertensão que iniciam o tratamento medicamentoso, 16 a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, o que mostra ser a não-adesão um fator relevante para os programas de saúde que visam o seu controle.⁴ Vale salientar que a não-adesão não significa uma desmedicalização, haja vista o poder simbólico do medicamento na nossa sociedade.⁵

Neste estudo, a adesão e não-adesão ao tratamento medicamentoso envolve ingerir ou não os remédios prescritos e como o indivíduo “administra” seu tratamento (comparecimento às consultas agendadas e interrupção do tratamento por conta própria).

A percepção do indivíduo como doente implica uma série de experiências subjetivas, mudanças físicas ou emocionais e a confirmação dessas mudanças por outras pessoas.⁵ Nas doenças crônicas, a percepção do doente em relação ao seu estado de saúde e a relação entre sintomas e o controle da doença pelo tratamento pode facilitar ou dificultar a adesão ao esquema terapêutico.^{6,7} Esta pode ser uma explicação, em parte, porque há baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, uma vez que essa é uma doença predominantemente assintomática e não há forte relação entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento de sintomas.⁶ Muitas vezes, o que ocorre é o aparecimento de sintomas com o uso de medicamentos,^{6,7} que podem passar despercebidos pelos profissionais de saúde. Assim, a avaliação da percepção do usuário sobre a doença e o seu processo de adoecimento e tratamento é basilar na adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento é complexa e envolve vários fatores: características do usuário, característica da doença, costumes culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento); tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos); dificuldades institucionais (acesso, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com a equipe de saúde.⁸

Os fatores culturais influenciam na percepção e na adesão ao tratamento, determinam quais sinais e sintomas são percebidos como “anormais” e originam um padrão de adoecimento para o doente e para aqueles que o cercam.⁵

Deste modo, o enfrentamento da cronicidade da hipertensão envolve a compreensão dos doentes, de acordo com suas percepções de saúde/doença,⁶ e do apoio que recebem dos profissionais da saúde. Seu controle abrange a participação ativa do doente e co-participação da família e do desempenho dos serviços de saúde.⁹

Um dos serviços que pode proporcionar acompanhamento de maneira integral e contínua ao indivíduo com hipertensão é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sua atuação na comunidade visa aproximar-se dos usuários e contribuir com o controle da doença e a diminuição de suas complicações.³

Nesse contexto, este estudo objetiva analisar a percepção dos indivíduos com hipertensão sobre a doença e sua adesão ao tratamento medicamentoso na ESF.

MÉTODOS

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, no qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando-se indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida representam para elas.¹⁰

O estudo foi desenvolvido na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Recife (PE), que apresenta a peculiaridade de se encontrar em território diferente da comunidade que atende.

Fizeram parte do estudo usuários com hipertensão cadastrados pelos dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) existentes na USF, cuja população é de 96 usuários com hipertensão. Para seleção da amostra foram sorteados aleatoriamente 12 usuários na listagem disponibilizada pelos ACS, 6 de cada agente de saúde, havendo a possibilidade de realizar mais um sorteio caso não ocorresse saturação entre os entrevistados.

Os critérios de inclusão para a amostra foram: idade mínima de 18 anos, ter diagnóstico de hipertensão arterial e/ou estar em tratamento há pelo menos 12 meses.

Os dados foram coletados em dezembro de 2009, por meio de uma entrevista gravada com autorização prévia dos participantes. O roteiro de entrevista semi-estruturado incluiu as seguintes variáveis: idade, sexo, renda familiar, escolaridade, profissão, tempo de tratamento, maneira de ingestão dos medicamentos, tempo de diagnóstico, bem como perguntas abertas relacionadas à percepção/conhecimento do usuário em relação à doença e ao tratamento medicamentoso.

Os dados coletados foram analisados levando em consideração o conteúdo das entrevistas. Optou-se por dois métodos de avaliação para a classificação dos usuários, no que se refere a sua adesão ao tratamento medicamentoso:

a) Pelo indivíduo com hipertensão (adesão autopercebida): considerou-se adesão autopercebida aquela em que o usuário atribuiu uma nota a sua adesão, utilizando uma escala visual de 1 a 5, a fim de perceber o quanto indicavam ingerir ou não a medicação prescrita (1 = não ingere a medicação ou raramente ingere; 2 = às vezes ingere a medicação; 3 = ingere quase sempre a medicação; 4 = ingere a maioria das vezes a medicação; 5 = ingere sempre a medicação). As respostas foram analisadas de acordo com os critérios estabelecidos em estudo sobre prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes:¹¹

1. aderentes: a nota 5 classifica o usuário como aderente;
2. parcialmente aderente: as notas 3 e 4 classificam o usuário como parcialmente aderentes;
3. não aderente: as notas 1 e 2 classificam o usuário como não aderente.

b) Pelo pesquisador:

1. aderentes (adepto): indivíduos que afirmaram ingerir a medicação, responderam corretamente o nome da medicação em uso, a frequência, a dose correta e comparecem às consultas agendadas;
2. parcialmente aderentes: ingeriram corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta; omitiram horários de ingestão de medicamentos; fizeram seu próprio esquema de tratamento; compareceram às consultas, mas não seguiram corretamente a prescrição;
3. não aderentes: afirmaram não ingerir a medicação ou ingeriram de maneira incorreta (medicamentos em dias e horários variados); referiram ingerir a medicação, mas responderam incorretamente o nome e a dose diária, e não compareceram às consultas agendadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ/Recife (PE), com o Parecer 55/2009. Todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 12 indivíduos entrevistados, 8 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Todos possuíam renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, baixa escolaridade e se autoperceberam como aderentes ou parcialmente aderentes (**Quadros 1 e 2**). Nota-se que todos os usuários do sexo masculino autoperceberam-se como aderentes ao tratamento medicamentoso.

CLASSIFICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO QUANTO À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE ACORDO COM OS MÉTODOS ADOTADOS

Pelo método de avaliação autopercebida, 6 usuários disseram sempre ingerir a medicação prescrita, sendo considerados aderentes, 4 a maioria das vezes, e 2 quase sempre, o que os classificou como parcialmente aderentes. No método de avaliação de adesão percebida pelo pesquisador, constatou-se que 3 usuários foram considerados aderentes, 5 mostraram-se parcialmente aderentes, e 4 não aderentes (**Quadros 1 e 2**).

Os métodos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso evidenciaram divergências na classificação de aderência. Com a utilização do método de percepção pelo pesquisador foi possível verificar que, ao afirmarem que sempre ingeriam o

medicamento, isto não significava que os usuários seguiam o esquema prescrito. Os usuários não continuavam o tratamento quando sentiam melhoras nos sintomas, interrompiam as consultas e deixavam de ingerir a medicação. Assim, com o método classificatório de percepção do pesquisador, o número de entrevistados aderentes reduziu-se para 3 usuários.

Usuário	Idade (anos)	Escolaridade	Profissão	Tempo diagnóstico (anos)	Tempo tratamento (anos)	Adesão autopercebida	Adesão percebida pelo pesquisador
1	60	Analfabeto	Cozinheira	5	5	Parcialmente Aderente	Parcialmente Aderente
2	67	Analfabeto	Aposentada	6	6	Aderente	Aderente
3	53	Analfabeto	Pescadora	3	3	Aderente	Aderente
4	45	Ensino fundamental incompleto	Diarista	16	11	Parcialmente Aderente	Não Aderente
5	69	Analfabeto	Aposentada	2	2	Parcialmente Aderente	Não Aderente
6	45	Analfabeto	Do lar	2	2	Parcialmente Aderente	Parcialmente Aderente
7	63	Analfabeto	Do lar	30	14	Parcialmente Aderente	Não Aderente
8	46	Ensino fundamental incompleto	Ambulante	4	4	Parcialmente Aderente	Parcialmente Aderente

Quadro 1. Caracterização das usuárias, segundo aspectos socioeconômicos, demográficos, autopercepção da adesão e avaliação do pesquisador – Recife (PE) – 2010

Usuário	Idade (anos)	Escolaridade	Profissão	Tempo Diagnóstico (anos)	Tempo tratamento (anos)	Adesão autopercebida	Adesão percebida pelo pesquisador
9	77	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	8	8	Aderente	Parcialmente Aderente
10	43	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	6	6	Aderente	Parcialmente Aderente
11	64	Ensino fundamental incompleto	Cabeleireiro	5	5	Aderente	Aderente
12	39	Ensino fundamental incompleto	Serviços braçais	5	2	Aderente	Não Aderente

Quadro 2. Caracterização dos usuários, segundo aspectos socioeconômicos, demográficos, autopercepção da adesão e avaliação do pesquisador – Recife (PE) – 2010

PERCEPÇÃO/CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO

Quando perguntados sobre o que era hipertensão, a maior parte das respostas estavam relacionadas às complicações e demonstravam pouco conhecimento. Os entrevistados relacionavam a doença com os desconfortos físicos que vivenciavam e com suas complicações:

“Dor de cabeça, tontura, vontade de vomitar, vontade de chorar, muita dor no corpo, vista curta [...] Doença grave que chega a ter um infarto/ Infarto, o coração não aguenta a pressão.” (Usuário 8).

Dor de cabeça, ânsia de vômito, pra mim é horrível; eu vi a morte na minha frente. Fiquei com falta de ar, a doutora me disse que se eu não me cuidar, vou morrer afogada [...] Só vem na minha mente que eu vou morrer; eu tenho muito medo.” (Usuário 4).

“Dá uma reação muito ruim, uma dor na nuca, ânsia de vômito, não aguento aquele negócio ruim, uma sensação de morrer. Agora tenho medo mesmo, pensei que era brincadeira.” (Usuário 12).

“Que não tem hora nem dia para morrer. Você fica com vontade de morrer, gritar, chorar, perde vontade de tudo, aperreado.” (Usuário 1).

A percepção da doença como algo que podia causar a morte foi comum nas falas dos usuários. Além do medo de morrer, eles associavam a doença ao seu cotidiano, a suas emoções. É mister observar que o conhecimento acerca da doença trazia também a especificidade e peculiaridades da vivência dos entrevistados sobre o que, para eles, era *ter a doença*:

“Eu acho que eu me aperreava muito e ficava calada. Era muita pressão em cima de mim; chegava em casa, era aperreio. A pessoa muito fechada tem problema de pressão, foi isso que a médica disse [...]” (Usuário 1).

“[...] contrariedade que faz a pressão ficar alta. Pessoa se contraria porque a situação econômica não ajudou e o cara fica contrariado; aí chega uma época que o cara fica com a pressão alta [...]” (Usuário 9).

A percepção da evolução, gravidade e dos vários aspectos que envolviam a doença foram elementos importantes para a adesão. Percepção que estava além da nosologia biomédica, pois ser “hipertenso” não significava possuir Pressão Arterial (PA) maior ou igual a 140 x 90 mmHg e, conseqüentemente, não era este fator que determinava a continuidade do uso do medicamento. Deste modo, não compareciam a ESF e não buscavam atendimento em outros serviços de saúde.

Os depoimentos dos entrevistados demonstraram que havia desconhecimento sobre a necessidade de monitorar a PA e o uso da medicação, mesmo com a ausência de sintomas. A ideia de que a hipertensão não era grave, como outras doenças crônicas, foi frequente nas falas:

“Faz dois anos que eu não ia no posto. Achava que estava curado; agora eu tenho que ir lá mesmo... estava me sentindo mal as duas vezes que fui este ano.”
(Usuário 12).

“Vou muito pouco ali ao posto, porque quase não preciso. Eu só tenho mesmo este problema de pressão... Não gosto de ir ao posto por causa da zoadá. Se eu não estou sentindo nada, aí vou ocupar o trabalho da médica para pegar medicação. Eu ganho pouco, mas dá para pagar pelo remédio, sem precisar ir lá no posto.” (Usuário 10).

“Eu prefiro a pressão alta do que um câncer de mama, que é uma doença perigosa.”
(Usuário 8).

“Estou com mais medo por causa da Diabetes... o remédio da diabetes, eu não deixo de tomar não.” (Usuário 4).

RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO SOBRE A DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Percebeu-se a relação entre a percepção da doença e a adesão ao tratamento. O desconhecimento acerca da ausência de sintomas como consequência do tratamento levava alguns usuários a interromperem o tratamento medicamentoso ou a não iniciarem. Entre os 12 entrevistados, 9 o iniciaram quando foram diagnosticados e 3 optaram pelo tratamento após algum tempo do seu diagnóstico, que variou de três a dezesseis anos.

Na análise das percepções acerca da doença, foi possível identificar que o desconhecimento em relação à doença influenciou a adesão, e apenas 3 compareciam às consultas agendadas:

“Quando a enfermeira tira a pressão, que ela está normal, eu paro de tomar a medicação... é uma doença leve que toma o comprimido e acalma.” (Usuário 5).

“Vai ter época que eu não vou precisar nem tomar a medicação [...] Vou muito pouco ali no posto, porque quase não preciso. Eu só tenho mesmo esse problema de pressão...” (Usuário 10).

“Eu não gosto de perder tempo com médico. Fui apenas quatro vezes neste último ano, mas tomo a medicação certinha.” (Usuário 9).

As entrevistas revelaram que havia pouca participação do usuário na construção do esquema terapêutico. Eles não foram estimulados pelos profissionais da ESF a estabelecerem um vínculo de co-participação no processo de enfrentamento da doença. Esta co-participação é feita na medida em que os usuários são incentivados a realizarem o autocuidado e a refletirem sobre seu problema de saúde, sendo o tratamento prescrito com a troca de saberes, o que não ocorreu:

“Não entendo direito. Eu faço o que a médica manda, que é perigoso, que mata se não tomar o remédio direito, que tem que controlar.” (Usuário 6).

“Se a médica diz que é para tomar, é porque é preciso tomar. Eu vou teimar com médico sem ter estudado para nada, principalmente para medicina?” (Usuária 3).

O fato de todos os entrevistados terem baixo grau de escolaridade e baixa condição socioeconômica pode ter influenciado no acesso e apreensão do conhecimento acerca da doença e em sua adesão. No entanto, os resultados das entrevistas demonstraram pouco diálogo com os profissionais. Diante desse quadro, o diálogo pode contribuir para incentivar e realizar as orientações necessárias sobre a doença, o tratamento, o uso correto dos medicamentos prescritos e as possíveis complicações.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram maior proporção de mulheres com hipertensão arterial (66%), o mesmo encontrado em outros estudos realizados com unidades de saúde da família.^{12,13} O primeiro encontrou (71,9%) de mulheres com HA e o segundo (77%) de mulheres portadoras de hipertensão arterial. Por outro lado, pesquisas mostram que a hipertensão arterial acomete mais indivíduos do sexo masculino, mas essa situação inverte-se quando a mulher atinge a menopausa (após os 40 anos de idade).^{14,15} Nosso estudo mostrou que homens e mulheres percebem diferentemente a adesão. Por isso, talvez haja a necessidade de serem utilizadas estratégias adequadas às especificidades do gênero. As atividades de educação e saúde na ESF podem ser renovadas, quando integrem as necessidades dos participantes e buscarem estabelecer o diálogo.

Em relação à idade, foi identificado que 6 usuários tinham idade igual ou superior a 60 anos. Atualmente, a ocorrência de hipertensão arterial em idosos brasileiros alcança o percentual de 65% e, na medida em que são acrescidos anos de vida à população, a pressão eleva-se e, em conjunto com outras moléstias cardiovasculares, torna-se fator de grande repercussão nos índices de morbidade e mortalidade.¹⁶

Entre os entrevistados, 6 encontravam-se na situação de analfabetos, e 6 cursaram as primeiras séries do ensino fundamental, indicando uma população com baixa escolaridade. Alguns estudos indicam que ao menor grau de instrução corresponde maior grau de abandono ao tratamento, pois os indivíduos, muitas vezes, não conhecem e não valorizam o processo saúde/doença. Como visto nos resultados, a predominância da baixa escolaridade assume relevância quando se considera a abordagem aos usuários, que deve ser em linguagem simples e compatível com o grau de entendimento.^{15,17} Também o maior tempo para o diálogo e a educação em saúde nas consultas e nas atividades coletivas podem ser estratégias eficientes para a adesão. A condução do processo de educação e saúde deve levar em consideração a efetividade terapêutica se estimular o usuário a co-participar e não apenas obedecer ao tratamento.

Dos entrevistados, 5 informaram uma renda mensal inferior a 1 salário mínimo, e os demais recebiam até 1 salário mínimo. Provavelmente, a baixa escolaridade e a escassa renda financeira influenciaram na percepção dos usuários sobre sua condição de saúde e o uso dos medicamentos. Estudo¹⁸ observou, quanto à renda familiar, que a maioria das pessoas (56,5%) contava com uma renda entre 1 e 2 salários mínimos e 8,1% sobreviviam com menos de 1 salário mínimo. Estes dados, associados àqueles relativos ao nível de instrução e ocupação, ratificam a caracterização de uma clientela de baixo nível instrucional e

socioeconômico, o que torna mais séria a discussão acerca do tratamento proposto pela ESF, pois é esta população (baixa renda e escolaridade) a que mais despende parte de sua renda com medicamentos.¹⁹

Os usuários entrevistados tiveram conhecimento do seu diagnóstico ao procurar o serviço de saúde, mediante sinais e sintomas inespecíficos, como calor, cefaleia, mal-estar e tontura. Outras pesquisas também identificaram, com relação ao conhecimento sobre a definição da hipertensão arterial, que a maior parte da população (55,6%) conceituou a doença como, basicamente, a manifestação de sintomas.²⁰ A descontinuidade no comparecimento à ESF demonstrou pouco acompanhamento da equipe em relação às consultas e às visitas domiciliares que deveriam ser realizadas aos hipertensos cadastrados. Vale ressaltar que alguns indivíduos não compareciam à ESF por não perceberem como necessário ou por terem outras prioridades para realizar no horário de funcionamento da unidade de saúde da família. Em estudo realizado no ambulatório de um hospital, a assiduidade às consultas era alta, a percepção dos usuários era de uma condição de saúde que inspirava cuidados médicos e precisava de tratamento.²¹ Isto leva a indagar-se porque, neste estudo com usuários da Estratégia de Saúde da Família, essa mesma percepção e assiduidade não foi encontrada? Horário de funcionamento? Abordagem e acolhimento? Estes são aspectos não aprofundados neste artigo, mas relevantes para a avaliação dos serviços de saúde.

Visto que o curso da hipertensão evolui frequentemente de modo assintomático, mas determinando alterações fisiopatológicas em órgãos nobres,²⁰ no momento do diagnóstico, o papel do profissional que determina o “rótulo da doença” é basilar para o processo de adesão. O estímulo à adesão é um processo contínuo, de acordo com os métodos adotados neste estudo. Mesmo aqueles que iniciaram o tratamento logo após o diagnóstico evidenciaram níveis de adesão indesejáveis.

É provável que a sensação de melhora inicial, após a redução dos sintomas clínicos com o uso da medicação anti-hipertensiva, possa ter uma consequência negativa, se servir de estímulo para interromper o tratamento medicamentoso, pois, com a melhora dos sintomas, os usuários com hipertensão podem acreditar estar curados e interromper o uso da medicação.²² Estudo realizado com hipertensos para identificar os fatores que contribuíam para que não ingerissem os medicamentos mostrou, quanto ao conhecimento e crenças, que 83% só ingeriam o medicamento quando a pressão estava alta; 80% referiram não cuidar da saúde; e 75% esqueciam de ingerir os medicamentos.²³ Acrescenta-se ainda as referências de deixar de ingerir o medicamento por conta própria, faltar e chegar atrasado à consulta.²⁴

Os resultados encontrados demonstraram as dificuldades que os entrevistados tiveram em adotar medidas de controle, que exigem engajamento e persistência, bem como, maior compreensão sobre a doença e o tratamento.

Neste sentido, o cuidado dispensado por meio da equipe de saúde da família, que inclui visitas domiciliares dos ACS e consultas médicas e/ou de enfermagem mensais, são estratégias que poderão auxiliar para que o processo de adesão seja efetivo e possa minimizar os impactos tanto para o sistema de saúde quanto para os usuários.

Estudos mostram que o profissional de saúde é um elemento chave no processo assistencial ao indivíduo com hipertensão, ao centrar esforços em todos os estágios para o diagnóstico precoce da doença, confirmação e avaliação do tratamento. É importante conhecer as reais necessidades do usuário e, com base nelas, programar estratégias direcionadas ao autocuidado e à co-participação no planejamento da terapêutica que vise a obtenção de maior grau de adesão ao tratamento.^{13,24}

Para proporcionar o cuidado ao indivíduo com hipertensão não basta apenas estabelecer regras a serem seguidas: é importante que “[...] o médico controle a pressão, o usuário a sua vida. Para o médico há uma doença (a hipertensão) a ser controlada, e para o usuário existe um doente a ser controlado.”^{25:150}

No entanto, os profissionais necessitam também de apoio, dado que os medicamentos tornaram-se produtos do mercado, bens de consumo e, portanto, seguem as regras que são sustentadas e apoiadas fora dos serviços de saúde.

Para o sistema de saúde pública, são vários os desafios na implantação de um acompanhamento efetivo. Além de disponibilizar os medicamentos e avaliar os fatores que envolvem a adesão, carece desenvolver estratégias de educação para a desmedicalização. Isto, porém, se faz ao integrar e articular as Políticas e ações entre os serviços de saúde, o que ainda é incipiente nos Sistema Único de Saúde (SUS), como pode ser visto nos dias atuais com a Política de medicamentos. A disponibilização de medicamentos para hipertensão e diabetes em farmácias populares tem dois lados: aumenta o acesso, mas desarticula a busca do medicamento e acompanhamento mensal da ESF, o que pode acarretar prejuízos na adesão. Todavia, para que os profissionais possam qualificar o acompanhamento, avaliar se o indivíduo compreendeu ou está compreendendo as causas e a finalidade do tratamento e estimular o processo de co-participação, é necessário analisar a operacionalização das atividades na ESF, como, por exemplo, o tempo despendido com consultas e atividades coletivas.

A ESF foi implantada na perspectiva de inovar o cuidado, colocando o foco na promoção e na educação em saúde. No entanto, esta perspectiva exige mudanças

na organização dos serviços de saúde, pois a produtividade de consultas e atendimentos é uma exigência que compromete a qualidade da assistência e, conseqüentemente, sua efetividade. O modo de organização pautada pelo modelo biomédico, no qual as ações são majoritariamente pensadas para as doenças e não para os doentes, estabelece barreiras tanto para o usuário quanto para o profissional.

REFERÊNCIAS

1. Lopes FAM, Oliveira FA. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF). *Patge*. 2004;9(15):154-66.
2. Barreto ML, Carmo EH. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 15-27.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília; 2006. (Cadernos de atenção básica; 16).
4. Riera ARP. *Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Castro VD, Car MR. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev Esc Enf USP*. 2000;34(2):145-53.
7. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto & contexto enferm*. 2007;16(1):63-70.
8. Pierin AMG. Adesão ao tratamento-conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Junior D. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos; 2001. p. 21-34.
9. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13:39-46.
10. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* [online]. 2005;39(3):507-14.
11. Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008;24(12):2979-84.
12. Assunção TS, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ci Saúde Coletiva*. 2008;13(supl 2):S2189-87.

13. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTC, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):933-40
14. Xavier AJ, Reis SS, Paulo EM, D'orsi E. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ci Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1543-51.
15. Carvalho J. Hipertensão arterial. *Ars Curandi*. 1982;15(6):14-9.
16. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-Am Enferm [online]*. 2001;9(3):51-7.
17. Mion Jr. D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F. IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(suppl 4):S1-S1.
18. Martins LM, Franca APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. Latino-Am. Enferm [online]*. 1996;4(3):5-18.
19. Silveira FG, Osorio RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ci Saúde Coletiva*. 2002;7(4). Extraído de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400009&lng=en&nrm=iso], acesso em [10 de junho de 2011].
20. Magro MCS, Silva EV, Riccio GMG. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1999;9(1suppl.A):S1-10.
21. Nobre F, Silva CP, Lima NKC, Santos LA, Veiga EV, Nogueira MS et al. Características e resultados do atendimento de usuários na Unidade de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Med*. 2000;57:694-708.
22. Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, Cadê NV, Mezdri VA. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(1):32-36.
23. Mion Junior D, Pierin AMG. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de usuários hipertensos. In: *Anais do 5º. Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, São Paulo; 1996*. p. 120.
24. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):59-65.
25. Lefreve F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez; 1991.

Recebido em 20.5.2010 e aprovado em 12.8.2011.