

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Fernanda Helena Penha Coutinho

**Percepção dos portadores de hipertensão arterial  
sobre a doença e sua adesão ao tratamento na  
Estratégia de Saúde da Família**

RECIFE  
2010

Fernanda Helena Penha Coutinho

**Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao  
tratamento na Estratégia de Saúde da Família**

Monografia em formato de Artigo apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Islândia Maria Carvalho de Sousa

RECIFE  
2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

**C871p Coutinho, Fernanda Helena Penha.**

Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na Estratégia de Saúde da Família / Fernanda Helena Penha Coutinho. — Recife: F. H. P. Coutinho, 2010.

**19p. : il., graf.**

**Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.**

**Orientador: Islândia Maria Carvalho de Sousa.**

1. Hipertensão. 2. Adesão à medicação. 3. Programa saúde da família. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de Sousa. II. Título.

---

**CDU 616.12-008.331.1**

---

Fernanda Helena Penha Coutinho

**Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na Estratégia de Saúde da Família**

Monografia em formato de Artigo apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 16/ 04/ 2010

BANCA EXAMINADORA

---

Ms. Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Dr<sup>o</sup> Vera Lucia de Vasconcelos Chaves  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

**Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na Estratégia de Saúde da Família**

Perception of patients with arterial hypertension about the disease and their adherence to the treatment strategy of family health

Autores:

Fernanda Helena Penha Coutinho<sup>1</sup>

Islândia Maria Carvalho de Sousa<sup>2</sup>

Instituições:

<sup>(1)</sup> Enfermeira, Residente do Programa multiprofissional de Saúde coletiva do centro de pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

<sup>(2)</sup> Pesquisadora do Centro de pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

Endereço para Correspondência:

Fernanda Coutinho: Avenida São João batista nº 387 bloco D aptº 204, Jardim Atlântico – Olinda – Pernambuco.

Telefone: 87628791

E-mails:

fernandahpc@hotmail.com

islândia@cpqam.fiocruz.br

Revista:

Será enviado para publicação na **Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP)**

## **Resumo**

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A percepção e conhecimento dos hipertensos acerca da hipertensão e sua adesão ao tratamento medicamentoso são fundamentais para nortear a assistência à saúde a este grupo. OBJETIVO: Analisar a percepção dos portadores de hipertensão sobre a doença e sua adesão ao tratamento medicamentoso na Estratégia de Saúde Família. MÉTODO: Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Saúde da Família do município de Recife. Fizeram parte do estudo hipertensos cadastrados sorteados aleatoriamente, aos quais foi aplicado uma entrevista semi-estruturada. Para classificação dos hipertensos no que se refere a sua adesão foram utilizados os métodos de avaliação de adesão: pela autopercepção do usuário e adesão percebida pelo pesquisador. Os resultados demonstram a dificuldade dos hipertensos em adotar medidas de controle, que exigem engajamento, persistência e compreensão acerca do seu adoecimento. É necessário que na avaliação da adesão sejam analisados os processos de abordagem desses usuários. O cuidado deve levar em conta os sentidos e significados que envolvem uma doença que não tem cura e, portanto, exige por maior tempo persistência tanto do usuário quanto dos serviços de saúde.

Descritores: Hipertensão; Adesão à medicação; Programa saúde da família.

## **Abstract**

Hypertension arterial is one of the most important risk factor to cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. Perception and knowledge of the persons who has hypertension about this disease and their adherence to the drugs treatment are fundamentals to direct the health help to this group. Objective: analyse the perception of the hypertension patients about this disease and their adherence to the drugs treatment at the health family strategy. Method: study exploratory, with qualitative approach, which was developed at Health Family in the Recife city. Patients registered, who was randomly selected, did part of this study, that it was made through an interview semi-structured. To their classification about the adherence, it was used the self-evaluation method (with the self-perception of the patient) and the research perception. Results showed the difficulty that these patients have to take the control attitudes, which demand engagement, persistence and their understanding of the illness. It is necessary that at the adherence evaluation are reviewed the approach procedures of these users. It cares must considerate the senses and the meanings which involve the disease that has no cure and therefore requires a longer persistence of the user and the health service.

Keywords: Hypertension, medication adherence, family health program.

## INTRODUÇÃO

Desde 1960 o Brasil passa por transição demográfica e epidemiológica caracterizadas pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>1</sup>. O crescimento constante, a maior participação na mortalidade proporcional, e também a carga que impõem para indivíduos e sociedade, torna as DCNT um problema de saúde pública que requer ações diversificadas e efetivas<sup>2</sup>.

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, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal<sup>3</sup>.

A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores estão associados, tais como: características do usuário, característica da doença, hábitos 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<sup>4</sup>. Os fatores culturais também influenciam na adesão ao tratamento, visto que determinam quais sinais e sintomas são percebidos como “anormais”, e geram um padrão reconhecível para o hipertenso e para aqueles que o cercam<sup>5</sup>.

Dentre os hipertensos que iniciam o tratamento medicamentoso, 16 a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, mostrando ser a não-adesão um fator relevante para os programas de saúde que visam o seu controle<sup>6</sup>. Vale lembrar que a não-adesão não significa uma desmedicalização, haja vista o poder simbólico do medicamento na nossa sociedade.

Assim, o enfrentamento da cronicidade da HA envolve a compreensão do seu significado pelos hipertensos, de acordo com suas percepções de saúde/doença, alterações emocionais e físicas<sup>7</sup>. Deste modo, o controle da doença se faz com participação ativa do hipertenso e co-participação da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde<sup>8</sup>.

Dentre eles a Estratégia de Saúde da Família, onde a equipe de saúde deve realizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, com vista no controle clínico da doença hipertensiva e diminuição de suas complicações<sup>3</sup>.

Neste estudo, a não adesão ao tratamento medicamentoso está relacionado não somente a tomar ou não tomar remédios, mas a como o paciente “administra” seu tratamento, envolvendo suas atitudes em relação ao comparecimento às consultas agendadas e a interrupção do tratamento por conta própria.

Diante deste contexto, o objetivo do estudo foi analisar a percepção dos portadores de hipertensão sobre a doença e sua adesão ou não ao tratamento medicamentoso na Estratégia de Saúde da Família (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 em geral representam para elas<sup>9</sup>.

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 hipertensos cadastrados pelos dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) existentes na USF, cuja população é de aproximadamente 96 hipertensos. Para seleção da amostra foram sorteados aleatoriamente 12 hipertensos na listagem disponibilizada pelos ACS, seis de cada agente de saúde, havendo a possibilidade de sortear mais usuários caso não ocorresse saturação entre os 12 entrevistados.

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

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



Para análise dos dados optou-se em utilizar dois métodos de avaliação para classificação dos usuários no que se refere a sua adesão ao tratamento medicamentoso:

a) Pelo usuário (adesão autopercebida): considerou-se adesão autopercebida aquela em que o usuário atribuiu uma nota à sua adesão utilizando uma escala visual de 1 a 5 a fim de perceber o quanto os mesmos num momento inicial indicavam tomar ou não a medicação prescrita. (1 = não toma a medicação ou raramente toma; 2 = às vezes toma a medicação; 3 = Toma quase sempre a medicação; 4 = Toma a maioria das vezes a medicação; 5 = Toma sempre a medicação). As respostas foram analisadas de acordo com os critérios estabelecidos por Bloch em seu estudo<sup>10</sup>.

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

b) Pelo pesquisador:

1. Aderentes (Adepto): Indivíduos que afirmaram tomar a medicação, responderam corretamente o nome da medicação em uso, a frequência, a dose correta dos mesmos, e comparecem as consultas agendadas;

2. Parcialmente aderentes: Tomam corretamente um medicamento e um outro de maneira incorreta; omitem horários de tomada de medicamentos; fazem seu próprio esquema de tratamento; comparecem a consulta, mas não seguem corretamente a prescrição;

3. Não aderentes: Afirmam não tomar a medicação, ou tomam de maneira incorreta (medicamentos em dias e horários variados); referiu tomar a medicação, mas respondeu incorretamente o nome e a dose diária, e não comparecem as consultas agendadas.

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

## **RESULTADOS**

Dos 12 hipertensos que fizeram parte do estudo, 8 usuários (67%) eram do sexo feminino e 4 usuários (33%) 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**).

Quadro 1 – Caracterização das usuárias, segundo aspectos sócio-econômicos, demográficos, autopercepção da adesão e avaliação do pesquisador, Recife, 2010.

<i>Usuário</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Tempo Diagnóstico (anos)</i>	<i>Tempo tratamento (anos)</i>	<i>Adesão autopercebida</i>	<i>Adesão Percebida pelo pesquisador</i>
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 2 – Caracterização dos usuários, segundo aspectos sócio-econômicos, demográficos, autopercepção da adesão e avaliação do pesquisador, Recife, 2010.

<i>Usuário</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Tempo Diagnóstico (anos)</i>	<i>Tempo tratamento (anos)</i>	<i>Adesão autopercebida</i>	<i>Adesão Percebida pelo pesquisador</i>
9	77	ensino fundamental incompleto	aposentado	8	8	Aderente	Parcialmente Aderente
10	43	ensino fundamental incompleto	aposentado	6	6	Aderente	Parcialmente Aderente

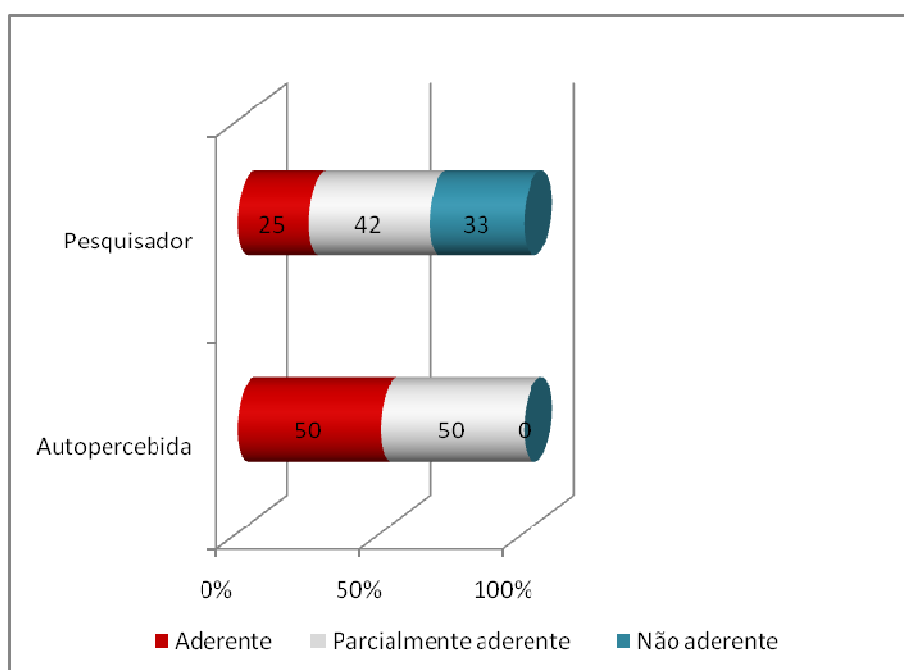
11	64	ensino fundamental incompleto	cabeleireiro	5	5	Aderente	Aderente
12	39	ensino fundamental incompleto	serviços braçais	5	2	Aderente	Não Aderente

**Classificação dos usuários quanto à adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com os métodos adotados:**

Pelo método de avaliação autopercebida observou-se que 6 (50%) dos usuários disseram sempre tomar a medicação prescrita, sendo considerados aderentes, 4 (33%) tomam a maioria das vezes, e 2 (17%) tomam quase sempre, o que os classificam como parcialmente aderentes.

No método de avaliação de adesão percebida pelo pesquisador, constatou-se que 3 (25%) dos usuários são considerados aderentes, 5 (42%) mostraram-se parcialmente aderentes, e 4 (33%) não aderentes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Classificação dos usuários quanto à adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com os métodos adotados, numa USF do município de Recife, 2010.



Ao analisar os métodos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso utilizados neste estudo, verifica-se uma diferença nos percentuais das respostas de um método para o outro. Inicialmente os usuários foram indagados se seguiam o tratamento medicamentoso para a HA. A maioria respondeu que sempre toma a medicação. Porém, com a utilização do método de percepção pelo pesquisador, as respostas não foram em sua maioria satisfatórias. Verificou-se que os usuários não davam seqüência ao tratamento quando sentiam melhora nos sintomas, acreditavam estar curados, interrompiam as consultas e deixavam de tomar a medicação. Assim, com o método de percepção do pesquisador o percentual de entrevistados aderentes reduziu-se para 25%.

### **Percepção/ Conhecimento dos usuários sobre a doença e o tratamento**

Quando indagados sobre o que é hipertensão a maioria das respostas estavam relacionadas às complicações advindas desta patologia. Os entrevistados relacionavam à doença com desconfortos físicos que vivenciavam e com suas complicações, conforme evidenciado nos depoimentos:

*[...] 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 agüenta 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 vomito, não agüento 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, aperrado (usuário 1).*

A percepção sobre o que é doença e ter a doença como algo que pode causar a morte foi muito freqüente nas falas dos usuários, como expressado nas falas acima. Além do medo de morrer, eles tinham consciência também que a doença estava associada ao seu cotidiano, suas emoções:

*[...] Eu acho que eu me aperriava 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 envolvem a doença são elementos importantes para a adesão. A percepção e o conhecimento acerca da doença trás também a especificidade e peculiaridades da vivência do usuário, o que para ele é *ter a doença*. Percepção que está além da nosologia biomédica e precisa ser compreendida pelo profissional.

Evidenciou-se também, nos depoimentos dos usuários, a descontinuidade no comparecimento às consultas, mesmo sem estar sendo atendido em outro serviço, e a idéia de que a hipertensão é uma doença menos grave que outras doenças crônicas como um câncer e o diabetes e o desconhecimento sobre a necessidade de monitorar a pressão mesmo com a ausência de sintomas e o uso da medicação:

*[...] Faz 02 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 zoada, se eu não estou sentindo nada, aí vou ocupar o trabalho da médica para pegar medicação, eu ganho pouco mais 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 a percepção sobre a doença e a adesão ao tratamento medicamentoso**

No estudo percebeu-se a relação entre o conhecimento sobre a doença e a adesão ao tratamento. O desconhecimento acerca da ausência de sintomas como um aspecto que pode ser estimulado pelo uso da medicação levava alguns usuários a deixar o tratamento medicamentoso.

As concepções de saúde/doença identificadas nos discursos dos usuários mostram o quanto o desconhecimento em relação à doença o prejudica no seguimento do tratamento:

[...] *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, mais tomo a medicação certinha (usuário 9).*

Essa relação demonstra que existem dificuldades por parte do usuário no seguimento do tratamento. O fato de todos os usuários entrevistados terem baixo grau de escolaridade, baixa condição socioeconômica podem também terem sido dificultadores na apreensão de conhecimento acerca da doença e conseqüentemente em sua adesão:

[...] *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).*

Por outro lado, os usuários podem não se sentirem estimulados pelos profissionais de saúde da unidade a estabelecerem um vínculo de co-participação no processo de enfrentamento

da patologia, na medida em que o usuário não é incentivado a realizar o autocuidado necessário e a refletir sobre seu problema de saúde, sendo o tratamento prescrito sem haver uma troca entre as partes.

As possíveis falhas na condução do processo por parte do profissional de saúde que atua como agente facilitador, desenvolvendo capacidade no usuário para o autocuidado neste processo de adesão é um aspecto fundamental a ser refletido no âmbito da ESF. O maior tempo para a educação em saúde seja nas consultas ou nas atividades coletivas, para incentivar e realizar as orientações necessárias sobre a doença e o tratamento, uso correto dos medicamentos prescritos e as possíveis complicações, podem ser estratégias eficientes para a adesão ao tratamento.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo mostraram uma maior proporção de mulheres portadoras de hipertensão arterial (67%), o mesmo encontrado em outros estudos que foram realizados com população da área de abrangência de uma unidade de saúde da família. O primeiro encontrou (71,9%) de mulheres com HA e o segundo (77%) de mulheres portadoras de hipertensão arterial<sup>11,12</sup>. Por outro lado estudo mostra que a hipertensão arterial acomete mais indivíduos do sexo masculino, essa situação se inverte quando a mulher atinge a menopausa (após os 40 anos de idade), deixando de ter a proteção dos hormônios femininos<sup>13,14</sup>, o que pôde ser constatado pelo estudo, onde a maioria eram mulheres em idade superior a 40 anos de idade.

Em relação à idade, no estudo foi identificado que 50% da amostra 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 a população, a pressão se eleva e, em conjunto com outras moléstias cardiovasculares, torna-se fator de grande repercussão nos índices de morbidade e mortalidade<sup>15</sup>.

Entre os entrevistados, 6 (50%) encontravam-se na situação de analfabetos, e 6 (50%) cursaram as primeiras séries do ensino fundamental, indicando uma população com baixo nível de escolaridade. Alguns estudos indicam que quanto menor o grau de instrução maior o grau de abandono ao tratamento, pois os indivíduos não têm condições de conhecer e valorizar o processo saúde/doença. Também a predominância da baixa escolaridade assume relevância quando se considera a abordagem aos pacientes, que deve ser em linguagem simples e compatível com o

grau de entendimento<sup>14,16</sup>. A condução do processo deve levar em consideração a efetividade do tratamento se estimular o usuário a co-participar do mesmo e não apenas obedecer ao tratamento.

Dos entrevistados 5 (42%) informaram uma renda mensal inferior a um salário mínimo, e os demais, 7 (58%) recebiam até um salário mínimo. Supomos que o acesso escolar limitado, e a escassa renda financeira influenciaram na percepção dos usuários sobre sua condição de saúde e o uso dos medicamentos. Martins *et al.*<sup>17</sup> em seu estudo observaram que quanto à renda familiar, a maioria das pessoas (56,5%) contava com uma renda entre 1 e 2 salários mínimos, sendo que 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 sócio-econômico.

Os usuários tiveram conhecimento do seu diagnóstico, ao procurar o serviço de saúde, mediante sinais e sintomas inespecíficos, como calor, cefaléia, mal-estar e tontura. Todos os conhecimentos acerca da hipertensão estavam relacionados às complicações advindas desta patologia. Outros estudos também identificaram que com relação ao conhecimento sobre a definição da hipertensão arterial, a maior parte da população (55,6%) conceituou a doença como sendo basicamente a manifestação de sintomas. Verifica-se, portanto, que os pacientes desconhecem o processo saúde/doença, e o real significado da hipertensão, o que pode ser evidenciado pelo baixo grau de instrução, ou a associação da doença aos aspectos negativos, possivelmente pela falta de motivação em seguir o tratamento<sup>18,19</sup>.

Evidenciou-se a descontinuidade no comparecimento às consultas, mesmo sem estar sendo atendido em outro serviço, do total da amostra apenas 3 (25%) compareceram as mesmas na data agendada. Este fato demonstra falta de acompanhamento da equipe em relação às consultas e às visitas domiciliares que deveriam ser realizadas aos hipertensos cadastrados. Também atenta ao fato de os usuários por estarem sentindo-se bem, ou por terem outras prioridades para realizarem no horário de funcionamento da unidade, não comparecem aos atendimentos. O que se torna contraditório, pois, em estudo realizado no ambulatório de um hospital, a assiduidade às consultas foi elevada. Esse comportamento demonstra que os pacientes desse serviço têm a percepção de serem portadores de uma condição de saúde que inspira cuidados médicos, desejando se tratar<sup>20</sup>. Isto nos leva a indagar porque neste estudo com usuários da Estratégia de Saúde da Família essa mesma percepção e assiduidade não foi encontrada?



A maioria dos usuários, 9 (75%) iniciaram o tratamento logo que souberam que eram hipertensos. No entanto, 3 (25%) dos usuários optaram pelo tratamento após algum tempo do seu diagnóstico, que variou de 03 a 16 anos, podendo expressar a dificuldade em compreender o diagnóstico, ou mesmo em aceitá-lo, visto que o curso dela evolui freqüentemente de modo assintomático, mas determinando alterações fisiopatológicas em órgãos nobres<sup>19</sup>. Isto demonstra que no diagnóstico de doenças crônicas o papel do profissional que inferiu o “rótulo da doença” é basilar para todo o processo de adesão, e ainda, pelo fato que mesmo aqueles que iniciaram o tratamento logo após o diagnóstico evidenciaram níveis de adesão indesejáveis de acordo com os métodos adotados.

É possível supor que a sensação de melhora inicial, a partir da redução dos sintomas clínicos com o uso da medicação anti-hipertensiva, possa ter uma conseqüência negativa, se servir de estímulo para interromper o tratamento medicamentoso. Pois, sentindo-se bem e com a melhora dos sintomas, os hipertensos podem acreditar estar curados e interromper a medicação<sup>21</sup>. Estudo realizado com hipertensos para identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos mostrou que, quanto ao conhecimento e crenças, 83% só tomavam o medicamento quando a pressão estava alta, 80% referiram não cuidar da saúde, 75% esqueciam de tomar os medicamentos<sup>22</sup>. Acrescenta-se ainda, as referências de deixar de tomar remédio por conta própria, faltar e chegar atrasado à consulta<sup>23</sup>.

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 saúde quanto para os usuários.

Estudos mostram que o profissional de saúde é um elemento chave no processo assistencial ao hipertenso, no sentido de centrar esforços em todos os estágios para o diagnóstico precoce da doença, confirmação e avaliação do tratamento. É dever desse profissional, conhecer as reais necessidades do usuário, e a partir delas implementar estratégias direcionadas ao autocuidado, a co-participação no planejamento da terapêutica que vise obtenção de maior grau de adesão ao tratamento, para o controle dos níveis tensionais<sup>12,23</sup>.

Não basta apenas estabelecer regras a serem seguidas é importante como afirma Lefreve *o médico controla a pressão, o paciente a sua vida. Para o médico há uma doença (a hipertensão) a ser controlada, para o paciente existe um, doente a ser controlado*<sup>24</sup>.

No entanto, muitos “prescritores” necessitam também de apoio, dado que o medicamento tornou-se um produto do mercado, e portanto, segue regras que apesar de influenciar os serviços de saúde são sustentadas e apoiadas fora deste setor.

*Na hipertensão, o problema do medicamento, para o individuo, considerado na qualidade de consumidor, pode se tornar complicado porque o seu organismo pode não se comportar como um emissor de mensagens do tipo estou sadio, normotenso, e provocar a liberdade da auto-medicação<sup>24</sup>.*

Os resultados encontrados demonstram a dificuldade que usuários com HA têm em adotar medidas de controle, que exigem engajamento, e avaliação da maneira como entendem a doença. E ainda, o simbolismo que o medicamento carrega. Para o sistema de saúde, a adversidade está ligada à maneira de cuidado (abordagem ao paciente), a disponibilização dos medicamentos e a compreensão dos fatores acima mencionados que envolvem a adesão do usuário. Bem como, a dicotomia entre estímulo a uso do medicamento e educação para a desmedicalização.

É necessário que na avaliação da adesão sejam analisados os processos de abordagem desses usuários, o cuidado deve levar em conta os sentidos e significados que envolvem uma doença que não tem cura e portanto, exige ações diferenciadas frente a complexidade do uso contínuo de um medicamento.

Assim, compreendemos que a consulta é um mecanismo fundamental de educação em saúde, para que o profissional possa buscar avaliar se o usuário compreendeu ou está compreendendo as causas e a finalidade pelas quais está realizando o tratamento e estimular o processo de co-participação. Aspecto este que exige também novas maneiras de organização dos serviços de saúde pública, pois apesar da USF estar na atenção básica, a produtividade das consultas ainda é uma exigência que compromete a qualidade da assistência e conseqüentemente a efetividade do serviço. E ainda, o modo de organização das ações em saúde são pautadas pelo modelo biomédico, ou seja, as ações são majoritariamente pensadas para as doenças e não para os doentes e sua inserção social.

### 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):154-166.
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: Ed. Hucitec, 1998.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde;2006. 58p. (Cadernos de atenção básica;16).
4. Pierin AMG. Adesão ao tratamento-conceitos. In:Nobre F, Pierin AMG, Mion, Jr. D. *Adesão ao tratamento – o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos; 2001.p. 21-34.
5. Helman CG. *Cultura, Saúde e Doença*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
6. Riera ARP. *Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Castro VD, Car MR. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev Esc Enf USP*. 2000; 34(2):145-53.
8. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13:39-46.
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* [online]. 2005; 39(3): 507-514.
10. 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): 2979-2984.
11. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13 (supl 2).S2189-87.
12. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG; et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*.2008; 24(4): 933-940.
13. Xavier AJ, Reis SS, Paulo EM, et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1543-1551.

14. Carvalho J. Hipertensão arterial. *Ars Curandi*, 1982;15(6):14-9.
15. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2001; 9(3): 51-57.
16. Mion Jr. D, Machado CA, Gomes MAM, et al. IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83 (suppl 4):S1-51.
17. Martins LM, Franca APD and Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 1996; 4 (3):5-18.
18. Campos EP, Leite TSC. Fatores terapêuticos de um programa continuado e integrado de atendimento ao hipertenso. *Folha médica (BR)*.1990; 101(1):9-14.
19. 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(1 suppl.A):S1-10.
20. Nobre F, Silva CP, Lima NKC, et al. Características e resultados do atendimento de pacientes 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.
21. Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14 (1):32-36.
22. Mion Jr. D, Pierin AMG. *Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos*. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão 5; 1996. São Paulo. Anais, p.120.
23. Jesus ES, Mônica AAO, Gusmão J, et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(1): 59-65.
24. Lefreve F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Editora Cortez; 1991.