



Artigo Original

ACESSIBILIDADE DO USUÁRIO HIPERTENSO À UNIDADE DE SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO

ACCESSIBILITY OF HYPERTENSIVE USERS TO HEALTH UNITS AND TREATMENT ADHERENCE

ACCESIBILIDAD DEL USUARIO HIPERTENSO A LA UNIDAD DE SALUD Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Natasha Marques Frota¹, Thiago Moura de Araújo², Lívia Moreira Barros³, Joselany Áfio Caetano⁴, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁵

Objetivou-se analisar a acessibilidade do usuário hipertenso ao sistema de saúde com enfoque na adesão ao tratamento. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família em Fortaleza-CE, Brasil. A amostra constou de 400 usuários. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário entre maio e agosto de 2011. Cerca de 97,5% usuários tinha idade acima de 40 anos, destes 67,2% eram mulheres. A acessibilidade ao serviço de referência ocorreu em 47,2% na atenção secundária, sendo que 101 (25,2%) foram encaminhados para Unidades de Emergência, e 88 (22,0%) foram admitidos em Unidades de Internação. A maioria dos hipertensos aderiu a hábitos saudáveis, exceto ao uso de adoçantes dietéticos (36,0%) e exercício físico (35,0%). Os hipertensos apresentaram adesão eficaz ao tratamento e dificuldade de acessibilidade quanto à contrarreferência dos serviços de atenção secundária e terciária.

Descritores: Hipertensão; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Cooperação do Paciente

We aimed to analyze the accessibility of hypertensive users to the health system with focus on treatment adherence. A cross-sectional study with quantitative approach was conducted in four Family Health Basic Units of Fortaleza-CE, Brazil. The sample consisted of 400 users. Data collection happened through a form applied from May to August 2011. About 97.5% of users were older than 40 years, and 67.2% were female. The accessibility to the referral service occurred in 47.2% of users to secondary care, of which 101 (25.2%) were referred to Emergency Units, and 88 (22.0%) were admitted to Inpatient Units. Most hypertensive patients adhered to healthy habits, except the use of dietetic sweeteners (36.0%) and physical exercise (35.0%). The hypertensive patients had good treatment adherence and difficulty in accessibility regarding counter-referral services to secondary and tertiary care services.

Descriptors: Hypertension; Health Services Accessibility; Unified Health System; Patient Compliance

El objetivo fue analizar la accesibilidad de usuario hipertenso a servicios de salud con enfoque en la adherencia al tratamiento. Estudio transversal, cuantitativo, en cuatro Unidades Primarias de Salud de la Familia de Fortaleza-CE, Brasil. Muestra de 400 usuarios. La recogida de los datos ocurrió a través de formulario, de mayo a agosto de 2011. Cerca de 97,5% usuarios tenían más de 40 años y de estos 67,2% eran mujeres. La accesibilidad al servicio ocurrió en 47,2% en la atención secundaria, de los cuales 101 (25,2%) fueron remitidos a las Unidades de Emergencia y 88 (22,0%) en Unidades de Internación. La mayoría de los hipertensos adhiere bien a hábitos saludables, excepto en el uso de edulcorantes dietéticos (36,0%) y ejercicio físico (35,0%). Los hipertensos presentaron buena adherencia al tratamiento y dificultad de accesibilidad no que se refieren a la contra-referencia de servicios de atención secundaria y terciaria.

Descritores: Hipertensión; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Sistema Único de Salud; Cooperación del Paciente

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza,CE, Brasil. E-mail: enfanatashafrota@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UFC. Fortaleza,CE, Brasil. E-mail: thiagomouraenf@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza,CE, Brasil. E-mail: livinha_mb@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação da UFC. Fortaleza,CE, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Fortaleza,CE, Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

INTRODUÇÃO

Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) necessitam de supervisão contínua, apoio e seguimento por equipe multiprofissional que os ajudem a adaptarem-se ao novo estilo de vida, uma vez que a HAS é doença crônica e assintomática⁽¹⁾.

Contudo, profissionais de saúde sentem dificuldade em conscientizar indivíduos hipertensos sobre a condição de portadores de doença crônica, os quais necessitam de comprometimento e adesão ao tratamento, tanto no que se refere à modificação de hábitos, como também ao uso correto de medicamentos⁽²⁾. A mudança no estilo de vida devido à cronicidade constitui-se barreira para adesão de hipertensos ao tratamento não medicamentoso, principalmente no que se refere à tomada de remédios em horários adequados⁽³⁾.

A problemática da não adesão ao tratamento de um portador de condição crônica não envolve apenas o conceito sobre a doença. Esta questão é complexa e multifatorial, envolve fatores relacionados ao indivíduo, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, herança genética e obesidade; ao agravamento, cronicidade, ausência de sintomas, consequências tardias e diabetes associado; às crenças, aos hábitos e à rotina de vida; ao tratamento, custo, efeitos colaterais, terapêutica complexa e qualidade de vida; e às condições de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. Além disso, o apoio familiar constitui uma das principais barreiras na adesão ao tratamento, pois, em muitos casos, os familiares não modificam sua rotina junto com o paciente, dificultando a terapêutica do indivíduo hipertenso⁽⁴⁻⁷⁾.

Investimentos nesse sentido vêm se tornando atuais e relevantes. Entretanto, a solução para o enfrentamento da não adesão ao tratamento da HAS ainda se apresenta como desafio à necessidade de envolver conjuntamente o tratamento da pessoa hipertensa, sua família e a relação usuário-profissional⁽⁸⁾.

Todavia, para possibilitar a adesão do usuário hipertenso ao controle da doença, torna-se imprescindível a concatenação dos três pilares – educação em saúde, atenção integralizada do profissional de saúde e acessibilidade à instituição e aos serviços de saúde disponíveis, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁹⁾.

A universalidade do acesso aos serviços apresenta-se como conceito amplo e envolve dimensões econômica, técnico-assistencial, política e simbólica que incluem a capacidade da pessoa em buscar e obter atenção à saúde. Para tanto, verifica-se empenho de gestores em efetivar esse princípio por meio da elaboração de propostas de novas diretrizes para políticas públicas de saúde, reafirmando, assim, a municipalização de ações e a organização do sistema no âmbito da atenção básica⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A acessibilidade abrange a relação entre a localização da oferta do atendimento à saúde e aos usuários, considerando, por exemplo, os recursos existentes para o transporte, o tempo de deslocamento, a distância e os custos do mesmo. O acompanhamento às pessoas com diagnóstico de HAS deve ser realizado na região mais próxima de suas residências, pois se entende que para otimização do atendimento, é primordial que essas unidades de assistência à saúde sejam de fácil acesso e próximas às moradias dos usuários⁽¹²⁾.

Nos últimos anos, observou-se que a implantação de diretrizes do SUS como descentralização, hierarquização, regionalização e participação social necessitavam de reformulações nos modelos de atenção e na gestão para melhor atender às necessidades e aos direitos da população. Em estudo realizado com 20 hipertensos, verificou-se que o suporte e o acolhimento fornecido pelos profissionais do serviço de saúde foi relevante para melhora significativa na adesão destes ao tratamento^(10,12-13).

Dessa forma, percebe-se que deve haver desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde na atenção básica, de modo que englobem a promoção, a prevenção, o diagnóstico e a prestação do cuidado através do exercício de práticas gerenciais, democráticas, participativas e sanitárias, direcionadas a populações de territórios bem delimitados⁽¹⁴⁾.

Tendo em vista que a HAS representa problema de saúde pública na sociedade, considera-se importante que os profissionais, principalmente os que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), detenham conhecimento sobre as dificuldades vivenciadas por usuários hipertensos na adesão ao tratamento, com intuito de favorecer a criação e implementação de estratégias que contribuam para efetividade do controle da HAS no ambiente domiciliar. Assim, este estudo objetivou analisar a acessibilidade do usuário hipertenso ao sistema de saúde, com enfoque na adesão ao tratamento.

MÉTODO

Estudo de caráter transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), em uma Regional de Fortaleza-CE. Atualmente, o município de Fortaleza é subdividido em seis regionais. Optou-se por desenvolver o presente estudo na microrregional VI, pois, de acordo com a Secretaria Executiva Regional (SER) VI, estima-se que haja atendimento direto a moradores de 29 bairros, o que corresponde a 42% do território de Fortaleza. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes (53,4%) dessa regional apresenta o diagnóstico de HAS⁽⁶⁾. Este estudo foi desenvolvido de maio a agosto de 2011.

A população foi constituída por 1.600 usuários hipertensos inscritos nas UBASF, independentemente de cor, escolaridade, renda familiar e estado civil. A amostra foi calculada com base na prevalência da HAS,

25% na área estudada⁽³⁾, totalizando 400 usuários.

Como critérios de inclusão do estudo: usuários da UBASF cadastrados no *Hiperdia*, com diagnóstico prévio de HAS e em acompanhamento ambulatorial no serviço de saúde. O *Hiperdia* é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou diabetes mellitus captados e vinculados às unidades de saúde, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde⁽¹²⁾.

Os dados foram coletados através de entrevista com o usuário, utilizando-se formulário estruturado, previamente validado e utilizado em estudos similares⁽¹⁴⁾. O instrumento continha questões relativas aos dados de caracterização dos sujeitos do serviço, acessibilidade à UBASF e adesão ao tratamento. Optou-se pela entrevista devido à dificuldade dos sujeitos em responderem ao formulário autoexplicativo.

Posteriormente, as informações foram organizadas no programa *Statistis Package for Social Science* (SPSS, versão 18.0) e apresentadas em forma de tabelas, sendo analisadas com base nos princípios do SUS, políticas públicas de saúde e outras produções que abordavam a temática sobre HAS.

Os aspectos éticos foram contemplados, visto que o estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 196/96, da Comissão Nacional de Saúde. No intuito de atender à resolução, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, conforme protocolo nº 416/10.

RESULTADOS

Na Tabela 1, descreve-se o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na Regional VI, do município de Fortaleza, de acordo com as frequências absoluta e relativa.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários, segundo idade, sexo, cor, renda mensal, escolaridade, ocupação, naturalidade, procedência, religião, condições de moradia e estado civil. Fortaleza, CE, Brasil, 2011. n= 400.

Variáveis sociais	n	%
Idade (anos)		
60 ou mais	217	54,3
40-59	173	43,2
20-39	10	2,5
Sexo		
Feminino	269	67,2
Masculino	131	32,8
Cor		
Parda	219	54,8
Branca	127	31,8
Negra	54	13,4
Renda Mensal		
1 a 2 salários	199	49,8
< 1 salário	142	35,4
3 ou mais salários	59	14,8
Escolaridade		
Alfabetizado	148	37,0
Ensino Fundamental	107	26,8
Analfabeto	79	19,8
Ensino Médio	54	13,4
Ensino Superior	12	3,1
Estado Civil		
Casado (a)	216	54,0
Viúvo (a)	74	18,5
Separado (a)	45	11,3
Solteiro (a)	42	10,5
União Estável	23	5,7

De acordo com a tabela 1, 390 (97,5%) usuários hipertensos tinham idade a partir de 40 anos, destes, 217 (54,3%) correspondiam aos idosos, isto é, com idade igual ou acima de 60 anos. Com relação ao sexo, 269 (67,2%) eram mulheres. Observou-se que a cor parda predominou em 219 (54,7%) usuários.

Quanto à escolaridade, verificou-se que 148 (37%) indivíduos cursaram até o início do ensino fundamental e 79 (19,8%) eram não escolarizados. O baixo nível de escolaridade é refletido na renda familiar mensal, pois a maioria (85,3%) dos participantes apresentava até dois salários mínimos (SM). No período do estudo, o SM correspondia a R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais). Dentre estes, 199 (58,3%) usuários recebiam de um a dois SM.

Em relação à naturalidade, 346 (86,5%) nasceram em outros municípios do Estado do Ceará e 251 (62,8%) residiam em Fortaleza-CE. No tocante à religião, 311 (77,7%) praticavam o catolicismo, 67 (16,7%) eram protestantes e 22 (5,5%) praticavam outras religiões.

No quesito tipo de moradia, a maioria (82,5% - 330) possuía casa própria, enquanto 70 (11,5%) indivíduos moravam de aluguel ou com parentes. Entre os usuários, 194 (48,5%) eram aposentados, 99 (24,8%) eram do lar e 107 (26,7%) exerciam outras atividades, como jardinagem, corte e costura, construção civil, serviços gerais e panificação.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários, segundo a acessibilidade entre os níveis de atenção à saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2011 n= 400.

Acessibilidade ao serviço de saúde	Referência		Contrarreferência	
	n	%	n	%
Atenção secundária*				
Emergência	101	25,3	31	7,8
Unidade de internação	88	22,0	59	14,8
Atenção terciária**				
Emergência	104	26,0	69	17,3
Unidade de internação	188	47,0	84	21,0

* médio nível de complexidade

** alto nível de complexidade

A acessibilidade do usuário hipertenso através da referência ocorria na atenção secundária em 47,2%, destes, 101 (25,2%) foram encaminhados para Unidades de Emergência e 88 (22,0%) foram admitidos em Unidades de Internação. Quanto à referência para atenção terciária, 104 (26,0%) foram atendidos em

Unidade de Emergência e 188 (47,0%) em Unidade de Internação. A referência, na maioria das vezes, era causada por complicações agudas ou crônicas associadas à HAS. Todavia, a contrarreferência para UBASF de origem foi inferior, em uma variação de 30,6 a 77,7%, com predomínio na atenção terciária.

Tabela 3 - Distribuição dos hábitos dos usuários, segundo a adesão às condutas terapêuticas de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. Fortaleza, CE, Brasil, 2011 n= 400.

Hábitos favoráveis no controle da HAS	n	%
Uso de medicamento	350	87,5
Abstenção do tabagismo	346	86,5
Abstenção do álcool	342	85,5
Uso adequado do sal	308	77,0
Consumo de carnes brancas	292	73,0
Ingestão adequada de café	276	69,0
Consumo de vegetais	272	68,0
Gerenciamento do estresse	250	62,5
Uso de gordura vegetal	243	60,7
Uso de adoçantes dietéticos	144	36,0
Exercício físico regular	140	35,0

A maioria dos usuários hipertensos aderiu às condutas terapêuticas de controle da HAS em uma variação de 60,7 a 87,5%. Os indivíduos avaliados seguiam adequadamente as orientações sobre uso de medicamento (87,5%), abstenção de álcool (85,5%), de tabagismo (86,5%) e uso adequado do sal (77%). Porém, observou-se que o uso de adoçantes dietéticos (36,0%) e exercício físico regular (35,0%) foram as condutas menos adotadas.

DISCUSSÃO

As doenças crônicas, como a HAS, e as complicações decorrentes do seu desenvolvimento, vêm elevando os gastos hospitalares e o tempo de internação.

Por ser doença considerada silenciosa, sua prevenção, principalmente na atenção básica, tem sido foco de campanhas e estratégias de promoção da saúde para população em geral⁽³⁾.

No que se refere ao sexo dos participantes, houve maior prevalência de HAS em mulheres do que nos homens. As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a HAS diagnosticada⁽⁸⁾. A maior representividade de mulheres é apontada em outros estudos sobre acessibilidade do usuário hipertenso ao serviço de saúde^(12,15).

Observou-se também que a maioria dos indivíduos era parda, o que pode ser justificada pela miscigenação das raças na população brasileira. Ademais, houve predomínio de idosos na população em estudo. Estes achados corroboram com a literatura, pois a idade está diretamente relacionada à prevalência no desenvolvimento da HAS, visto que a elevação da pressão arterial tende a ocorrer com o envelhecimento devido à alteração da complacência do coração e modificações na parede dos vasos sanguíneos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Escolaridade, renda, ocupação e posição social são características que refletem diretamente nas condições socioeconômicas da população, tendo em vista que esses fatores determinam diferença no estilo de vida e inserção dos indivíduos na sociedade. Isso pode ser observado na renda familiar apresentada pelos usuários deste estudo, em que a maioria possuía renda inferior a três salários. Sabe-se que os indivíduos com maior poder aquisitivo optam pelo uso do sistema de saúde privado, o que explica a menor frequência de indivíduos com maior poder aquisitivo⁽³⁾.

Porém, essa situação está sendo revertida devido às políticas públicas para o controle do HAS e os hipertensos das classes sociais mais altas estarem fazendo do SUS sua opção de assistência devido à distribuição de medicamentos para HAS nas farmácias brasileiras. Ademais, a dificuldade de acesso à unidade de saúde e a baixa escolaridade contribuem para a não adesão do hipertenso ao tratamento e acompanhamento no ambulatório, fato observado em estudos realizados com usuários dos Estados do Paraná e de São Paulo^(12,18-19).

A busca por uma unidade básica de saúde em um determinado território é favorecida pela proximidade entre a unidade e a residência do usuário. O estudo demonstrou que 27,8% dos usuários moravam no interior do Estado e eram atendidos no município de Fortaleza, capital do Ceará. Essa realidade encontra-se em desacordo com uma das principais diretrizes do SUS

que é a territorialização, cujo usuário deve ter deslocamento adequado ao serviço de saúde, pois essa facilidade irá repercutir na adesão ao tratamento.

O número de unidades básicas existentes em uma comunidade é definido a partir do reconhecimento do território e da população adscrita. O conhecimento das comunidades determina vínculos entre usuários e profissionais de saúde, o que consequentemente possibilita o acolhimento e a humanização do atendimento, no sentido de responsabilização de equipes pelo acompanhamento do processo saúde/doença dos indivíduos e de suas famílias⁽²⁰⁾. Assim, quando os profissionais da saúde atuam juntos aos usuários a partir da conscientização da adesão ao tratamento, os mesmos utilizam estratégias capazes de prevenir as complicações associadas à HAS.

O profissional da saúde, inserido na dinâmica das relações sociais, pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos potenciais de fortalecimento/desgaste a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Portanto, aproximação e interação do profissional com os usuários por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) fortalecem a busca destes pela atenção primária em saúde. Para tanto, o sistema de saúde deve ter resolubilidade em todos os níveis de assistência e ser composto por rede de ações e serviços organizados de forma hierarquizada, respeitando os níveis de complexidade e o sistema de referência e contrarreferência⁽²¹⁻²²⁾.

Estratégias educativas ajudam a modificar os hábitos de vida, no entanto a não modificação interfere diretamente na entrada do usuário nos níveis de atenção à saúde. Pesquisa realizada em Santa Catarina avaliou o serviço de contrarreferência de um estabelecimento do SUS, verificou que 89% dos pacientes que receberam alta, em um programa de "altas especiais", apresentavam necessidade de contrarreferência, sendo importante atuação de profissionais da atenção primária para acompanhamento desses pacientes após o

momento da alta, tendo em vista que muitos desses atendimentos eram referentes a várias especialidades, reforçando a necessidade de comunicação direta dos níveis de atenção a saúde mesmo em pacientes sem diagnósticos de doenças crônicas⁽⁷⁾.

O presente estudo aponta que a atenção terciária tem sido foco principal da referência para esses usuários. A acessibilidade do usuário ao serviço de referência de atenção secundária e terciária foram similares, diferentemente da contrarreferência do mesmo serviço, mostrando fragilidade na continuidade da adesão ao tratamento da HAS. Percebe-se que a comunicação entre os níveis de atenção à saúde pode estar dificultando a adesão do usuário ao tratamento, já que se trata de doença crônica.

As ações de cuidado realizadas nos serviços de referência e contrarreferência devem atender às necessidades de usuários em relação à HAS e incentivar hábitos de vida saudáveis. Compreender o usuário em sua complexidade, e atender não somente o agravo da doença, permite que o profissional avalie o paciente de forma holística, o que favorece a prevenção de outras comorbidades ou complicações, além de motivar o paciente a atuar ativamente no tratamento da HAS⁽¹⁴⁾.

O acesso ao serviço de saúde é refletido no comportamento do usuário e na mudança para práticas saudáveis. As orientações realizadas no atendimento influenciam na adesão das condutas terapêuticas e na diminuição dos agravos à saúde. Dentre as condutas que devem ser esclarecidas ao paciente durante as consultas, tem-se o consumo adequado diário de sal, que para uma pessoa hipertensa controlada é de 5g/dia e 2g/dia para um hipertenso grave (uma colher de chá rasa = 1g de sal). O paciente deve ser orientado a moderar o consumo de sal durante o preparo das refeições e evitar o consumo de determinados alimentos. O uso excessivo do sal está associado ao baixo nível econômico, elevação da pressão arterial e ao sexo masculino⁽²¹⁾.

Outra orientação importante está relacionada ao

percentual de gordura que deve ser consumido diariamente, sendo recomendado o valor de 30% do total das calorias e a quantidade de colesterol é de até 300mg/dia. Há recomendações gerais para restringir gorduras na dieta, como evitar carnes com teor elevado de gordura, laticínios, derivados do chocolate, frutos do mar, frituras e óleos⁽⁵⁾.

O uso habitual de bebidas alcólicas também deve ser evitado por usuários hipertensos. Em estudo realizado com trabalhadores hipertensos do município de São Paulo, a bebida mais frequentemente utilizada foi a cerveja (77,8%), seguida de aguardente (18,5%). Os efeitos do consumo do álcool dependem fundamentalmente da quantidade e regularidade da ingestão, do tipo de bebida utilizada e do estado nutricional do indivíduo. O consumo moderado, uma a duas vezes por semana, no limite de um cálice de vinho ou uma garrafa de cerveja ou uma dose de bebida destilada, é tolerado por pacientes bem controlados⁽²³⁾. Estudo realizado em Campinas observou que a ingestão de bebida alcoólica era menos de duas vezes por semana e a não ingestão foi identificada em 54,9% ($p=0,006$)⁽²⁴⁾. Estes achados corroboram com os resultados deste estudo, uma vez que a maioria dos usuários relatou abstenção de bebidas alcólicas (85,5%), fator que ajuda nas condutas de adesão ao tratamento.

Além das orientações empregadas no atendimento individual dos usuários hipertensos, destacam-se campanhas em nível nacional/local para o uso ponderado de bebidas alcólicas, devido aos seus efeitos maléficos ao organismo, associação com a violência urbana e os acidentes no trânsito.

Observou-se que a maioria dos usuários apresentava hábitos saudáveis, com exceção do uso de adoçantes dietéticos, prática de exercícios físicos e gerenciamento do estresse. Esses itens podem sofrer influências das condições socioeconômicas e de uma rede social de apoio para prática de esportes⁽²²⁾. Pessoas hipertensas devem realizar atividade física regular, pois

além contribuir para diminuição da pressão arterial, o exercício pode reduzir o risco de doença coronariana e Acidente Vascular Encefálico, facilitando ainda o controle do peso⁽⁶⁾.

O estresse afeta o ritmo e ocasiona a alteração da frequência dos batimentos cardíacos que, conseqüentemente, resulta no aumento da pressão arterial. Isso acontece devido à necessidade de o sistema circulatório enviar maior quantidade de sangue para o cérebro e os músculos, quando há necessidade de o organismo reagir em situações estressantes. As dificuldades do usuário quanto à acessibilidade podem ser fator predisponente para geração desse estresse, desencadeando quadro de elevação da pressão arterial⁽²²⁻²³⁾.

Diante do exposto, percebe-se que a adesão dos usuários ao tratamento da HAS pode ser mediada por estratégias no âmbito dos serviços de saúde, com destaque para educação em saúde, uma vez que é possível encontrar na literatura estratégias educativas, como orientações por meio da consulta de enfermagem através do conhecimento popular. Esses achados demonstram que foi possível obter resultados positivos com mudanças nos hábitos de vida diário de usuários hipertensos⁽¹⁴⁾. Essa estratégia tem como prioridade a promoção da saúde, com objetivo de engajar o cliente para o autocuidado, a fim de que atinja melhor qualidade de vida.

Portanto, os usuários devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar. Ademais, a consulta de enfermagem deve envolver um processo educativo, visando modificação do comportamento da clientela em relação ao controle dos agravos à saúde e estimular participação em atividades educativas, envolvendo também familiares nessa prática⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce, juntamente com as devidas condutas terapêuticas, previne inúmeras complicações

decorrentes da HAS. Porém, para que ações sejam eficazes, o profissional de saúde deve estar atento para os fatores que interferem na acessibilidade e adesão do paciente ao tratamento, dos quais se citam o sexo, a idade, a escolaridade, a renda e procedência.

Diante dos resultados deste estudo, foi possível identificar que a maioria dos usuários hipertensos era idosos, do sexo feminino, casados e aposentados, com renda mensal de um a dois salários mínimos, natural de outros municípios e procedentes de Fortaleza. A prevalência de idosos reforça os dados presentes na literatura que descrevem essa população como os indivíduos que apresentam maior número de fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. A maior frequência de indivíduos que procedem de outras cidades do interior do Estado confirma a ocorrência da migração da população em geral para região metropolitana em busca de serviços de saúde e melhores condições de vida.

Para que os hipertensos previnam-se de complicações agudas e crônicas, é necessária melhor adesão ao tratamento, incluindo tanto a terapia medicamentosa quanto a não medicamentosa. Neste estudo, observou-se que a maioria dos usuários aderiu às condutas terapêuticas de controle da hipertensão, com exceção do uso de adoçantes e realização de atividades físicas. Com as complicações da doença, há necessidade de realizar referência para serviços de maior complexidade. Após atendimento nesses serviços de atenção secundária ou terciários, os pacientes devem ser contrarreferenciados para unidades de origem para acompanhamento com a equipe da ESF.

É importante ressaltar dimensionamento de usuários hipertensos aos outros níveis de atenção em saúde, de forma que estes possam ter acessibilidade por meio da referência. Observou-se que existia a contrarreferência nos serviços de saúde a nível terciário e secundário, entretanto urge elaboração de estratégias que possibilitem maior acessibilidade do cliente ao serviço de saúde, respeitando os princípios do SUS e

contribuindo, desta forma, para adesão destes às condutas de manutenção, promoção da saúde e prevenção/controle de agravos, além de reduzir os atendimentos em instituições de alta e média complexidade.

Por fim, percebe-se que o envolvimento usuário/Unidade de Saúde, por meio da acessibilidade deste ao serviço de saúde, faz com que usuários sintam-se motivados a desenvolver atividades para melhorar a qualidade de vida, aderindo às condutas terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas para o controle da doença.

O estudo apresenta como limitação o fato de abranger apenas uma regional do município de Fortaleza. Logo, propõe-se que pesquisas sejam desenvolvidas, com vistas a conhecer a realidade de outras regionais e contribuir com conhecimento científico dos profissionais que atuam direta e indiretamente com essa população.

REFERÊNCIAS

1. Reza CG, Castro MEM, Solano GS, Torres DG, Martinez VG. O impacto do diagnóstico: experiência contada por mulheres com hipertensão arterial. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):33-8.
2. Garcia SMS, Galvão MTG, Araújo EC, Cavalcanti AMTS. Aspectos socioepidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. *Rev Enferm UFPE On Line [periódico na Internet]*. 2007 [citado 2012 set 24]; 1(2): 181-8. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/380-8808-1->
3. Lima HP, Santos ZMSA, Nascimento JC, Caetano JA. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravamento. *Rev Rene*. 2010; 11(2):170-8.
4. Lopes MCL, Marcon SS. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):343-50.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1):135-43.
6. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3):332-9.
7. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):161-70.
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.
9. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(2):134-43.
10. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-37.
11. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4):736-44.
12. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):429-35.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLPL, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertenso ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):263-70.
15. Bersusa AAS, Pascalicchio, Pessoto UC, Escuder MML. Acesso ao serviço de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes.

Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(3):513-22.

16. Costa JSD, Barcelos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(1):59-65.

17. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torres GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD – 2003. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(4):911-26.

18. Carvalho EA, Silva LMSS, Borges MCLA, Galiza FT. Acesso aos serviços de saúde da atenção básica: percepção dos idosos. *Rev Pesq Cuid Fundam Online [periódico na Internet].* 2011 [citado 2012 dez 12]; 3(4):2600-7. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1544/pdf_469.

19. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do Município de Recife. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(2):622-33.

20. Oliveira AG, Morais IF, Azevêdo LMN, Valença CN, Sales LKO, Germano RM. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2012; 13(2):291-9.

21. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008; 7(1):65-72.

22. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKS, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(4):452-7.

23. Lipp MEN. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens.* 2007; 14(2):89-93.

24. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no

Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(2):265-94.

Recebido: 24/10/2012
Aceito: 28/01/2013