

MARLI TERESINHA CASSAMASSIMO DUARTE

*Estudo dos motivos do abandono do
tratamento da hipertensão
arterial: relato de usuários do
CSE - Botucatu, 1995/1999*

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação do Departamento de
Saúde Pública da Faculdade de Medicina
da Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, para obtenção do
Título de Mestre. Área de concentração:
Saúde Coletiva.

Botucatu – SP

2001

MARLI TERESINHA CASSAMASSIMO DUARTE

*Estudo dos motivos do abandono do
tratamento da hipertensão
arterial: relato de usuários do
CSE - Botucatu, 1995/1999*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Massako Iyda

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Botucatu – SP

2001

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELZA NUMATA

Duarte, Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial :
relato de usuários do CSE – Botucatu, 1995/1999 / Marli Teresinha
Cassamassimo Duarte. – 2001.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2001.

Orientador: Massako Iyda

Co-orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

1. Hipertensão – Cuidados primários de saúde

CDD 616.132

Palavras-chave: Hipertensão; Tratamento; Abandono; Usuários, Serviço de
saúde

*A meus pais, Laurindo e Dute,
pela luta constante
e por minha vida*

*Ao Jânio, Tiago e Ana Carolina,
meus amores*

Agradecimentos

Desejo expressar, neste momento, meus agradecimentos às pessoas que, de diferentes maneiras, comigo partilharam da realização deste trabalho.

. À Profa. Dra. Massako Iyda, orientadora e mestra, pela contribuição fundamental neste trabalho e na minha formação e pelo exemplo de dedicação à Saúde Pública brasileira.

. À Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, pela orientação e valiosa contribuição, pela presença constante e amiga.

. Aos pesquisadores Prof. Antonio de Pádua Piton Cyrino e Profa. Dra. Maria Inês Batistela Nemes, por compartilharem comigo a pesquisa em Hipertensão Arterial no Centro de Saúde Escola e por sugerirem o tema deste trabalho. Agradeço, ainda, ao Prof. Toninho, querido colega de trabalho e amigo, pelas leituras, sugestões e por todo o incentivo à realização desta pesquisa, e à Profa. Dra. Maria Inês, pela importante contribuição dada no exame de qualificação.

. Ao Prof. Dr. Carlos Roberto Padovani, pela análise estatística dos dados, pela disponibilidade e sugestões.

. Ao Prof. Dr. Flávio Aragon, pela orientação da construção do banco de dados e do seu manuseio.

. À Profa. Dra. Luana Carandina, pela grande colaboração no meu desenvolvimento profissional e pela amizade.

. Às queridas amigas Cássia Marisa Manoel e Luciana Parenti, que juntas assumiram, em vários momentos, as minhas atividades no Centro de Saúde Escola, para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa, e também pelo carinho e incentivo sempre presentes.

. A todos os colegas do Centro de Saúde Escola que contribuíram, de uma maneira ou de outra, com este estudo, dos quais devo destacar a participação de Mônica Kron, pela codificação das doenças crônicas e pela valiosa colaboração na digitação dos dados; a Luis Alberto da Silva e José Sidney Sartori, que não mediram esforços para a localização dos endereços dos pacientes; e, por diferentes contribuições, a Silvia Helena F. Angela; Roselis Salomão e Suelene Bertin Carnieto.

. A toda a equipe que atuou e atua na área de Atenção à Saúde do Adulto, prestando atendimento aos hipertensos.

. À Dra. Carmem Regina P. Amaro, pelas valiosas discussões sobre hipertensão arterial e por todo aprendizado nesses anos de convivência.

. A Rosângela Maria Giarola, Maria de Lourdes Silveira, Eliana Lovizuto e Maria Luiza Neri, pelo auxílio na coleta de dados.

. A Vanessa, pelo agendamento das entrevistas.

. Aos pacientes que se dispuseram a colaborar com este trabalho.

. A Rosemyre Cristina da Silva, pela atenção com que revisou as referências bibliográficas.

. A Ana Claudia Acerra, por sua dedicação na digitação e formatação final.

. Aos amigos Auristela, Ilda, Alessandra, Valmir, André, Antonio, Rafael Eliana, Carlos, Carminha e Juliana, pela convivência.

. A Geni Gentil Rolo pelo apoio nas horas mais difíceis.

. Ao querido Tiaguinho, pelo esforço do entendimento dos muitos momentos roubados do convívio, para a mamãe “fazer o trabalho da escola”.

. A Ana Carolina, cuja vinda me encheu de alegria e esperança, sendo um grande estímulo para o término deste trabalho.

. Ao Jânio, querido companheiro, que deu conta de toda infra-estrutura familiar, pelo constante incentivo, apoio e amor dedicado.

. À D. Dute, pela presença sempre viva e motivadora na minha vida, onde quer que esteja.

Índice

RESUMO

SUMMARY

I. INTRODUÇÃO	1
1. A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	1
2. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO	6
3. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	16
4. CONTEXTO DA PESQUISA: A ASSISTÊNCIA DO HIPERTENSO NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA (CSE) DE BOTUCATU	21
II. OBJETIVO	24
1. OBJETIVO GERAL	24
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
III. METODOLOGIA	26
1. MATERIAL E MÉTODO	26
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CLÍNICAS	32
3. ANÁLISE QUALITATIVA	32
4. ANÁLISE QUANTITATIVA	33
IV. RESULTADOS	35
1. ABANDONO DO SEGUIMENTO MÉDICO DA COORTE	35
1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA COORTE	35
1.2. TAXAS DE ADERÊNCIA E DE ABANDONO	37

1.3. DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS GRUPOS	39
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	39
CARACTERÍSTICAS DO SEGUIMENTO MÉDICO.....	41
CARACTERÍSTICA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO SEGUI- MENTO MÉDICO	43
CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO PRESCRITO.....	44
NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS DIAGNOSTICADAS.....	47
2. ESTUDO DOS MOTIVOS DO ABANDONO DO TRATAMENTO	49
2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENTRE- VISTADOS	49
2.2. MOTIVO DE PROCURA DO SERVIÇO	51
2.3. CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL	54
2.4. COMUNICAÇÃO USUÁRIO-SERVIÇO DE SAÚDE	59
COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DE INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA	59
APRESENTAÇÃO DE DÚVIDAS	63
MOTIVOS DA NÃO-APRESENTAÇÃO DE DÚVIDAS	64
2.5. RELATO DO TRATAMENTO PRESCRITO	69
2.6. CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO	72
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	72
TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO	75
SEGUIMENTO MÉDICO	79
2.7. MOTIVOS DE ABANDONO	79
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	79
TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO	83
SEGUIMENTO MÉDICO NO CSE	87
2.8. ESTRATÉGIAS EMPREGADAS PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	95

V. DISCUSSÃO	100
VI. CONCLUSÃO	124
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
VIII. ANEXOS	

RESUMO

Objetivou-se, com este trabalho, identificar o abandono do seguimento médico em uma coorte de pacientes inscritos, em 1995, no atendimento ao hipertenso do Centro de Saúde-Escola (CSE) de Botucatu, no período de 1995 a 1999, e analisar os motivos de abandono do tratamento da hipertensão arterial relatados por esses pacientes. Estudaram-se 192 pacientes hipertensos, que compõem a coorte, tendo sido identificados, nesta, três grupos: grupo abandono (GAB), composto por 89 pacientes; grupo abandono-aderente (GAB/AD), composto por 41 pacientes, e grupo aderente (GAD), composto por 62 pacientes. A taxa de abandono observada foi de 46,4% e a de aderência de 53,6%. Os grupos foram caracterizados segundo as variáveis: sociodemográficas, relacionadas ao seguimento e tratamento no serviço de saúde, e doenças crônicas associadas. Na segunda parte do estudo, foram entrevistados 50 pacientes do GAB. A análise temática de conteúdo foi a técnica utilizada para tratamento das respostas dos entrevistados. A pesquisa indicou que a taxa de abandono do seguimento médico no CSE não pode ser generalizada como taxa de abandono de seguimento médico ou, ainda, como de abandono do tratamento da hipertensão, uma vez que se observou que mais da metade dos pacientes entrevistados estavam em acompanhamento médico para tratamento da hipertensão arterial em outros serviços de saúde e relataram diversas formas de cumprimento do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Os motivos para o abandono do tratamento da hipertensão — considerando em separado os seus componentes: tratamento

Resumo

medicamentoso, recomendações voltadas para mudanças no estilo de vida e seguimento no serviço de saúde — mostraram que, razões relacionadas ao próprio paciente, como a ausência de sintomas, melhora e/ou normalização da pressão arterial e consumo de álcool, foram os fatores apresentados para o abandono de quaisquer dos componentes do tratamento. A presença de efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva e a falta de informações sobre o uso correto da mesma foram motivos especificamente relatados para o abandono do tratamento medicamentoso. Além disso, fatores relacionados ao próprio serviço de saúde mostraram grande importância no abandono do seguimento médico no CSE.

SUMMARY

The aim of this research is to identify the hypertension treatment dropout in a cohort assisted at a School Health Center (SHC), in Botucatu, from 1995 to 1999.

This cohort (192 patients) was divided in to three groups: Dropout group – DG – (89 patients), dropout-compliant group – DCG – (41 patients) and compliant group – CG – (62 patients).

The dropout rate was 46,4% and the compliance rate was 53,6%.

The groups were studied according to these variables: socio-demographic, health service treatment and follow-up and chronic diseases comorbidity.

Fifty DG patients were interviewed. Their answer were analyzed by content analysis.

As more than half of the patients interviewed were being assisted at other health services the dropout rate at the SHC can not be considered as a treatment dropout.

The causes of dropout - patient related problems, lack of symptoms, better or normal arterial pressure, alcohol consumption – were the same if one considers each dropout component (medical treatment, changes in life style and health services follow-up) separately.

The lack of information about the medication and its side effects can be regarded as the main dropout causes of medical treatment. Moreover, it was observed that some health service features played an important rule in medical follow-up dropout.

I. INTRODUÇÃO

O Brasil passou, nas últimas décadas, por um expressivo processo de mudança em seu perfil de morbimortalidade, na medida em que as doenças crônico-degenerativas assumiram as primeiras posições entre as principais causas de morte, em detrimento das doenças infecto-parasitárias.

Essa nova agenda da Saúde Pública brasileira tem introduzido novas questões às investigações na Saúde Coletiva. A aderência é um dos temas que tem sido destacados como fundamentais, dada a complexidade do trabalho preventivo e de controle das doenças crônico-degenerativas, e, dentre elas, a hipertensão arterial.

1. A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo o CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1998), a “hipertensão arterial é uma entidade clínica multifatorial, conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia do coração e vascular)”. São aceitos como normais, para indivíduos adultos acima de 18 anos de idade, níveis tensionais de pressão arterial sistólica (PAS) inferiores a 130 mmHg e níveis tensionais de pressão

arterial diastólica (PAD) inferiores a 89 mmHg. O Consenso considera ainda como sendo nível tensional normal limítrofe o de indivíduos com PAS de 130 a 139 mmHg e PAD de 85 a 89 mmHg.

A hipertensão arterial (HA) figura com destaque entre os fatores de risco (tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, estresse e outros) (SÃO PAULO, 1994) para doenças cardiovasculares e, ao mesmo tempo, é o fator de risco mais fortemente associado às doenças cerebrovasculares (KANDEL, 1981).

A hipertensão afeta 30,0% da população adulta dos Estados Unidos (58 milhões de pessoas) e atinge cerca de 10,0% a 20,0% da população adulta da América Latina (SIMPÓSIO, 1988).

A prevalência da hipertensão foi objeto de muitos estudos no Brasil nas últimas décadas. LESSA (1993), analisando os mesmos, observou que, dada a abrangência local e o uso de diferentes métodos destas pesquisas, não é possível estimar a prevalência para o país como um todo. Nessas investigações, encontrou grande variabilidade de prevalência nas diferentes regiões do país: na região Sudeste, de 5,04 a 32,7%; na região Nordeste, de 7,2 a 40,3%; na região Sul, de 1,28 a 27,1% e, na região Centro-Oeste, de 6,3 a 16,7%.

Segundo o CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1998), estima-se que cerca de 15,0% a 20,0% da população brasileira adulta possa ser hipertensa, bem como, cerca de 65,0% dos idosos.

Segundo LESSA et al. (1993), a hipertensão arterial é, direta ou indiretamente, responsável pela maioria das complicações cardiovasculares, acarretando grande ônus à sociedade, seja por hospitalizações, invalidez ou mortes precoces.

No ano de 1985, 814.964 anos de vida produtiva foram perdidos no Brasil devido à mortalidade prematura por doença cardiovascular, sendo que 287.099 destes foram por doenças cerebrovasculares, para as quais se estimaria uma possível redução de 200 mil anos, caso a hipertensão arterial fosse detectada, tratada e controlada na população (LESSA et al., 1993).

Em 1997, as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 550.470,5 anos potenciais de vida perdidos (APVP) e, as doenças isquêmicas do coração, por 498.136,0 APVP, ocupando, respectivamente, o terceiro e quarto lugares entre as principais causas de APVP (LIRA e DRUMOND JÚNIOR, 2000).

A HA vem declinando como causa básica de morte, há cerca de quatro décadas, tendo sido substituída pelas suas principais complicações, nos atestados de óbitos (LESSA, 1998).

Entre as principais causas de morte precoce (menores de 65 anos) no Brasil, em 1997, as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração ocuparam o quarto e quinto lugares, respectivamente, só sendo suplantadas pelas causas maldefinidas, homicídios e acidentes de trânsito. Quando considerado o sexo, as doenças isquêmicas do coração ocuparam o quarto lugar e as cerebrovasculares o quinto lugar, para o sexo masculino, e para o feminino, as cerebrovasculares, o segundo lugar e, as isquêmicas do coração, o terceiro lugar (DRUMOND JÚNIOR e LIRA, 2000).

As internações hospitalares constituíram outro indicador de peso da HA. Em 1991, foram da ordem de 1.496.087 hospitalizações por doenças cardiovasculares, sendo que 304.417 foram por doença hipertensiva e 299.005 por doenças cerebrovasculares. A doença hipertensiva e as doenças cerebrovasculares ocuparam, entre 1984 a 1991,

respectivamente, da 10^a à 12^a e da 11^a à 13^a posição entre as quarenta primeiras causas de internação no país (LESSA et al., 1993).

Tendo em vista os fatos expostos acima — a elevada prevalência, morbidade e mortalidade na população e os custos sociais —, a hipertensão arterial se constitui em um importante problema de saúde pública.

Segundo ROSE (1988), duas estratégias têm sido formuladas para a redução da mortalidade e controle da morbidade por doenças cardiovasculares, em sua maioria incapacitantes, entre as quais se inclui a hipertensão arterial: a do “enfoque de risco”, mediante o qual se busca o controle da exposição aos fatores de risco, dirigindo-se a atenção aos indivíduos de alto risco para as doenças cardiovasculares, e a do “enfoque populacional”, em que se procura uma redução dos fatores de risco na população, estimulando-se a mudança de diferentes hábitos de vida.

A estratégia de alto risco compreende a assistência médica aos clientes já diagnosticados como portadores de uma doença crônica degenerativa e busca ativa de indivíduos com fatores de risco, ainda não identificados, a qual pode ser realizada na própria atenção à demanda espontânea dos serviços de saúde e, ainda, através de *screening* populacional. Dessa forma, as ações de controle centradas na assistência médica da hipertensão arterial encontram-se dentro da estratégia “*enfoque de risco*”.

Muitos estudos, realizados desde os anos 60, têm demonstrado a eficácia da medicação anti-hipertensiva no controle da pressão arterial e redução da morbidade e mortalidade relacionadas com a hipertensão (VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS, 1974; FLACK et al., 1996).

O uso de medicação anti-hipertensiva tem as suas indicações precisas, porém, o tratamento não-medicamentoso está indicado a todos os hipertensos, visando diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida, que favoreçam a redução da pressão arterial.

De acordo com o JOINT NATIONAL COMMITTEE (1997) e o CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1998), as modificações de estilo de vida que, comprovadamente, reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, ingestão de sal e consumo de bebidas alcoólicas, a prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial (anticoncepcionais orais e moderadores de apetite, vasoconstritores nasais e outras).

No entanto, apesar das medidas terapêuticas favorecerem o controle da pressão arterial e reduzirem a morbidade e mortalidade cardiovascular, muitos indivíduos conscientes de que são hipertensos, iniciam seu tratamento, mas não cumprem as recomendações médicas ou abandonam o tratamento iniciado (FLORENZANO U. et al., 1981a; LESSA et al., 1983; CAR, 1998; CADE, 1994).

CAR (1998) ressalta que a eficácia do tratamento anti-hipertensivo não vem sendo acompanhada, na prática, de sua necessária eficiência, que é o controle da hipertensão arterial. Atribui a ineficiência às dificuldades que se inter-relacionam, tais como, as de acesso universal aos serviços de saúde e as de seguimento dos indivíduos ao tratamento anti-hipertensivo.

2. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

O tema aderência do paciente ao regime de tratamento e, particularmente, a aderência à medicação prescrita, tem recebido considerável atenção na literatura sobre saúde e é reconhecido como um objeto científico complexo e multifacetado.

Estudos empíricos têm mostrado que a não-aderência ocorre entre pacientes de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos, na maioria das doenças, e entre pacientes assistidos por vários tipos de serviços de saúde, seja ele público ou particular, de atenção primária ou serviços de referência (CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982).

Vários autores são unânimes em reconhecer que falhas na aderência são comuns e comprometem a eficácia dos tratamentos (NELSON et al., 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; MEICHENBAUM e TURK, 1987; MANN, 1993).

Muitas definições (DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; MANN, 1993; CAMERON, 1996; URQUHART, 1996) têm sido apresentadas para aderência, com várias interpretações, porém, a definição predominantemente utilizada é “o grau no qual o comportamento dos pacientes coincide com a recomendação médica ou do serviço de saúde (em termos de tomar medicações, realizar mudanças nos hábitos de vida e engajar-se em comportamentos de prevenção em saúde)” (MEICHENBAUM e TURK, 1987).

NELSON et al. (1978), MEICHEINBAUM e TURK (1987) e MANN (1993) fazem distinção entre dois termos utilizados na literatura: *compliance* e *adherence*. Segundo eles, o termo *compliance* conota uma passividade do paciente em seguir, fielmente, as recomendações médicas ou do serviço de saúde. O termo *adherence* implica um envolvimento mais ativo, voluntário e colaborativo do paciente no sentido de um

comportamento reciprocamente aceitável para produzir o resultado preventivo ou terapêutico desejado.

DI MATTEO e DI NICOLA (1982) utilizam ambos os termos justificando que não é o uso de um termo ou outro que implica autoritarismo na relação médico-paciente.

ROCHA (1997), abordando a questão da tradução dos termos *compliance* e *adherence* para a língua portuguesa, questiona a proposta da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) que sugere o termo observância, argumentando que o termo “corresponde a quase tudo que se entende por *compliance*, mas omite um ponto importante: a vontade do paciente em querer cumprir o que lhe foi prescrito”. Aponta, também, outros termos sugeridos como complacência, aderência e adesão e opta pela utilização da palavra *compliance* na sua grafia original, significando “o cumprimento estrito pelo paciente da prescrição médica, entendendo-se por prescrição não apenas os medicamentos mas, também, todos os demais cuidados ou providências recomendados”.

JORDAN et al. (2000) consideram que o termo “adesão”, em português, seja o mais adequado para o significado de “concordância autônoma”; no entanto, adotaram o termo “aderência” por ser o mais difundido entre os profissionais de saúde e a mídia. Foi, também, nesse sentido que adotou-se o termo aderência, neste trabalho.

Para MEICHENBAUM e TURK (1987) e MANN (1993), a aderência compreende uma variedade de comportamentos, incluindo:

- 1) Iniciar e manter um programa de tratamento.
- 2) Manter o seguimento das prescrições.
- 3) Usar corretamente a medicação prescrita.

4) Iniciar e manter mudanças de hábitos de vida adequados (dieta, atividade física, controle do stress).

5) Evitar comportamentos de risco para saúde (uso de fumo, de álcool).

Diferentes métodos podem ser empregados para medir a aderência do paciente, sendo esses diretos e indiretos:

a) Métodos diretos

- utilização de provas bioquímicas para detecção da droga no sangue ou na urina.

b) Métodos indiretos

- auto-informação, quando o paciente é inquirido por entrevista ou auto-relato.
- informação colateral, fornecida por médicos, enfermeiros, membros da família ou outros que tenham conhecimento sobre o paciente, ou, ainda, obtida por meio dos registros dos serviços de saúde.
- avaliações do comportamento, sendo os métodos mais utilizados: o controle das consultas nos serviços de saúde e a contagem dos comprimidos, a fim de se determinar a porcentagem de medicamento tomada.
- resultado terapêutico.

CHRISTENSEN (1978), HOMEDES e UGALDE (1981), DI MATTEO e DI NICOLA (1982), MEICHEBAUM e TURK (1987), e MANN (1993) avaliam os problemas relacionados a cada um dos métodos citados e concluem que nenhum método é perfeito; e, tendo em vista as limitações presentes em cada um deles, sugerem uma

combinação entre os mesmos a ser determinada pelo objeto de estudo e a disponibilidade de recursos para a investigação.

DI MATTEO e DI NICOLA (1982) apontam o relato do paciente por entrevista como um método efetivo de medida, desde que sejam observadas questões como exatidão e cuidado na formulação, distribuição adequada das questões, refinada comunicação interpessoal, levando em conta os fatores psicológicos e sociais que afetam a disponibilidade do paciente e habilidade para relatar sua própria aderência e, ainda, métodos para aumentar a memória do paciente sobre seus comportamentos em saúde. Dessa maneira, outras abordagens alternativas, como contagem de comprimidos ou análises bioquímicas, podem ser desnecessárias.

Revisões sob o tema (MEICHENBAUM e TURK, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; MANN, 1993) têm apontado uma grande variação nas taxas de aderência aos regimes de tratamento, com estimativas de baixa aderência (8,0%) à alta aderência (96,0%), com uma aderência média de 50,0% (BECKER, 1985).

Estudos indicam que taxas de aderência mais altas são obtidas em tratamentos de determinadas doenças que utilizam medicações diretas (injeções) e com monitoramento e supervisão. TAYLOR et al. (apud MEICHENBAUM e TURK, 1987) relataram taxas de 92,0% de aderência ao tratamento de quimioterapia, por pacientes portadores de câncer. Por outro lado, as taxas mais baixas de aderência encontram-se entre pacientes portadores de doenças crônicas, para as quais o tratamento requer longo tempo, mudanças nos hábitos de vida e os benefícios obtidos, muitas vezes, não são percebidos de imediato.

CERKONEY e HART (apud MEICHENBAUM e TURK, 1987) relataram que somente 7,0% dos pacientes diabéticos aderem a todas as recomendações necessárias para um bom controle da doença. Neste controle, WATKINS et al. (apud

MEICHENBAUM e TURK, 1987) assinalaram que 80,0% dos pacientes não administraram adequadamente a insulina, 73,0% não seguiam suas dietas, 50,0% não cuidavam adequadamente dos pés e 45,0% não testavam corretamente a glicose na urina.

MEICHENBAUM e TURK (1987) e MANN (1993) observaram que 50,0% dos pacientes hipertensos não aderem ao tratamento; 50,0% abandonam o tratamento no prazo de um ano e somente dois terços, daqueles que mantêm o seguimento, tomam medicação suficiente para controlar, adequadamente, a pressão sangüínea.

Numa revisão de 37 estudos sobre aderência em países do terceiro mundo, HOMEDES e UGALDE (1981) encontraram uma variação de 26,0% a 100,0% nas taxas de aderência, embora, em geral, o grau de aderência tenha sido baixo.

Esses autores, assim como CHRISTENSEN (1978) e MEICHENBAUM e TURK (1987), notaram que a grande variedade das taxas encontradas nos estudos, bem como a dificuldade de comparação e generalização dos resultados, decorrem das diferentes definições de aderência e dos métodos utilizados.

Alguns autores definiram aderência como o cumprimento estrito das recomendações em termos de dose, intervalo, duração, momento e método de administração dos medicamentos; outros consideraram aderentes, os pacientes que tomaram as doses recomendadas, sem levar em conta os outros três parâmetros, e outros definiram como aderentes os pacientes que tiveram uma determinada porcentagem de consultas durante um período de tempo específico. Encontraram, também, as seguintes variações no método de medida: 45,0% dos estudos fizeram uso de exame de registros médicos; 29,0%, de auto-informação; 14,0%, de recontagem de comprimidos, e 12,0%, de marcadores bioquímicos.

Vários fatores têm sido associados à aderência ao tratamento. Entre eles destacam-se:

- a) Fatores relacionados à pessoa sob tratamento.
- b) Fatores relacionados ao tipo de tratamento.
- c) Fatores relacionados à doença.
- d) Fatores relacionados ao serviço de saúde.

Autores como CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; GERBER e NEHEMKIS, 1986; MICHENBAUM e TURK, 1987 concluíram que não há relação direta entre características demográficas como o sexo, a idade e o estado conjugal e aderência, embora, em alguns contextos específicos, o sexo e a idade tenham sido, significativamente, relacionados com abandono ou pior aderência ao seguimento médico.

GIORGI et al. (1985) encontraram associação, estatisticamente significativa, entre hipertensos do sexo masculino, com menos que 40 anos, e abandono do seguimento médico; e NELSON et al. (1978) relataram que a idade (indivíduos mais velhos) contribuiu independentemente para a alta aderência de pacientes hipertensos ao seguimento médico.

JORDAN et al. (2000) observaram que a grande maioria dos trabalhos sobre aderência, em doenças crônicas, afirmava ser baixo o poder preditor do perfil sociodemográfico (avaliado por renda e/ou escolaridade, e/ou condições de habitação, e/ou emprego), exceto nos extremos da pobreza. Entretanto, GERBER e NEHEMKIS (1986) apontaram que, em algumas doenças, níveis de educação e classe social mais elevados têm contribuído com melhores níveis de aderência.

A situação familiar tem sido relacionada com aderência. Pacientes que moram sozinhos aderem menos do que os que têm companheiros ou colegas. Para BECKER (1985), o apoio social parece ser especialmente importante em regimes de

tratamento a longo prazo, que requerem que o paciente continue a ação. Crescem as evidências de que o apoio social (particularmente dos familiares do paciente) tem um importante papel na influência da aderência.

Na abordagem centrada no paciente, vários modelos têm sido propostos para se compreender os aspectos norteadores dos comportamentos de aderência médica, dentre estes ressalta-se o modelo de crença em saúde (*Health Belief Model*) (CHRISTENSEN, 1978; NELSON et al., 1978; BECKER, 1985).

Este modelo, surgido na década de 60, na área da psicologia social, enfatiza a percepção, do paciente, da saúde e da doença. Foi, primeiramente, utilizado para explicar comportamentos preventivos de saúde, como imunização e, posteriormente, reformulado e estendido para abranger a aderência ao tratamento. De acordo com o referido modelo, ao realizar uma ação de saúde (preventiva ou curativa), a resposta positiva ou negativa do paciente depende do grau de sua percepção da doença, em termos de ameaça pessoal, associada à percepção da gravidade da mesma, à própria suscetibilidade a ela e aos benefícios e barreiras relacionados com a ação (CHRISTENSEN, 1978; MEICKENBAUM e TURK, 1987).

O modelo apresenta, como fatores que interferem nos comportamentos de saúde (BECKER, 1985):

1. A **percepção da doença** como ameaça, referindo-se à estimativa subjetiva do paciente, da sua vulnerabilidade e suscetibilidade, e, também, da gravidade da doença e do possível impacto desta na sua vida.
2. A **crença** de que as recomendações de saúde o beneficiarão, reduzindo a ameaça ou gravidade da doença.

3. A **avaliação de custo versus benefício**, ou seja, se os obstáculos (custo financeiro e tempo gasto com o tratamento e efeitos colaterais) se sobrepõem aos benefícios da ação.
4. A **crença na auto-eficácia**, que é a convicção pessoal que o sujeito tem de que é capaz de realizar, com sucesso, a recomendação de saúde.

Com relação ao tratamento, vários estudos assinalaram fatores que podem contribuir para a não-aderência: a duração do tratamento, a complexidade do regime terapêutico — indicada pelo número de medicações concomitantes a serem consumidas, a frequência diária das doses e o intervalo entre elas — e a incidência e gravidade dos efeitos colaterais.

Em geral, a não-aderência predomina quando a condição do paciente é crônica, mas não há ameaça à vida; quando o tratamento é prolifático, ou, ainda, quando os regimes são mais complexos e os efeitos colaterais da medicação estão presentes (CHRISTENSEN, 1978; MEICHENBAUM e TURK, 1987; BECKER, 1985).

Algumas características das doenças e dos seus sintomas relacionam-se com a aderência. Estudos com pacientes de doenças crônicas mostraram que há maior aderência se a doença apresentar sintomas facilmente reconhecíveis e desagradáveis que são atenuados pelo seguimento das prescrições médicas (MECHENBAUM e TURK, 1987). Ao contrário, menor aderência ocorre quando a doença é assintomática, e não há consequências negativas imediatas à não-aderência, e quando a medicação é profilática (CHRISTENSEN, 1978).

A relação médico-paciente é reconhecida pela maioria dos investigadores como um importante fator na aderência. O comportamento e atitudes do médico podem ter um efeito tanto positivo como negativo na aderência do paciente.

DI MATTEO e DI NICOLA (1982), enfatizando a relação médico-paciente, apresentam, como alguns fatores para a não aderência do paciente: a falta de reciprocidade na relação, quando o paciente resiste ao controle médico; a falta de comunicação entre o médico e o paciente; a falta de participação do paciente nas decisões sobre seu próprio tratamento, e a falta de interesse, simpatia e compreensão por parte do médico, associada ao caráter centrado na técnica, cada vez mais vigente no cuidado médico de hoje.

Os mesmos autores apresentam duas categorias de explicação para a não-aderência:

- a) considerando os fatores acima, o paciente pode resistir ao influenciador (médico) e manifestar sua resistência, não seguindo as recomendações ou abandonando o tratamento.
- b) o paciente pode resistir ao regime de tratamento proposto. Neste caso, o paciente rejeita a recomendação específica. Este tipo de resistência é expresso por meio de retornos continuados do paciente ao serviço de saúde, mesmo após o não-seguimento das recomendações (não tomar medicações, não mudar hábitos proscritos, como o uso de fumo e álcool).

MANN (1993) ressalta que a não-aderência pode ser explicada por fatores que dificultam a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. Aponta, entre esses fatores: a linguagem técnica, o pequeno tempo da consulta gasto com as explicações para o paciente sobre seu tratamento e o sentimento do paciente de que o tempo da consulta foi inadequado. Além destas dificuldades, podemos, ainda, considerar outras barreiras, como: diferenças de nível de educação e culturais, a limitação do tempo por pressão da demanda a ser atendida, e a própria postura de distanciamento adotada pelo profissional (JARDIM, 1996).

Há, também, outros fatores relevantes que influenciam a relação médico-paciente: a empatia, o comprometimento do profissional com o paciente, a confiança que o paciente sente pelo profissional, e outros que a tornam uma relação complexa.

A própria consulta médica, por suas características tecnológicas, tem inúmeras limitações enquanto lugar de interação usuário-serviço de saúde, o que tem levado à busca de outros espaços de comunicação e interação (RODRIGUES et al., 1996; DUARTE et al., 1999).

Vários estudos têm mostrado a necessidade da participação de outros profissionais da equipe de saúde na educação do paciente quanto à sua doença e tratamento. Alguns estudos têm apontado a relevância da atuação da equipe de enfermagem melhorando a informação do paciente, como, também, apresentando uma melhora direta nos resultados terapêuticos (FLORENZANO U. et al., 1981a; GIORGI et al., 1985; ROCHA et al., 1985; JARDIM, 1996).

A organização e estrutura do serviço de saúde também têm sido apontada como significativa na aderência do paciente (HOMEDES e UGALDE, 1981; FLORENZANO U. et al., 1981b; MEICHENBAUM e TURK, 1987).

Nos estudos analisados por HOMEDDES e UGALDE (1981), a falta de organização dos serviços, refletida na espera prolongada para o atendimento, no conflito entre o horário de atendimento e de trabalho, e na dificuldade para conseguir uma consulta médica, relaciona-se com a não-aderência a tratamentos nos países de terceiro mundo.

Uma das importantes conclusões do estudo que avaliou a aderência, ao tratamento por anti-retrovirais, de usuários de ambulatorios do sistema público de assistência a AIDS, no Estado de São Paulo (NEMES et al., 2000b), foi que a variável Serviço de Saúde mostrou importante poder de explicação sobre aderência, e que tipos de

serviços de saúde diferentes mostraram riscos de aderência muito diversos, independentemente das características dos usuários.

Com relação à avaliação clínica, vários estudos têm indicado uma correlação positiva entre a aderência e o controle da pressão sangüínea.

NELSON et al. (1978) mencionaram que 74,0% dos pacientes que relataram tomar sua medicação prescrita estavam com a pressão sangüínea controlada, comparados com 49,0% entre aqueles que não tomaram uma ou mais doses da medicação.

HERSHEY et al. (1980) encontraram resultados muitos semelhantes aos do estudo de NELSON et al. (1978): havia, proporcionalmente, mais pacientes controlados (75,0%) entre aqueles que não relataram falhas no uso da medicação, do que entre os que tiveram alguma falha (53,0%). Entre os que referiram três interrupções na semana, apenas 28,0% estavam controlados.

A não-aderência terapêutica tem sido relacionada a piora ou agravamento da doença, aumento do número de consultas, doses e número de medicamentos, provas diagnósticas desnecessárias, demanda por cuidados de emergência e hospitalizações, ou seja, a um aumento do custo total do cuidado de saúde, bem como a um comprometimento do estabelecimento da eficácia do regime de tratamento (CHRISTENSEN, 1978; EASTAUGH e HATCHER, 1982; URQUHART, 1996; FLACK et al., 1996).

3. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo o JOINT NATIONAL COMMITTEE (1997), a baixa aderência à terapia anti-hipertensiva continua a ser um importante desafio terapêutico, contribuindo para a falta de controle adequado em mais de dois terços dos pacientes com HA, com

conseqüente obstáculo à consecução dos benefícios do tratamento adequado: redução na incidência de complicações e da mortalidade por HA.

Vários estudos internacionais e nacionais têm tratado do tema aderência do paciente ao tratamento da hipertensão e têm apresentado grande variação nas taxas de aderência e de abandono observadas. Isto se deve a vários fatores, entre eles: o método de medida utilizado, a definição adotada para aderência e a seleção da amostra estudada.

Na medida em que o tratamento da HA sempre inclui vários componentes e são requeridos, do paciente, diversos comportamentos, a definição adotada para a aderência, nos estudos de hipertensão, pode variar em função do(s) comportamento(s) avaliado(s), bem como, do nível em que a boa aderência foi definida. Os comportamentos mais comumente analisados são o uso da medicação anti-hipertensiva (AH) e/ou manutenção do seguimento médico.

CALDWELL et al. (1970), definindo abandono como o não-comparecimento às consultas marcadas por um período superior a 30 dias e/ou interrupção no uso da medicação por 30 dias ou mais, e usando, como método, a consulta a prontuários médicos, encontrou uma taxa de abandono de 50,0% ao final de 11 meses de tratamento.

NELSON et al. (1978), entrevistando hipertensos, identificaram em 60,0% deles abandono do tratamento medicamentoso e em 28,0%, abandono do seguimento médico.

Outros estudos americanos (STECKEL e SWAIN, 1977; LEVINE et al., 1979), bem como um chileno (FLORENZANO U et al., 1981a), relataram menores taxas de abandono do tratamento da HA nos pacientes que participaram de programas conduzidos por equipe multiprofissional com intervenções educativas, comparados com os

que eram atendidos por programas tradicionais, ou seja, com a participação exclusiva do médico.

Os vários estudos brasileiros (OIGMAN et al., 1977; LESSA et al., 1983; GIORGI et al., 1985; ROCHA et al., 1985; PRECOMA et al., 1987) definiram a aderência como o comparecimento às consultas marcadas e utilizaram, como método de investigação, os registros nos prontuários médicos.

Nesses estudos brasileiros, observaram-se grandes variações nas taxas de abandono encontradas: de 18,0% a 63,3%.

Foram, ainda, encontradas, nessas investigações, menores taxas de abandono entre os hipertensos seguidos em programas específicos, conduzidos por equipe multiprofissional, e as maiores, entre os seguidos nos programas tradicionais, de modo semelhante aos dados descritos nos trabalhos americanos e chileno.

Em função da complexidade da motivação para comportamentos relacionados com saúde e doença, como o caso da aderência ao tratamento, a literatura mostra que os pesquisadores têm buscado diferentes determinantes para o mesmo, investigando a correlação da aderência com variáveis de naturezas diversas.

Os estudos têm demonstrado que muitos fatores podem afetar a aderência do paciente ao tratamento da HA, entre eles: os relacionados à própria doença, ao paciente, ao esquema terapêutico e ao serviço de saúde (COSTA, 1996).

Apresentam-se, a seguir, alguns estudos que buscaram associação entre esses diferentes fatores e a aderência do paciente, seja à medicação prescrita, seja ao seguimento médico, ou a ambos.

NELSON et al. (1978) e HERSHEY et al. (1980) adotaram o modelo de crença em saúde para explicarem a aderência ao tratamento da hipertensão de pacientes atendidos em ambulatórios de hospitais universitários, nos Estados Unidos.

Os resultados obtidos por NELSON et al. (1978), cujo estudo utilizou a entrevista para obtenção dos dados, mostraram que somente poucas variáveis do modelo contribuíram, independentemente, para a aderência do paciente hipertenso. A percepção da gravidade da hipertensão e da eficácia do regime de tratamento estava associada com aderência à medicação e controle da PA, enquanto, a idade (pacientes mais velhos) tinha relação com aderência à medicação e manutenção do seguimento no serviço de saúde. A situação de emprego (pacientes empregados) estava associada, apenas, com manutenção do seguimento médico.

HERSHEY et al. (1980) encontraram três variáveis do modelo, contribuindo independentemente para explicar a aderência dos pacientes hipertensos à medicação: o controle sobre problemas de saúde, barreiras percebidas e duração do tratamento.

Estudos nacionais investigaram a influência de variáveis sociodemográficas como sexo, idade, raça, estado civil, grau de instrução e ocupação (OIGMAN, et al., 1977; LESSA et al., 1983; GIORGI et al., 1985), e da complexidade do regime de tratamento (LESSA et al., 1983) sobre o comportamento de aderência do paciente hipertenso.

OIGMAN et al. (1977) e LESSA et al. (1983) não observaram significância estatística entre a adesão dos pacientes e as variáveis sociodemográficas, enquanto GIORGI et al. (1985) encontraram associação entre as variáveis sexo, faixa etária e grau de instrução e o abandono do ambulatório de HA, sendo mais propensos ao abandono pacientes masculinos com menos de 40 anos de idade e os analfabetos.

SALA et al. (1993), avaliando o atendimento de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas em uma unidade básica de saúde (SP), encontraram menor aderência entre os hipertensos exclusivos (em situação de relativa ausência de sintomas) comparados com outros pacientes portadores de hipertensão e diabetes e pacientes diabéticos. Aderência foi definida como comparecimento às consultas agendadas.

ROCHA et al. (1985), testando a eficiência de um programa de assistência a hipertensos com atuação de profissionais não-médicos (enfermeiras e assistentes sociais), chamado Grupo Paramédico (GPM), e outro com a atuação exclusiva do médico, Grupo Médico (GM), num ambulatório de hospital universitário, num período de seguimento de seis meses, encontraram uma taxa de abandono de 28,0%. No GM, a taxa de abandono foi de 38,0% e a de permanência, 62,0%, enquanto que no GPM a taxa de abandono foi bem menor, 18,0% e a de permanência maior, 82,0%. A diferença das taxas de abandono entre os dois grupos foi, estatisticamente, significativa.

Observou-se, nos dois estudos acima, a relação de aderência e características da doença (SALA et al., 1993) e de características do atendimento no serviço de saúde (ROCHA et al., 1985).

Vários estudos internacionais (CALDWELL et al., 1970; FLORENZANO U. et al., 1981b) e nacionais (OIGMAN et al., 1977; ROCHA et al., 1985) avaliaram, por meio de entrevista, os motivos de abandono do seguimento médico no serviço de saúde e/ou da medicação AH.

Observou-se que os mesmos motivos foram relatados nos diferentes trabalhos, diferindo apenas nas freqüências encontradas: ausência de sintomas e/ou normalização da PA e presença de efeitos colaterais da medicação AH (CALDWELL et al., 1970; OIGMAN, et al., 1977 e FLORENZANO U. et al., 1981b); relacionados com o

serviço de saúde (dificuldade para conseguir consulta, longo tempo de espera, falta de informações, insatisfação com a relação com a equipe de saúde) (CALDWELL et al., 1970; FLORENZANO U. et al., 1981b e ROCHA et al., 1985), o custo do tratamento (CALDWELL et al., 1970; OIGMAN et al., 1977 e ROCHA et al., 1985) e razões de ordem pessoal (trabalho, problemas familiares, desinteresse pelo tratamento, esquecimento) (CALDWELL et al., 1970; FLORENZANO U. et al., 1981b e ROCHA et al., 1985).

FLORENZANO U. et al. (1981b) observaram, ainda, como motivos para o abandono, o uso excessivo de comprimidos e a duração do tratamento e, CALDWELL et al. (1970), a falta de apoio familiar.

Há consenso, na literatura, de que a HA é uma doença em que vários fatores que condicionam a não-aderência estão presentes ao mesmo tempo: ausência de sintomas, tratamento prolongado, falta de vantagens imediatas da terapia e necessidade periódica de controle (CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; MECKENBAUM e TURK, 1987; COSTA, 1996).

De uma forma geral, os trabalhos aqui analisados ressaltaram a importância da aderência, no controle da hipertensão arterial, para a diminuição do risco de eventos cardiovasculares, cerebrais, renais e da mortalidade por essa causa. É, nesse sentido, também, que se propõe o presente trabalho.

4. CONTEXTO DA PESQUISA: A ASSISTÊNCIA DO HIPERTENSO NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA (CSE) DE BOTUCATU

O CSE de Botucatu é uma unidade de saúde, resultante de um convênio da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo com a Universidade Estadual Paulista – UNESP, sob a coordenação e gerenciamento do Departamento de Saúde Pública. Compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo atendimento primário à saúde da população residente no segundo subdistrito de Botucatu e distrito de Rubião Júnior (zona urbana e rural), constituída por 27.883 habitantes¹.

O atendimento à população está organizado em várias áreas: área de assistência à saúde do adulto, à saúde da mulher, à saúde da criança, à saúde mental e à saúde bucal.

Conta, ainda, com áreas de apoio para coleta de material para exames laboratoriais, realização de eletrocardiograma e aplicação de tratamento, além de outras atividades como oftalmologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e vigilância epidemiológica.

As ações de controle da hipertensão arterial são realizadas na área de assistência à saúde do adulto e visam o controle das doenças crônico-degenerativas pela estratégia de alto risco, ou seja, controle da hipertensão, como fator de risco individual para as doenças cardiovasculares.

Desde o início de seu funcionamento, em 1972, até meados da década de 80, a assistência ao hipertenso era realizada segundo ações previstas no Programa de Assistência ao Adulto. Desde então, não segue uma programação específica. Os hipertensos são atendidos na área de Atenção à Saúde do Adulto, nos ambulatórios de clínica geral, diabetes, geriatria, saúde ocupacional, nutrição e, os casos mais graves e/ou de difícil controle, no ambulatório de hipertensão.

¹ Projeção realizada para 1998 com base nos dados da Contagem Populacional do IBGE de 1996.

O atendimento ao adulto compreende as seguintes atividades: preparo, consulta e pós-consulta. O preparo e a pós-consulta são realizados pela equipe de enfermagem, em geral, um profissional de nível médio (auxiliar de enfermagem ou visitador sanitário).

No preparo, são verificados o peso e a estatura do paciente. A pós-consulta visa a orientação do paciente quanto ao diagnóstico, tratamento, encaminhamentos, coleta e agendamento dos exames e dos retornos, bem como, busca esclarecer as possíveis dúvidas dos pacientes.

Até 1996, o hipertenso recebia, exclusivamente, assistência médica individual. A partir de então, iniciou-se uma reorganização deste cuidado, introduzindo-se a consulta de enfermagem e o grupo de vivência como espaços complementares de atenção. Nesta última atividade, há participação de médicos, enfermeiras e psicóloga.

Mediante um levantamento dos prontuários ativos de indivíduos com idade superior a 16 anos (14.564 prontuários), foram identificados em 20,13% (2932) diagnóstico de hipertensão arterial, sendo esta a morbidade mais freqüente na atenção ao adulto. O mesmo levantamento possibilitou a construção de um banco de dados com nome, número de matrícula e data da primeira consulta com diagnóstico de hipertensão arterial, desde 1972, início do funcionamento da unidade, até janeiro de 1999 (CYRINO et al., 1999).

II. OBJETIVO

1. OBJETIVO GERAL

Identificar o abandono do seguimento médico, de uma coorte de pacientes inscritos, em 1995, no atendimento ao hipertenso do Centro de Saúde Escola (CSE) de Botucatu, no período de 1995 a 1999, e analisar os motivos de abandono do tratamento da HA, relatados por esses pacientes.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as taxas de aderência e de abandono do seguimento médico dos pacientes;
- Descrever o período decorrido entre o primeiro atendimento com diagnóstico de hipertensão, no serviço, e o abandono;
- Caracterizar e comparar os pacientes aderentes e em abandono, segundo variáveis: sociodemográficas, relativas ao seguimento e tratamento prescrito, no CSE, e outras doenças crônicas associadas;
- Descrever as formas de cumprimento do tratamento da HA, nos pacientes em abandono do seguimento médico, no CSE;

- Analisar os motivos relatados para o abandono do tratamento e do seguimento médico, no CSE;
- Identificar e descrever as estratégias empregadas pelos pacientes, em abandono do seguimento médico, no CSE, para controle da PA.

III. METODOLOGIA

1. MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho¹ foi realizado em duas etapas. Na primeira, efetuou-se um estudo descritivo e, na segunda, um estudo qualitativo.

Na **primeira parte** do estudo, o objeto de investigação foi uma coorte de pacientes que tiveram primeira consulta médica com diagnóstico de HA, no CSE, em 1995.

O período de estudo estabelecido foi de 01/01/1995 a 31/07/1999. Assim, o tempo de seguimento variou de três anos e meio (pacientes com diagnóstico em dezembro de 1995) a quatro anos e meio (pacientes diagnosticados em janeiro de 1995).

Os dados referentes a esta coorte foram obtidos no banco de dados de pacientes hipertensos e/ou diabéticos do CSE. Este banco permitiu que fossem identificados 239 pacientes. Destes, 192 fizeram parte deste estudo, tendo sido excluídos 47, pelos seguintes motivos: tratamento de HA em outro serviço de saúde (18), transferência para outra unidade básica de saúde (nove), encaminhamento para serviço de atenção secundária (três),

¹ Este trabalho integra a pesquisa “Estudo da Assistência prestada aos Pacientes Portadores de Hipertensão Arterial em Serviço de Atenção Primária à Saúde; 1995-1999”. CYRINO, A.P. (coord); NEMES, M.I.B.; DUARTE, M.T.C. Para evitar repetições desnecessárias, doravante, será mencionado como Pesquisa.

óbito (cinco), prontuário não localizado (um), e por terem recebido orientação para retornar ao serviço em data oportuna ou conforme necessidade (11).

A fim de se identificar os pacientes aderentes e em abandono de seguimento, adotou-se, como definição de aderência, o seguimento da recomendação médica apenas quanto ao comparecimento às consultas médicas agendadas, conforme utilização em vários estudos, inclusive brasileiros, relatados anteriormente. Essa seleção deveu-se ao fato de, por se tratar de um estudo retrospectivo, ser essa a única informação disponível no serviço de saúde, nos prontuários. Optou-se por esse critério por ser a consulta médica uma atividade que se manteve constante, do início ao fim do estudo.

O abandono foi definido como o não-comparecimento à consulta médica, após 180 dias, a partir do último dia do mês da solicitação da consulta. Embora o Programa de Hipertensão Arterial da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 1994) considere como abandono o não-comparecimento à consulta médica após 90 dias, a delimitação de um período maior deveu-se às características e dificuldades do serviço, tais como: as freqüentes remarcações de consultas já agendadas, o não-agendamento de consultas a partir do último trimestre do ano e a demanda superior aos recursos humanos disponíveis. Isto gera sobrecarga das agendas médicas, impondo dificuldades no agendamento de consultas de rotina e até de retornos, solicitados na área de adulto.

Definidos aderência e abandono, procedeu-se ao levantamento de dados a fim de identificação dos pacientes aderentes e em abandono e caracterização dos mesmos seguindo algumas variáveis.

Os dados sobre as variáveis sociodemográficas foram obtidos da Ficha de Cadastro de Pacientes (anexo I) do Sistema Municipal de Informações em Saúde, SIMS-

Botucatu, e os demais dados, no banco de dados da Pesquisa (CYRINO et al., 1999) e transcritos para o formulário (anexo II).

Os dados relativos ao seguimento no serviço de saúde, obtidos em conformidade com as definições apresentadas acima, permitiram o estabelecimento de três grupos:

- Grupo aderente (GAD): composto por 62 pacientes que nunca abandonaram o seguimento médico, no CSE.
- Grupo em abandono (GAB): composto por 89 pacientes que haviam abandonado o seguimento médico, no CSE.
- Grupo abandono/aderente (GAB/AD): composto por 41 pacientes que abandonaram o seguimento, e que, novamente, voltaram a frequentá-lo.

Esses grupos foram estudados segundo as seguintes variáveis:

1. Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação. Algumas destas variáveis foram distribuídas em categorias de resposta, como as seguintes:
 - Idade: < 30 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos e mais.
 - Escolaridade:
 - . Nível baixo – correspondeu ao primeiro grau incompleto ou menos estudo.
 - . Nível médio – correspondeu ao primeiro grau completo ou segundo grau incompleto.

. Nível alto – correspondeu ao segundo grau completo ou mais anos de estudo.

- Ocupação:

. Trabalhavam - pessoas que estavam inseridas no mercado de trabalho, formal ou informal.

. Não trabalhavam – pessoas não inseridas no mercado de trabalho.

2. Variáveis relacionadas ao seguimento no serviço de saúde:

- Concentração de retornos solicitados: obtidos pela relação entre o número total de retornos solicitados, pelo médico, e o tempo freqüentado (em meses), no período².
- Porcentagem de retornos solicitados que foram agendados pelo serviço: correspondeu ao número total de retornos agendados pelo serviço, dividido pelo número total de retornos solicitados pelo médico, no período, multiplicado por 100.
- Relação número de médicos que atenderam o paciente e o tempo freqüentado: foi obtida pela relação número de médicos que consultaram o paciente dividido pelo tempo freqüentado (em meses), no período.
- Relação entre o número de faltas aos retornos e o tempo freqüentado: foi obtida pelo número total de faltas dividido pelo tempo de freqüência (em meses), no período.

² O período estudado para os GAB e GAB/AD foi da data do diagnóstico de HA no CSE até a data do abandono, e para o GAD, da data do diagnóstico de HA no CSE, até a data do término do estudo (31/07/1999).

- Intervalo em que ocorreu o primeiro abandono (AI): correspondeu ao tempo, em meses, decorrido entre a data da primeira consulta médica com diagnóstico de HA, no CSE, e a data do último comparecimento, após a mesma.

3. Variáveis relacionadas ao tratamento prescrito:

- Número máximo de medicamento(s) anti-hipertensivo(s) (AH): correspondeu ao maior número de AH prescritos, no período.
- Número máximo de doses/dia de medicamento(s) AH: correspondeu ao maior número de doses/dia, prescritas, da medicação AH, no período.
- Número máximo de outro(s) medicamento(s) de uso contínuo: correspondeu ao maior número, prescrito, de outro(s) medicamento(s) de uso diário, no período.

4. Variável relacionada a outras doenças crônicas associadas: número de doenças crônicas associadas. Para classificação das referidas doenças, utilizou-se a décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID 10) de 1997.

Na **segunda etapa**, para se pesquisar os motivos de abandono, foram estudados os pacientes que compuseram o GAB.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada, para a qual foi elaborado um roteiro, previamente testado, composto de perguntas abertas e fechadas (anexo III), abordando os seguintes temas:

- Motivos de procura pelo serviço de saúde, conhecimento sobre a HA e comunicação usuário-serviço de saúde.
- Relato do tratamento prescrito e do cumprimento do mesmo. O relato do tratamento prescrito foi tomado como parâmetro para comparação entre o tratamento prescrito e o cumprimento pelo paciente.
- Motivos relatados para o abandono do tratamento.
- Estratégias empregadas para o controle da PA.

Dos 89 pacientes hipertensos em abandono de seguimento, no CSE, foram entrevistados 50 (56,1%). Trinta e nove (43,82%) não foram entrevistados pelas seguintes razões: não-localização (31), recusa (três), falta de condições físicas (dois), óbito (dois) e relato e comprovação de que não havia abandonado o seguimento médico no CSE (um).

A localização e o contato prévio com os pacientes foram realizados por uma auxiliar de pesquisa, devidamente treinada para expor-lhes os objetivos da entrevista e agendá-la. Os contatos foram feitos, quando possível, por telefone ou por visita domiciliar.

Os pacientes não encontrados pela auxiliar de pesquisa e aqueles que, a princípio, não demonstraram interesse em participar do estudo, foram, novamente, contatados, por visita domiciliar, pela pesquisadora e entrevistados, no momento da visita, ou agendados para outro dia, conforme disponibilidade dos mesmos.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, iniciando-se em 15 de fevereiro de 2000 e sendo concluídas em 27 de março de 2000. Foram, em sua grande maioria, realizadas no domicílio do entrevistado. Apenas três pessoas preferiram que a entrevista ocorresse no seu local de trabalho e, dois, preferiram ser entrevistados no CSE.

As informações foram anotadas à medida que iam sendo prestadas, procurando-se registrá-las *verbatim*.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CLÍNICAS

O procedimento, no início de cada entrevista, foi sempre o mesmo, com: identificação da pesquisadora (em muitos casos já conhecida do entrevistado), explicação dos objetivos da pesquisa e solicitação da concordância para a mesma mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV) e garantia de sigilo de identidade do sujeito. O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado em 02 de agosto de 1999, pela Comissão de Ética em Pesquisa da faculdade de Medicina de Botucatu.

No final da entrevista, a pesquisadora respondeu às perguntas que lhe foram formuladas, realizou orientações sobre a doença, o tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, as conseqüências do não-tratamento e, ainda, a importância da aderência ao mesmo e ao seguimento no serviço de saúde, reforçando um ou outro aspecto, conforme necessidades individuais. Verificou, também, a pressão arterial de todos os entrevistados, a fim de atender essa expectativa dos mesmos e encaminhou vários deles para agendamento no CSE e, três pacientes, para consulta médica, por apresentarem nível pressórico muito elevado, acompanhado de sintomatologia.

3. ANÁLISE QUALITATIVA

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para o tratamento das respostas dos entrevistados às questões abertas do formulário (BARDIN, 1997).

Dentre as diferentes modalidades de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática, que consiste, segundo BLANCHET e GOTMAN (1992), em fazer um recorte transversal do *corpus*, tendo o tema como unidade de recorte, desfazendo-se a

singularidade do discurso, e recortando-se, o que, de uma entrevista à outra, se refere ao mesmo tema.

Procedeu-se a um recorte transversal do *corpus*, constituído pelo conjunto das respostas dadas às perguntas do formulário, tendo o tema como unidade. Este procedimento analítico envolveu os passos relatados abaixo:

- Leitura de todas as perguntas e respostas, com o objetivo de rever o seu conteúdo.
- Leitura, em separado, das falas dos pacientes, correspondentes a cada pergunta ou grupo de perguntas abertas, que se referiam ao mesmo tema, destacando e inventariando as unidade de análise.
- Agrupamento das unidades de análise por similaridade dos sentidos das suas mensagens (temas), classificando-as em categorias.
- Definição do título da categoria em função do núcleo da sua mensagem.
- Análise categorial com base na presença e frequência dos conteúdos manifestos nas falas.

A construção das categorias, conforme descrito, ocorreu sempre após a leitura das entrevistas, sendo o núcleo de sentidos das mensagens recuperado a partir das mesmas e em função da problemática estudada.

4. ANÁLISE QUANTITATIVA

Os dados quantitativos, obtidos na primeira etapa do estudo, foram codificados e lançados em uma planilha no programa Excell.

O estudo descritivo das variáveis qualitativas foi realizado pela distribuição freqüencial, cujos resultados estão apresentados pelas freqüências absoluta e relativa percentual. Para as variáveis quantitativas, utilizaram-se medidas de posição e variabilidade (PADOVANI, 1995).

No estudo analítico, utilizaram-se os testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis ou Mann-Withney, para comparação dos grupos, em relação às variáveis quantitativas (SIEGEL e CASTELLAN JUNIOR, 1988), e o teste de Goodman (GOODMAN, 1964, 1965), para contrastes dentro e entre populações multinomiais, quando a variável era uma resposta categorizada.

Para o resultado estatístico do teste de Goodman, foram empregadas letras minúsculas e maiúsculas na indicação das significâncias das comparações. Na comparação entre grupos, foram utilizadas letras minúsculas, da seguinte forma: duas proporções seguidas de, pelo menos, uma mesma letra minúscula não diferem ($P > 0,05$) quanto às ocorrências dos grupos na categoria da resposta fixada. Na comparação dentro do grupo, entre categorias de resposta, foram utilizadas letras maiúsculas. Da mesma forma, duas proporções seguidas de, pelo menos, uma mesma letra maiúscula não diferem ($P > 0,05$) quanto à ocorrência das respostas das categorias, dentro do grupo considerado.

Todas as discussões foram realizadas utilizando-se o nível de 5% de significância.

1º rodapé¹

2º rodapé²

3º rodapé³

¹ Na introdução

² Na metodologia

³ Na metodologia

IV. RESULTADOS

1. ABANDONO DO SEGUIMENTO MÉDICO DA COORTE

1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA COORTE

Dos 192 hipertensos que compunham a coorte de pacientes, observou-se que 109 (56,8%) eram do sexo feminino e 83 (43,2%) do masculino, predominando os pacientes com 60 anos ou mais, 77 (40,1%), seguidos dos que tinham idade entre 50 a 59 anos, 50 (26,0%). Apenas 10 pacientes (5,2%) tinham menos que 30 anos.

Com relação ao estado civil, houve predomínio de pessoas casadas, 137 (71,4%), em relação às viúvas, 36 (18,7%), solteiras, 10 (5,2%), e separadas, 09 (4,7%).

Observou-se, quanto ao nível de escolaridade, que a maioria, 142 (73,9%), tinha baixo nível, embora 31 pacientes (16,1%) tivessem alto nível.

Houve predomínio de indivíduos que não trabalhavam, 110 (57,3%), sobre os que trabalhavam, 73 (38,0%) (tabela 1).

TABELA 1: Distribuição dos hipertensos com diagnóstico de HA, no CSE, no ano de 1995, segundo variáveis sociodemográficas, Botucatu, 2001.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
	Nº (n = 192)	%
SEXO		
Masculino	83	43,2
Feminino	109	56,8
IDADE		
< 30 anos	10	5,2
30 a 39 anos	19	9,9
40 a 49 anos	36	18,8
50 a 59 anos	50	26,0
60 anos e mais	77	40,1
ESTADO CIVIL		
Casado	137	71,3
Viúvo	36	18,8
Solteiro	10	5,2
Separado	09	4,7
ESCOLARIDADE		
Baixo nível	142	74,0
Nível médio	19	9,9
Nível alto	31	16,1
CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO		
Não trabalhavam	110	57,3
Trabalhavam	73	38,0
Sem informação	09	4,7
TOTAL	192	100,0

1.2. TAXAS DE ADERÊNCIA E DE ABANDONO

Observando-se a frequência do comparecimento à consulta médica dos 192 pacientes estudados, encontrou-se uma taxa de abandono de 46,4% (89 pacientes) e de aderência de 53,6% (103 pacientes). Entre os aderentes, distinguiram-se dois grupos de pacientes: os que nunca abandonaram o seguimento (GAD), correspondendo a 32,3% (62 pacientes), e os que abandonaram, mas voltaram a freqüentar o serviço (GAB/AD), correspondendo a 21,3% (41 pacientes).

Cerca de um terço (34,9%) dos abandonos do GAB ocorreu no primeiro mês de acompanhamento, sendo 21,4% após a primeira consulta médica com diagnóstico de HA; mais da metade dos abandonos (59,6%) ocorreu no primeiro semestre de acompanhamento e, aproximadamente, dois terços (74,2%) até o final do primeiro ano. A taxa de abandono tendeu a decrescer com o passar do tempo de seguimento (tabela 2).

TABELA 2: Distribuição dos hipertensos segundo o tempo decorrido entre a primeira consulta médica com diagnóstico de HA e o abandono, Botucatu, 2001.

TEMPO	GRUPO DE ESTUDO								
	GRUPO AB			GRUPO AB/AD			TOTAL		
	Nº	%	%ac	Nº	%	%ac	Nº	%	%ac
Consulta única	19	21,4	21,4	5	12,2	12,2	24	18,5	18,5
1 mês	12	13,5	34,9	5	12,2	24,4	17	13,1	31,6
2 a 6 meses	22	24,7	59,6	6	14,6	39,0	28	21,5	53,1
7 a 12 meses	13	14,6	74,2	7	17,1	56,1	20	15,4	68,5
13 a 24 meses	13	14,6	88,8	13	31,7	87,8	26	20,0	88,5
25 a 36 meses	6	6,7	95,5	5	12,2	100,0	11	8,5	97,0
37 a 43 meses	4	4,5	100,0	-	0,0	0,0	4	3,0	100,0
TOTAL	89	100,0	100,0	41	100,0	100,0	130	100,0	100,0

No GAB/AD, ao contrário do GAB, observou-se que a taxa de abandono tendeu a crescer até atingir o maior percentual de abandono (31,7%) que ocorreu do 13º. ao 24º. mês de seguimento e após esse período, decresceu (tabela 2).

Na tabela 3, apresenta-se a análise estatística que indicou ser significante a diferença entre o tempo decorrido para a ocorrência do abandono no GAB/AD e no GAB ($P < 0,05$).

TABELA 3: Medidas descritivas do tempo (meses) entre a primeira consulta médica no CSE, com diagnóstico de HA, e o abandono.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPOS	
	Abandono	Abandono aderente
Mínimo	0,00	0,00
Q1	0,40	2,00
Mediana	3,00 a	11,00 b
Q3	13,00	18,00
Máximo	43,00	32,00
Resultado do teste estatístico*	1,98 (P < 0,05)	

* Mann-Withney

1.3. DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS GRUPOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A análise dos grupos segundo sexo, idade, estado civil e escolaridade mostrou não haver diferenças estatisticamente significativas entre eles (tabela 4).

Quanto à condição de ocupação, pode-se perceber uma significativa predominância de pacientes que trabalhavam no GAB em relação ao GAD e ao GAB/AD, entre os quais a distribuição para esta condição foi semelhante.

TABELA 4: Distribuição de hipertensos segundo grupo de estudo, sexo, idade, estado civil, escolaridade e condição de ocupação, Botucatu, 2001.

GRUPOS	SEXO					Total (%)
	Masculino (%)		Feminino (%)			
GAD	40,3 a A		59,7 a B			62
GAB	40,4 a A		59,6 a B			89
GAB/AD	53,7 a A		46,3 a A			41
IDADE						
	< 30 (%)	30 a 39 (%)	40 a 49 (%)	50 a 59 (%)	≥ a 60 (%)	Total (%)
GAD	0,0 a A	6,5 a AB	17,7 a BC	32,3 a CD	43,5 a D	62
GAB	6,7 a A	14,6 a A	19,1 a AB	23,6 a AB	36,0 a B	89
GAB/AD	9,8 a A	4,9 a A	19,5 a AB	22,0 a AB	43,9 a B	41
ESTADO CIVIL						
	Solteiro (%)	Casado (%)	Viúvo (%)	Separado (%)		Total (%)
GAD	3,2 a A	67,7 a C	24,2 a B	4,8 a A		62
GAB	6,7 a A	68,5 a C	19,1 a B	5,6 a A		89
GAB/AD	4,9 a A	82,9 a B	9,8 a A	2,4 a A		41
NÍVEL DE ESCOLARIDADE						
	Baixo Nível (%)		Nível Médio (%)	Alto Nível (%)		Total (%)
GAD	80,65 a B		9,68 a A	9,68 a A		62
GAB	68,54 a B		10,11 a A	21,35 a A		89
GAB/AD	75,61 a B		9,76 a A	14,63 a A		41
CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO						
	Não trabalhavam (%)		Trabalhavam (%)			Total (%)
GAD	73,3 b B		26,7 a A			60
GAB	47,6 a A		52,4 b A			84
GAB/AD	66,7 b B		33,3 a A			39

CARACTERÍSTICAS DO SEGUIMENTO MÉDICO

Foram estudadas as seguintes características do seguimento médico, no CSE: concentração de retornos solicitados, percentual de agendamento dos retornos solicitados e número de médicos que atenderam o paciente.

A comparação dos grupos quanto à concentração de retornos solicitados (tabela 5) revelou uma concentração de retornos equivalente nos GAB e GAB/AD e maior que no GAD ($P < 0,01$).

TABELA 5: Medidas descritivas da concentração de retornos (número de retornos/tempo em meses) e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente	Abandono	Abandono aderente
Mínimo	0,18	0,00	0,00
Q1	0,23	0,40	0,35
Mediana	0,26 a	0,85 b	0,52 b
Q3	0,32	4,29	1,00
Máximo	0,44	21,43	6,00
Resultado do teste estatístico*	78,15 ($P < 0,01$)		

* Kruskal-Wallis

A tabela 6 indica a comparação dos grupos quanto ao percentual de agendamentos dos retornos solicitados. Observou-se que o GAB apresentou um maior percentual de agendamento de retornos em relação ao GAD ($P < 0,01$).

TABELA 6: Medidas descritivas do percentual de retornos agendados pelo serviço e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente (%)	Abandono (%)	Abandono aderente (%)
Mínimo	50,00	0,00	0,00
Q1	66,70	80,00	77,80
Mediana	76,90 a	100,00 b	85,70 ab
Q3	81,30	100,00	100,00
Máximo	95,70	100,00	100,00
Resultado do teste estatístico *		36,62 (P < 0,01)	

* Kruskal-Wallis

Os GAB e GAB/AD apresentaram níveis equivalentes entre si e maiores que o GAD na comparação dos mesmos quanto à relação maior número de médicos que atenderam o paciente e tempo de frequência (P < 0,01) (tabela 7).

TABELA 7: Medidas descritivas da relação número de médicos que atenderam o paciente pelo tempo de frequência (meses) ao CSE e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente	Abandono	Abandono aderente
Mínimo	0,02	0,04	0,03
Q1	0,06	0,15	0,14
Mediana	0,08 a	0,52 b	0,20 b
Q3	0,11	2,50	0,92
Máximo	0,17	12,86	3,00
Resultado do teste estatístico*	71,72 (P < 0,01)		

*Kruskal-Wallis

CARACTERÍSTICA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO SEGUIMENTO MÉDICO

A característica analisada foi a relação número de faltas aos retornos solicitados e o tempo de frequência ao serviço.

Observou-se que o grupo GAB apresentou a maior relação número de faltas dividido pelo tempo de frequência que os demais grupos. O GAB/AD, por sua vez, apresentou maior relação que o GAD (P < 0,01) (tabela 8).

TABELA 8: Medidas descritivas da relação número de faltas aos retornos solicitados e tempo (meses) de frequência ao CSE e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente	Abandono	Abandono aderente
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Q1	0,02	0,07	0,00
Mediana	0,04 a	0,29 c	0,10 b
Q3	0,06	2,14	0,50
Máximo	0,13	5,00	3,00
Resultado do teste estatístico*		49,70 (P < 0,01)	

*Kruskal-Wallis

CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO PRESCRITO

As características estudadas foram: número máximo de medicação AH prescrita, no CSE; número máximo de tomadas/dia da medicação AH prescrita, no CSE, e número máximo de medicação de uso contínuo prescrita, no CSE, no período freqüentado, anterior ao abandono.

Os grupos não mostraram diferenças quanto ao maior número de medicamentos AH prescritos ($P > 0,05$) (tabela 9).

TABELA 9: Medidas descritivas do número máximo de medicamentos AH prescritos, no CSE, e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente (Nº)	Abandono (Nº)	Abandono aderente (Nº)
Mínimo	0	0	0
Q1	1	1	1
Mediana	1 a	1 a	1 a
Q3	2	1	2
Máximo	4	3	3
Resultado do teste estatístico*	5,90 (P > 0,05)		

* Kruskal-Wallis

A comparação dos grupos quanto ao maior número de tomadas/dia de medicação AH prescrita, no CSE (tabela 10), revelou que o GAD apresentou maior número de tomadas/dia que os demais, que apresentaram números de tomadas/dia iguais ($P < 0,01$).

TABELA 10: Medidas descritivas do número máximo de tomadas ao dia dos medicamentos AH prescritos, no CSE, e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente (Nº)	Abandono (Nº)	Abandono aderente (Nº)
Mínimo	0	0	0
Q1	1	1	1
Mediana	2 b	1 a	1 a
Q3	3	2	2
Máximo	6	5	5
Resultado do teste estatístico*	9,73 (P < 0.01)		

*Kruskal-Wallis

A Tabela 11 indica a comparação dos grupos segundo o maior número de medicamentos de uso contínuo prescritos, no CSE. Observou-se que o GAD apresentou maior número de medicamentos de uso contínuo prescritos que os demais (P < 0,01).

TABELA 11: Medidas descritivas do número máximo de medicamentos de uso contínuo prescritos, no CSE, e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente (Nº)	Abandono (Nº)	Abandono aderente (Nº)
Mínimo	0	0	0
Q1	0	0	0
Mediana	1 b	0 a	0 a
Q3	2	1	1
Máximo	4	4	3
Resultado do teste estatístico*	12,85 (P < 0,01)		

*Kruskal-Wallis

NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS DIAGNOSTICADAS

A comparação dos grupos segundo o número de doenças crônicas (tabela 12) revelou que os GAD e GAB/AD apresentaram um número de doenças equivalente entre si e maior que o do GAB (P <0,01).

TABELA 12: Medidas descritivas do número de doenças crônicas associadas e respectivo resultado do teste da comparação dos grupos.

MEDIDA DESCRITIVA	GRUPO		
	Aderente (Nº)	Abandono (Nº)	Abandono aderente (Nº)
Mínimo	1	0	3
Q1	5	2	4
Mediana	7 b	3 a	6 b
Q3	10	5	8
Máximo	17	15	17
Resultado do teste estatístico*	50,72 (P < 0,01)		

* Kruskal-Wallis

2. ESTUDO DOS MOTIVOS DO ABANDONO DO TRATAMENTO

2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENTREVISTADOS

A tabela 13 apresenta algumas características sociodemográficas dos 50 hipertensos pertencentes ao GAB que foram entrevistados.

A maioria (62,0%) era do sexo feminino e 38,0% do masculino, predominando os pacientes com 60 anos ou mais (28,01%), seguidos dos que tinham idade entre 40 a 49 anos, (26,0%). Apenas três pacientes (6,0%) tinham menos que 30 anos.

Mais de dois terços (78,0%) eram casados.

O nível de escolaridade predominante foi baixo (64,0%), embora 24,0% tivessem nível alto.

Com relação à condição de ocupação, o percentual de entrevistados que trabalhavam, 52,0%, foi discretamente maior que o dos que não trabalhavam, 48,0% (tabela 13).

Dos sujeitos não-ativos, sete (dois homens e cinco mulheres) eram aposentados, 16 (mulheres) do lar e um (homem) inválido.

Quanto à ocupação, os homens eram lavradores (três), trabalhadores da construção civil (três), comerciantes (três), prestadores de serviços gerais (dois), motorista (um), policial militar (um), advogado (um), protético (um) e gerente financeiro (um). As mulheres exerciam as seguintes atividades: em áreas sociais como saúde e educação (quatro), empregadas domésticas (três), cozinheira (uma), copeira (uma) e costureira (uma).

TABELA 13: Distribuição dos pacientes em abandono de seguimento médico, no CSE, entrevistados, segundo variáveis sociodemográficas, Botucatu, 2001.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
	Nº (n = 50)	%
SEXO		
Masculino	19	38,0
Feminino	31	62,0
IDADE		
< 30 anos	02	6,0
30 a 39 anos	08	16,0
40 a 49 anos	13	26,0
50 a 59 anos	12	24,0
60 anos e mais	14	28,0
ESTADO CIVIL		
Casado	39	78,0
Viúvo	06	12,0
Separado	03	6,0
Solteiros	02	4,0
ESCOLARIDADE		
Baixo nível	32	64,0
Nível médio	06	12,0
Nível alto	12	24,0
CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO		
Trabalhavam	26	52,0
Não Trabalhavam	24	48,0
TOTAL	50	100,0

2.2. MOTIVO DE PROCURA DO SERVIÇO

Para a maioria dos entrevistados, 31, a sensação de desconforto físico foi o motivo mais relevante. Outras 12 pessoas relataram ter ido em busca de tratamento, seis foram à procura de serviços oferecidos pelo CSE ou de determinado profissional e uma pessoa relatou não se lembrar do motivo que a levou a procurar o serviço.

A sensação de desconforto físico foi expressa pelo relato de sintomas como tontura, mal-estar, falta de ar, dor nas pernas, batadeira, turvação da visão e alteração da temperatura corporal, relacionados ou não a HA, sendo ou não associados, pelos sujeitos, a HA.

Nove entrevistados relataram sintomas relacionando-os à HA, referindo-se a essa condição como já conhecida, ou da qual acreditavam ser portadores. Outros, além de apontarem sintomas que relacionavam à HA, apontaram, ainda, disfunções em partes do corpo ou órgãos e/ou outras doenças como condições já conhecidas, conforme os relatos abaixo:

“Sentia frio e tremedeira, já sabia que era pressão alta” (José Pedro).

“Só via vulto. Quando a pressão estava alta, sentia batimento, parecia o coração saindo do lugar” (Francisca).

“Procurei porque tinha tontura. Pensei que tinha pressão alta” (Nicola).

“Sentia tontura e dor de cabeça. Eu tinha ácido úrico, colesterol, triglicérides e problema de creatinina. Já sabia que era hipertenso” (Sérgio).

Outros entrevistados referiram, dentre diversos sintomas, alguns que poderiam estar associados à HA, como: dor na nuca, tontura, afogamento no pescoço e outros, porém, não estabeleciam qualquer associação desses sintomas com a HA. Alguns referiram, também, outros sintomas não relacionados à HA, conforme segue abaixo:

“Procurei porque eu tomava muita água, coisas doces como refrigerante. Tinha muita vontade de tomar coisas doces” (Manoel).

A **busca por tratamento** exclusivamente da HA, ou tratamento da HA e outras doenças ou, ainda, para tratamento de outras doenças foi relatada por várias pessoas como razão da procura pelo serviço. Nesses relatos não apareceram descrições de sintomas:

“Pra fazer tratamento de pressão alta. Achava que tinha pressão alta” (Aparecida).

“Procurei porque minha irmã e meu marido consultavam com o Dr. X e me pediram para eu consultar com ele também, porque eu tinha pressão alta. Eu não sentia nada, mas já sabia que tinha pressão alta” (Lucilene).

“Eu caí de um andaime e bati a costela, e vim ver o que tinha acontecido. Eu achava que tinha quebrado a costela” (Antonio Carlos).

A procura pelos serviços oferecidos pelo CSE ou por um determinado profissional: foi identificada, como motivo, a busca de ações preventivas, curativas ou de reabilitação, prestadas pelo serviço, tais como a realização de exame papanicolau, pré-natal e aplicação de tratamentos, bem como a busca por atendimento com um determinado profissional, que atuava no CSE.

“Fui fazer pré-natal. A médica me encaminhou para a clínica geral... a pressão estava alta” (Simone).

“Procurei para fazer o Papanicolau. Ao medirem minha pressão, verificaram que estava alta e me encaminharam para o adulto”. [Área de assistência à saúde do adulto] (Linda).

Natalina e Raul já estavam em tratamento e procuraram o CSE para tomar injeção. Interessante notar que o atendimento nessa área é realizado por auxiliar de enfermagem, que os encaminhou para avaliação médica, possibilitando o diagnóstico da HA, conforme nos relatou Raul:

“Procurei pra tomar benzetacil, quando amputei um dedo do pé. D. Z me mandou passar por consulta” (Raul).

“Fui pra tomar injeção pra anemia” (Natalina).

A procura por um profissional específico pode ser observada em alguns relatos, como no que se segue:

“Meu marido era atendido com o Dr. X e eu quis consultar com ele também, porque gostava muito dele” (Lúcia).

Observou-se que, não mais existindo algumas das razões que motivaram os entrevistados a procurar o serviço, isso pode ter motivado essas pessoas a abandonar o seguimento no CSE. Assim, a remissão de sintomas físicos, a normalização da PA e, até mesmo, o afastamento do serviço do profissional que foi especificamente procurado, podem ter sido a razão do abandono constatado.

2.3. CONHECIMENTO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Indagados sobre a concepção que tinham da doença, dos 50 entrevistados, apenas 13 relataram que não sabiam, ou não sabiam explicar o que era a HA.

Os relatos dos entrevistados não apresentaram uma definição para a HA, mas expressaram uma **explicação para o seu aparecimento**. Assim, causas emocionais e situações de conflitos foram expressas nas seguintes falas:

“Acho que o nervoso faz a pressão subir” (Zira).

Alguns sujeitos, como Maria de Fátima e Marília, apresentaram situações pessoais em que estabeleciam relação causal entre o nervoso e HA.

“Eu acho que é nervoso, porque eu passei muito nervo na minha vida”

(Maria de Fátima).

“A minha é emocional. Quando tenho qualquer coisa, ela sobe. [a pressão].

Meu problema é ansiedade” (Marília).

“Eu acho que é muito nervosismo, na minha situação. Normalmente a

situação financeira me deixa muito nervoso” (Antonio Carlos).

Fatores de risco, como certo tipo de alimentação, uso de álcool e fumo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, além de outros, como a idade e a hereditariedade, foram utilizados para descrever a HA.

“Eu não sei se é sal, que a gente come comida salgada. O sal faz a pressão

subir” (Francisca).

“Eu acho que é gordura, cigarro. A gente é meia parada e é herança da

minha mãe” (Aparecida).

“A pressão é da bebida” (Romeu).

“Não sei o que é esse negócio não. Eu fumo bastante” (José Pedro).

Observou-se, nos relatos acima, que os sujeitos associam fatores de risco pessoais à HA, o que, em certa parte, pode denotar uma culpabilização pelo processo causal da doença.

Outros entrevistados utilizaram uma **explicação envolvendo mecanismos fisiológicos** para falar sobre o que era HA, expressando problemas, distúrbios ou alterações nesses mecanismos. Interessante notar que algumas falas incorporam termos técnicos na apresentação das concepções.

“Pra mim é o sangue que está muito grosso e não circula direito” (Helena).

“É quando a artéria fecha, não é?” (Raul).

“É quando acontece a sístole e a diástole, a força do sangue passando na parede das veias e artérias está num ritmo que não é aquele normal” (José).

Para Sérgio, o distúrbio se dá no metabolismo:

“É um distúrbio do metabolismo do triglicérides e do colesterol” (Sérgio).

A sensação de desconforto físico, que apareceu como razão da procura pelo serviço, reapareceu na expressão da concepção da HA, conforme os relatos:

“Eu não posso pisar no chão, quando piso, parece que estou voando na lua. Tenho tontura” (Maria Francisca).

“A gente se sente mal” (Silvia).

Genival enumera **complicações da HA** para apresentar seu conceito da doença:

“Ela pode acarretar uma morte súbita ou a pessoa ficar na cama doente”
(Genival).

Essas respostas foram, na sua maioria, mutuamente exclusivas, pois apenas três pessoas associaram explicação relativa a emoções, hábitos de vida e envolvendo mecanismos fisiológicos.

“Algum distúrbio biológico com referência ao coração. Pode ser genético, hereditário” (Sebastião).

“Eu acho que é nervo que a gente passa, sangue grosso” (Marlene).

“Pressão tem a ver com circulação. Se a gente come uma carne seca, sente que interfere” (Nilza).

Com relação à **cura ou controle da doença**, dois terços dos sujeitos (39) responderam que a HA não tem cura, mas tem controle; oito, que tem cura; dois, que não sabiam, e um, apresentou o seguinte relato:

“Quando eu me sinto melhor, me sinto curada, mesmo que eu saiba que a doença não foi curada” (Ana).

Este relato reflete a concepção que Ana tem de saúde-doença, quando associa melhora com cura — *“quando me sinto melhor, me sinto curada”* —, ao mesmo tempo em que denota seu aparente conhecimento a respeito do aspecto incurável da HA, quando disse: *“... mesmo que eu saiba que a doença não foi curada”*.

Destacamos, também, o relato de Carmelino que, apesar de ter vivenciado um derrame há 15 anos atrás, enfatiza sua resposta:

“Tem cura. Até serei” (Carmelino).

Quando lhes foi perguntado sobre as **consequências do não-tratamento**, observou-se que, pelo menos, uma complicação foi apontada por 42 dos entrevistados. Apenas oito deles não souberam enumerar alguma consequência.

O derrame e o infarto foram as complicações mais relatadas: 18 (36,0%) referiram ambas; seis (12,0%), infarto; seis (12,0%), derrame; quatro (8,0%), infarto e outras; quatro (8,0%), infarto, derrame e outras, e dois (4,0%), derrame e outras. Problemas renais foram relatados, apenas, por dois sujeitos, e os oculares, por um.

As outras complicações relatadas foram: invalidez, perda da sexualidade, problemas cardíacos, aneurisma e morte.

Com relação ao conhecimento dos entrevistados sobre a HA, pode-se observar que eles demonstraram, de maneira geral, ter informações adequadas sobre essa condição, embora, às vezes, restritas.

2.4. COMUNICAÇÃO USUÁRIO-SERVIÇO DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DE INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Apenas sete pessoas relataram não ter recebido diagnóstico de HA, destas, seis relataram diagnóstico de outras doenças e Natalina relatou que o médico não lhe disse nada.

“O médico disse que eu tinha obesidade... ele não tratou da minha pressão. Nunca tocou nisso. Eu é que tomava o moduretic, quando achava que a pressão subia” (Antonio).

“O médico disse que eu tinha intoxicação pelos produtos químicos. Não fui informada nas consultas, no centro de saúde, que eu tinha pressão alta, eu não sabia” (Sueli).

“O médico não me falou nada” (Natália).

Esses relatos sugerem **falhas na comunicação do diagnóstico**, uma vez que, embora tenha sido registrado, pelo médico, no prontuário, o diagnóstico de HA, os pacientes referiram não terem sido informados, e, se o foram, não parece ter havido uma verificação de como essa informação foi recebida.

Nos outros casos, possivelmente, pode ser que os usuários estivessem mais preocupados com o tratamento de outras doenças, ou alívio de sintomas, e tenham ficado mais atentos a essas questões do que para o diagnóstico de HA, uma vez que três pacientes não referiram ter recebido diagnóstico de HA, embora tenham relatado prescrição de tratamento para HA.

Treze pessoas relataram ter recebido outros diagnósticos além do de HA, como os de diabetes, colesterol alto, problema de coração, de coluna, hanseníase e outros.

“O médico disse que eu tinha diabetes e pressão alta” (Manoel).

“O médico disse que eu tinha MH [Hanseníase] e pressão alta” (Raul).

A maioria dos entrevistados 32 (64,0%) relatou ter recebido algum tipo de informação sobre a HA, assim como: o que é, as consequências do não-tratamento, sobre cura ou não, sobre os remédios prescritos, e 18 (36,0%) não se lembraram se receberam informações ou relataram não ter recebido.

Ressalta-se que, entre esses, vários tiveram um contato pequeno com o serviço ou tiveram uma única consulta ou, ainda, freqüentaram o serviço por, no máximo, três meses.

Os relatos sugerem que o médico informou mais que o funcionário de enfermagem que atuava na pós-consulta, e que, excetuando-se a comunicação do diagnóstico de HA, as complicações do não-tratamento foram as informações mais fornecidas (50,0%), seguidas das informações sobre cura, ou não, da doença (40,0%) (quadro 1).

A informação sobre os remédios prescritos foi relatada como tendo sido a mais freqüentemente dada pelo funcionário de enfermagem, sendo referida por 14 entrevistados (28,0%) (quadro 1). Apesar disso, considera-se que essa informação foi pouco freqüente, uma vez que, até meados de 1998, era na pós-consulta que se forneciam os medicamentos, no CSE, fato que deveria facilitar a ocorrência dessa informação.

APRESENTAÇÃO DE DÚVIDAS

Observou-se que 22 entrevistados (44,0%) apresentaram suas dúvidas relacionadas à HA aos profissionais médicos e/ou de enfermagem, bem como 22 sujeitos (44,0%) não as apresentaram. Com relação a outras dúvidas, não relacionadas à HA, metade das pessoas (25) apresentou-as a esses profissionais e 19 (38,0%) não as apresentaram.

Comparando-se as respostas sobre a apresentação de dúvidas a respeito da HA, observou-se que o médico foi mais procurado (20 sujeitos) do que a enfermagem (cinco sujeitos). O mesmo observou-se em relação à apresentação de dúvidas não relacionadas à HA: 23 sujeitos apresentaram-nas ao médico, enquanto que, somente, seis à enfermagem (tabela 14).

TABELA 14: Distribuição dos entrevistados segundo relato da apresentação de dúvidas ao médico e ao funcionário de enfermagem da pós-consulta, e tipo de dúvida, Botucatu, 2000.

APRESENTAÇÃO DE DÚVIDAS	TIPO DE DÚVIDAS							
	Relacionadas à HA				Não relacionadas à HA			
	Médico		Enfermagem		Médico		Enfermagem	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	20	40,0	5	10,0	23	46,0	6	12,0
Não	26	52,0	37	74,0	24	48,0	37	74,0
Outra resposta*	4	8,0	8	16,0	3	6,0	7	14,0
TOTAL	50	100,0	50	100,0	50	100,0	50	100,0

*Não se lembrou; quase tudo; a PA só subiu uma vez; para um médico sim e, para outro, não; perguntou, às vezes, e não foi atendido na pós-consulta.

MOTIVOS DA NÃO-APRESENTAÇÃO DE DÚVIDAS

A análise das razões relatadas para a não-apresentação de dúvidas ao médico e/ou ao funcionário de enfermagem que atuava na pós-consulta apontou para, basicamente, quatro categorias de motivos: uma relacionada ao modelo assistencial vigente, incluindo a organização e estrutura dos atendimentos médicos e de enfermagem; a segunda referia-se à insatisfação com a relação médico-paciente; a terceira englobou as razões e/ou justificativas de ordem pessoal, e, na quarta, os entrevistados relataram ausência de dúvidas.

O modelo assistencial medicocêntrico, no qual a assistência é centralizada na figura do médico — que ocupa papel de destaque em relação aos outros membros da equipe de saúde —, bem como na relação com o paciente, mostrou ser um forte motivo para a não-apresentação de dúvidas dos entrevistados aos profissionais.

Entre os 17 sujeitos que apresentaram suas dúvidas ao médico e não as apresentaram à enfermagem, alguns relatos justificaram a não-apresentação de suas dúvidas ao funcionário de enfermagem pela **suficiência das explicações fornecidas pelo médico**, e em alguns casos, devido à **eliminação das dúvidas**, demonstrando, ao mesmo tempo, satisfação com o atendimento e reconhecimento do papel central do médico na equipe de saúde.

“Eu achei que não havia necessidade, [de apresentar dúvidas à enfermagem], pois o médico já tinha esclarecido tudo dentro do consultório” (Sílvia).

“Não tinha dúvida, o médico orientava bem” (Amanda).

Outros revelaram, claramente, a **eleição do médico, como profissional competente, para o esclarecimento de suas dúvidas:**

“Achava que o que tinha que perguntar era para o médico” (Lúcia).

“Porque eu já tinha tido a consulta com o médico e tudo o que eu tinha que perguntar, perguntava pra ele” (Elvira).

O **desconhecimento do papel educativo do funcionário de enfermagem da pós-consulta** e, novamente, a reafirmação dessa ação como de competência do médico foram expressos nos relatos de Nilza e Salete:

“Eu não sabia até que ponto eles eram esclarecidos pra isso. Eu mesmo me limitava a perguntar só pra Z [médico]” (Salete).

“Não sabia que os funcionários poderiam tirar dúvidas. Achava que só o médico poderia” (Nilza).

José, além de valorizar a ação educativa enquanto papel do médico, expressou **descrédito na capacidade da enfermagem em realizá-la.**

“Perguntar alguma coisa pra quem não entende, se tem um médico que já te falou aquilo? Você pode obter uma informação errada” (José).

Observou-se, nesses relatos, valorização e satisfação com as explicações fornecidas pelo médico. Em contraposição, outros entrevistados, que não apresentaram suas dúvidas ao médico, apontaram **a não-abertura do diálogo médico-paciente** como razão da não-apresentação de suas dúvidas, expressa na rapidez do atendimento e, em alguns relatos, justificada pelo próprio paciente, pela falta de tempo em função do número de clientes que aguardavam atendimento.

“Porque a consulta foi muito rápida e não deu tempo de perguntar”
(Helena).

“Não sei, não teve tempo pelo fato de ter muita gente lá fora esperando”
(José).

A descrição do atendimento médico, bem como do atendimento na pós-consulta, refletindo a **estrutura de funcionamento e organização do serviço**, também foi apontada como desfavorecendo o diálogo e, assim, levando os entrevistados a não apresentarem suas dúvidas.

“O médico faz a consulta, dá a receita e não dá pra perguntar” (Raul).

“Porque eu entregava [o prontuário], marcava [retorno e/ou exames] e ia embora” (Simone).

A **insatisfação com a relação médico-paciente ou conflitos nessa relação** motivaram alguns entrevistados a não apresentarem suas dúvidas ao médico e, no caso de Miriam, nem à enfermagem.

“Não gostei do jeito dele. Eu falei que tomei propranolol por conta e ele [o médico] falou grosso comigo” (Simone).

“Pela maneira que o médico falou comigo. Já me retraí e não quis saber de mais nada” (Miriam).

Conforme veremos a seguir, a relação médico-paciente foi relatada, também, como causa do abandono de seguimento no CSE.

Razões localizadas no próprio sujeito: incluíram-se, nesta categoria, todos os relatos que expressaram características pessoais, como, por exemplo: timidez e acanhamento, situações ou condições pessoais, doença, pressa, falta de tempo, sentimentos de medo e vergonha, outras motivações e opção pessoal.

Razões relacionadas à enfermagem:

“Eu não sei, eu me acanho um pouco, sou tímida. Não sei se era ansiedade também” (Ana).

“Eu não pergunto porque eu tenho vergonha” (Aparecida).

“Não tinha tempo, fazia tudo correndo” (Maria de Fátima).

Razões relacionadas ao médico:

“Algumas coisas eu não consegui perguntar. Eu tinha medo de ser enfadonha. Isso é do meu jeito de ser” (Lucilene).

“Na hora eu fico nervoso e não passa pela cabeça perguntar nada” (Aparecido).

“Porque ficava muito nervoso de perguntar. M. Por quê? Ficava com medo do médico falar e eu não entender” (José Pedro).

“Eu estava mais preocupada com a saúde do meu marido que com a minha” (Maria de Fátima).

“Só tinha dor no joelho, eu só falei isso pra ele” (Alina).

Ausência de dúvidas ou suficiência das informações prestadas também foram relatadas como causas da não-apresentação de dúvidas aos profissionais médicos e de enfermagem.

“Eu não tinha dúvidas” (Luís).

“Eu achava que as explicações que me davam eram suficientes” (Alberto).

“Eu não perguntava nada. Ele [o médico] que me explicava tudo. Não tinha dúvida” (Romeu).

Considerando-se os indicadores de comunicação utilizados, observou-se que fatores relacionados a tais indicadores, como o modelo assistencial, os descontentamentos ou conflitos na relação médico-paciente, foram também apontados como razão para o abandono do seguimento no CSE.

2.5. RELATO DO TRATAMENTO PRESCRITO

A maioria dos entrevistados (34) respondeu ter recebido tratamento medicamentoso e não-medicamentoso; quatro deles, exclusivamente, tratamento medicamentoso; seis, exclusivamente, tratamento não-medicamentoso, e também seis responderam que não receberam tratamento para a HA.

Das seis pessoas que relataram não ter recebido tratamento para a HA, três delas também disseram que não receberam diagnóstico de HA, duas afirmaram ter recebido e, uma, relatou que sua pressão só subiu uma vez e o médico disse-lhe que era por causa de nervoso. Como o dado sobre o relato do tratamento medicamentoso foi obtido por meio de uma questão fechada, com duas opções de respostas (anexo III), poucos pacientes relataram o nome e a dose dos remédios prescritos.

O tratamento não-medicamentoso foi relatado como o recebimento de uma ou várias orientações. As mais freqüentemente relatadas foram a redução do consumo de sal

(34 pacientes) e a recomendação para realização de dieta alimentar (22 pacientes), seguidas das orientações para realização de atividade física (19 pacientes), redução do peso corporal (12 pacientes) e, com menor frequência (oito pacientes), redução ou abandono do consumo de substâncias e controle do nervosismo (três pacientes).

A recomendação para redução da ingestão do sal referiu-se aos relatos de orientações para diminuição ou retirada do sal da alimentação e/ou alimentos ricos em sódio, como, por exemplo:

“Tirar o sal da comida” (Simone).

“Comer bem sonso” (Francisca).

“Não comer embutido” (Linda).

O tema **dieta alimentar** englobou todos os relatos que expressaram orientações relacionadas à alimentação, exceto no que diz respeito à ingestão de sódio.

“Evitar comer comida gordurosa” (Elvira).

“Tirar a banha de porco da comida” (Maria).

“Alimentação adequada: comer salada, não comer ovos e diminuir a carne vermelha” (Nilza).

Realização de atividade física: referiu-se aos relatos que expressaram orientações voltadas à prática de atividades físicas, sendo a caminhada a atividade física mais, freqüentemente, relatada. O exercício físico e a hidroginástica também foram relatados.

“... fazer caminhada...” (Ana).

“Fazer exercício. Andar” (Sérgio).

“... fazer caminhada ou hidroginástica” (Nilza).

O tema **redução do peso corporal** compreendeu os relatos que expressavam orientação para emagrecimento, regimes para emagrecer ou diminuição de peso.

“... fazer regime...” (Salete).

“Perder peso” (Carmem).

“Emagrecer” (Alberto).

Redução/abandono do consumo de fumo e/ou álcool: compreendeu os relatos que expressaram orientações para redução ou abandono do consumo das substâncias fumo e/ou álcool.

“... parar de beber e parar de fumar” (Antonio Pedro).

“Não usar bebida alcoólica” (Aparecido).

“Diminuir o cigarro” (Simone).

Os relatos que expressaram orientação para o controle ou evitação do nervosismo foram agrupados como recomendação de **controle do nervoso**.

“Evitar passar muito nervoso” (Antonio Pedro).

“... controlar o nervoso” (Tereza).

Foram também relatadas associações das recomendações, já descritas.

2.6. CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Observaram-se comportamentos diversos entre os entrevistados em relação ao cumprimento do tratamento medicamentoso. As formas de cumprimento relatadas foram: uso regular da medicação, uso irregular, uso esporádico e completo abandono da medicação.

Uso regular da medicação foi relatado por 19 (45,2%) dos entrevistados e referiu-se aos relatos que expressavam regularidade na tomada da medicação e aqueles que expressavam utilização, no momento da entrevista, diária e ininterrupta ou sem esquecimentos, dos medicamentos AH, prescritos ou não no CSE. Verificou-se ainda que a maioria deles (14 entrevistados) nunca interrompeu o uso da medicação, utilizando expressões como: *“nunca parei”, “é sagrado”, “é religião pra mim”*.

“Tomo o remédio até hoje. Nunca parei. O adalat, esse eu não esqueço”
(Alina).

“Tomo até hoje. Faço uso regular. O remédio é sagrado, tomo todo dia” (Amanda).

Outros entrevistados (cinco) relataram interrupção no uso da medicação após um dado período de utilização, porém com uso atual regular.

“Tomei uns seis meses e parei. Agora tomo todo dia” (Antonio Pedro).

O **uso irregular** englobou os relatos que, apesar de expressarem a manutenção do uso da medicação, expressavam também utilização de forma irregular referindo perdas de doses no dia ou interrupção por alguns dias, ou, ainda, interrupção na tomada de alguns dos medicamentos AH prescritos. Foi a forma de cumprimento relatada por sete dos entrevistados.

“Tomo um hicroton todo dia, geralmente de sábado e domingo eu não tomo”

(Lucinda).

“... deixo de tomar duas vezes na semana, à noite” (José).

“Tomo remédio todo dia, tomo direto. É religião pra mim. Tomo o inalapril 40mg ao dia, splendil 5mg ao dia e o natrilix, de vez em quando” (Sérgio).

Uso esporádico foi observado nos relatos que expressavam utilização da medicação AH eventualmente, quando da presença de sintomas ou elevação da PA, descrito por meio de expressões como: *“tomo o remédio de vez em quando”*, *“tomo quando acho que a pressão sobe”*, *“tomo quando sinto alguma coisa”*. Foi relatado por nove (21,4%) dos entrevistados.

“Tomo um clorana quando sinto tontura, alguma coisa” (Roberto).

“Eu sinto quando a pressão não tá boa, provoca o corpo, aí eu tomo o remédio” (Carmelino).

Abandono referiu-se aos relatos de sete (16,7%) dos entrevistados que não estavam utilizando a medicação AH, no momento da entrevista.

“Tomei só uma caixa” (Nilza).

“Tomei um vidro, mais ou menos um mês” (Manoel).

TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

Verificaram, também, comportamentos diversos quanto ao cumprimento do tratamento não-medicamentoso, da mesma forma que foi observado quanto ao tratamento medicamentoso. As formas de cumprimento relatadas foram: aderência a todas as recomendações recebidas, aderência a parte das recomendações e não-aderência.

Considerou-se como cumprimento:

- **Recomendação restrição de sal:** os relatos dos entrevistados de que estavam reduzindo ou retirando da dieta o sal e/ou alimentos ricos em sódio, independentemente da quantidade reduzida.

“Diminuo o sal da comida até hoje” (Kamila).

“Não como enlatados” (Ana).

- **Recomendação dieta alimentar:** referiu-se aos relatos que expressavam cuidados em relação à alimentação, como, por exemplo, controle, redução e/ou retirada da dieta de gorduras, frituras, banha de porco, carnes vermelhas, açúcar, bem como, o consumo de alimentos como frutas, verduras e legumes, independentemente das quantidades restringidas e/ou eliminadas, ou introduzidas na dieta.

“Não como gordura animal até hoje” (Nicola).

“Não como comida gordurosa até hoje” (Elvira).

“Sempre estou tentando fazer uma dieta mais saudável. Como mais verdura, fruta, legume e menos carne vermelha” (Dirce).

- **Recomendação para realização de atividade física:** referiu-se aos relatos de que o entrevistado estava praticando algum tipo de atividade física como, por exemplo, caminhada, exercício físico, hidroginástica, independente da duração e frequência de realização do mesmo.

“Faço caminhada, até hoje. Faço pouco, estou pretendendo fazer mais” (José).

- **Recomendação para redução do peso corporal:** os relatos expressavam perda de peso, independente da quantidade reduzida, como, também, a realização de regimes ou dietas para perder peso; porém, considerou-se a manutenção da perda de peso ou da dieta/regime até o dia da realização da entrevista.

“Perdi de 8 a 10 Kg e mantenho até hoje” (Nilza).

“Emagreci um pouco” (Luís).

- **Recomendação para redução e/ou abandono do consumo de substâncias:** os relatos referiram-se à diminuição e/ou abandono do uso de fumo e/ou álcool, independente das quantidades reduzidas, desde que mantidos até o momento da realização da entrevista.

“Parei de beber” (Antonio Pedro).

Foram considerados como **aderentes a todas as recomendações** os 13 (32,5%) entrevistados que expressavam o cumprimento, no momento da entrevista, de todas as recomendações prescritas voltadas a mudanças nos hábitos de vida.

“Diminuo o sal e a gordura da comida até hoje” (Marlene).

Aderência a parte das recomendações referiu-se aos relatos da maioria dos entrevistados, 21 (52,5%), que expressaram cumprimento, no momento da entrevista, de uma ou mais recomendações e não-cumprimento e/ou abandono de outras recomendações recebidas.

“Regime para perder peso eu fiz por um ano, diminuo o sal da comida até hoje e caminhada eu nunca fiz” (Miriam).

“Diminuo o sal da comida, controlo as gorduras até hoje e faço caminhada diária. Nunca parei de tomar cerveja” (Sérgio).

Não-aderência compreendeu os relatos de seis entrevistados (15,0%) que expressavam o não-cumprimento ou abandono de todas as recomendações prescritas.

“Diminuí o sal da comida e controlei a alimentação por pouco tempo”
(Rosana).

“Nunca parei de beber e nem diminuí o cigarro” (Antonio Carlos).

Analisando-se o cumprimento por tipo de recomendação, observou-se variação nas formas de cumprimento segundo o tipo de orientação recebida. A maioria dos entrevistados relatou aderência às recomendações restrição de sal (30 pacientes) e realização de dieta alimentar (14 pacientes). No entanto, a maioria dos que receberam recomendação para redução/abandono no consumo de substâncias (sete pacientes) nunca a cumpriu, e a metade dos pacientes que foram orientados a perder peso (seis pacientes) abandonou o cumprimento dessa recomendação.

Foi relatado o cumprimento de várias associações de recomendações, sendo as mais freqüentes: restrição de sal e dieta alimentar (10 entrevistados); restrição de sal, dieta alimentar e realização de atividade física (seis entrevistados), e restrição de sal e realização de atividade física (três entrevistados).

O tempo de cumprimento, relatado pelos pacientes que abandonaram as recomendações, variou de um a quatro anos, sendo que a maioria cumpriu por um ano ou menos.

SEGUIMENTO MÉDICO

Quando argüidos sobre a frequência atual a serviços de saúde para tratamento da HA, pouco mais da metade (56,0%) relatou que estava sendo acompanhada em outro serviço, enquanto o restante não freqüentava nenhum serviço de saúde para tratamento da HA.

O tipo de serviço referido como o mais freqüentado foi o ambulatorial público (16 pacientes), seguido do ambulatorial privado (11 pacientes). Apenas uma pessoa referiu que estava freqüentando um pronto-socorro público.

Dentre os entrevistados que relataram freqüência a serviços de saúde públicos, metade referiu que freqüentava o ambulatório do Hospital das Clínicas da UNESP; três, o Ambulatório Regional de Especialidades de Botucatu; outros três haviam voltado a freqüentar o CSE, e dois, freqüentavam Unidades Básicas de Saúde municipais.

Conforme observou-se, o abandono de seguimento no CSE não significou, para a maioria dos entrevistados, abandono de seguimento médico, uma vez que estavam freqüentando outros serviços de saúde e, inclusive, três pacientes, voltaram a freqüentar o CSE.

2.7. MOTIVOS DE ABANDONO

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O motivo relatado com maior freqüência para o abandono foi a melhora ou normalização da PA (10 pacientes), seguido de razões pessoais (quatro pacientes), efeitos

colaterais da medicação (quatro pacientes), consumo de álcool (quatro pacientes) e, com menor frequência, melhora ou ausência de sintomas (dois pacientes) e falta de informação (um paciente).

Os pacientes relataram **melhora da pressão**, sendo esta constatada por percepção pessoal ou por avaliação das medidas, feitas por eles mesmos ou membros da família ou por um farmacêutico. Os relatos expressaram que a pressão “*tava boa*” ou “*tava normal*”.

“Porque achei que a pressão tava normal e parei” (Manoel).

“Comecei a controlar [medir] em casa, todo dia, e a pressão tava boa, 12. Aí eu parei” (Simone).

Alguns relatos expressaram que o paciente pode ter sido influenciado pela avaliação de terceiros, como, por exemplo, do “farmacêutico” que verificou a pressão, conforme exemplifica o relato do Carmelino.

“Porque a pressão ficou boa, 13 x 8. O farmacêutico falou: - ‘Sua pressão tá jóia, pode até parar de tomar o remédio’ (Carmelino).

Os relatos de Lucilene e Aparecida expressaram que a interrupção da medicação AH, quando percebiam ou avaliavam sua pressão como normal, por verificação do nível pressórico, era uma providência que tomavam com o objetivo de controlar a PA.

“Quando percebo que a pressão está baixa, eu tomo [remédio] um dia sim, outro não” (Lucilene).

“(...) Quando vou à praia, eu controlo [verifica a PA] se a pressão tá boa, não tomo o remédio e tomo alho” (Aparecida).

Razões pessoais compreenderam os relatos de características ou opção pessoal que, de certa forma, denotavam uma falta de motivação pessoal para o uso da medicação AH, conforme se pode perceber nos relatos que se seguem:

“Parei porque acabou a cartela. Não gosto de tomar remédio” (Antonio Pedro).

“Bobeira, parei por parar” (Nilza).

Alguns **efeitos colaterais** foram apontados como razão para a interrupção e uso esporádico da medicação, como: urinar muito, câimbra, fraqueza, desconforto gástrico e diminuição da potência sexual.

“Parei porque fez mal pro estômago. Doía, dava sensação de bola” (Miriam).

“Só tomo quando sinto tontura, alguma coisa, porque urina muito” (Roberto).

Consumo de álcool referiu-se aos relatos em que sua utilização, abusiva ou eventual, foi apontada como motivo do abandono, uso irregular ou eventual da medicação.

“Eu deixei de tomar o remédio pra tomar uns goles. Eu achava que me acalmava [a bebida]” (Antonio Carlos).

“Por causa do vício do álcool. Eu acho que não pode misturar” (Aparecido).

“Deixo de tomar duas vezes na semana, à noite, para tomar umas cervejinhas. Na minha profissão a gente precisa relaxar um pouco” (José).

A **melhora ou ausência dos sintomas** foram mencionados como razão para a utilização irregular ou esporádica da medicação AH.

“Melhoro e paro de tomar” (Aparecida).

“Eu tomo um pouco e acabo largando, porque os sintomas não são aparentes... Não sinto nada importante” (Linda).

A **falta de orientação** para o uso contínuo do AH foi apontada como razão para interrupção no seu uso.

“No começo, tomei a receita e parei. Parei porque achava que era só aquela receita. Depois, fui orientada a tomar todo dia e passei a tomar. Esse esclarecimento deveria ser dado: que tem que tomar todo dia” (Dirce).

Interessante destacar o fato de que, apesar de 14 entrevistados relatarem dificuldades na obtenção da medicação, e mais de dois terços deles (11) apontarem como dificuldade o não-fornecimento da medicação pelo CSE, além de a maioria tê-la adquirido por compra, essas situações não foram referidas como causas para o abandono, uso irregular ou esporádico, ou nas interrupções do uso da medicação AH.

Também merece destaque o fato de que, quando interrogados sobre como se sentiram com a medicação, 12 pacientes referiram efeitos colaterais, porém, apenas quatro deles apresentaram como razão do uso esporádico, ou de interrupção no seu uso, a presença desses efeitos indesejáveis.

TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

Além das causas de abandono, foram estudadas, também, as razões relatadas para o não-cumprimento das recomendações voltadas para mudanças no estilo de vida. Ambas variaram conforme o tipo de recomendação. Apenas um entrevistado apresentou a mesma razão para o não-cumprimento de todas as recomendações recebidas, como nos relatou Silvia:

“Não fiz [retirada do sal, dieta alimentar e caminhada] porque eu acreditava que a pressão ia abaixar, que estava alta por causa do nervosismo pela morte da minha mãe, mas que ia passar” (Sílvia).

Os motivos apontados para o abandono ou não-cumprimento das **orientações que envolviam mudança nos hábitos alimentares** (restrição de sal, dieta alimentar e redução do peso corporal) foram: razões pessoais e normalização da PA.

A categoria **razões pessoais** englobou os relatos que expressavam características, condições e falta de motivação pessoal, descritas nos relatos de nove dos 12 entrevistados que abandonaram ou não cumpriram as recomendações.

“Tento fazer tudo [referindo-se à diminuição do sal e controle alimentar], mas não sigo nada à risca. Sou compulsiva para comer” (Linda).

“Parei de fazer a dieta quando meu pai faleceu. Eu fico nervosa e como demais” (Miriam).

“Parei o regime por falta de estímulo, de força de vontade. Eu tentei, mas é difícil. Eu me sinto bem assim [Referindo-se a obesidade]” (Salete).

A **normalização da PA** referiu-se aos relatos em que o entrevistado fazia uma auto-avaliação da sua PA, considerando-a boa ou normal, atribuindo, então, a causa do abandono das recomendações à condição de normalidade ou melhora da PA. Dois entrevistados apresentaram essa motivação.

“Parei [diminuição do sal e controle alimentar] porque percebi que a minha pressão não era alta. Eu media e estava sempre boa” (Rosana).

Para o não-cumprimento ou abandono da **realização de prática de atividade física** as razões apresentadas foram: incompatibilidade com as atividades diárias e/ou com a dinâmica familiar (cinco entrevistados), limitação física (três entrevistados) e razões pessoais (três entrevistados).

Incompatibilidade com as atividades diárias e/ou com a dinâmica familiar foi expressa nos relatos que apontavam dificuldades ou impossibilidade de conciliar atividades ou compromissos profissionais, domésticos ou familiares com o cumprimento da recomendação, que embora sendo razões de natureza pessoal, relacionam-se a questões familiares e ocupacionais.

“Porque não dá tempo. Trabalho o dia inteiro correndo pra lá e pra cá, subo e desço escada o dia inteiro” (Aparecida).

“Por problemas familiares” (Amanda).

A **limitação física** compreendeu os relatos que expressavam dor em membros inferiores e/ou comprometimento da deambulação.

“Porque me dói demais as pernas. Eu preciso andar de bengala, se eu não me apoiar direitinho, eu caio” (Ana).

As **razões pessoais** foram relatadas pelos entrevistados expressando falta de motivação pessoal para a realização da atividade física.

“Porque tinha desânimo, corpo dolorido e pouco tempo e vontade. Tempo é questão de preferência” (Dirce).

Os motivos apresentados pelo total dos sujeitos (08) para **não cumprirem ou abandonarem a recomendação para diminuição ou abandono do consumo de substâncias (fumo/ álcool)** foram, exclusivamente, pessoais. Os relatos expressavam dificuldades, insucessos, falta de desejo e opção pessoal.

“É difícil. Eu paro um tempo e depois volto a beber” (Genival).

“Eu não parei de tomar a cerveja porque eu gosto. Trabalho num ambiente tenso e a cerveja alivia. Fico mais tranquilo” (Sérgio).

“Diminuí, mas não consigo parar. Eu acho que impregnou. Eu fumo desde os sete anos de idade” (Antonio Carlos).

Pode-se observar que as razões pessoais e a normalização da PA foram apresentadas como causa para o abandono dos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso. O consumo de álcool, referido como razão para o abandono do tratamento medicamentoso, coerentemente, apareceu como recomendação não cumprida ou, em abandono.

SEGUIMENTO MÉDICO NO CSE

Conforme pode se verificar, abandono do seguimento médico no CSE não significou, efetivamente, abandono de seguimento, uma vez que 28 (56,0%) dos entrevistados estavam freqüentando outros serviços de saúde para o tratamento da HA.

Os motivos que levaram os pacientes a abandonar o seguimento no CSE foram vários e, muitos deles, foram referidos tanto por aqueles que estavam freqüentando outros serviços de saúde como por aqueles que estavam sem nenhum seguimento médico.

A maioria dos entrevistados (37) apresentou uma causa para o abandono do seguimento no CSE, os demais referiram duas ou mais causas.

Dentre as causas relatadas, predominaram as razões ligadas ao próprio serviço de saúde (sua organização e estrutura e a relação médico-paciente) e as ligadas às próprias pessoas, e, ainda, tratamento em outro serviço de saúde, a ausência de sintomas, a normalização da PA, a distância e a dependência do álcool.

Os relatos sobre **organização e estrutura do CSE**, como causas do abandono, referiram dificuldades, incompatibilidades e insatisfações com a organização e estrutura do serviço, como: consultas muito espaçadas; dificuldades para conseguir consulta, quando precisava, ou para marcar; longo tempo de espera para ser atendido; horário de atendimento incompatível com o do trabalho e/ou com as atribuições diárias; mudança freqüente e falta de médico, e impossibilidade de escolher um médico especialista. Alguns entrevistados relataram terem buscado tratamento em outros serviços de saúde motivados por esses fatores.

“Por causa de ir lá na ocasião que estava com falta de médico. Num ano só me consultaram uma vez e marcaram no final do ano. Aí eu não fui mais, e também porque demorava muito para ser atendida. Pedi pra minha filha me colocar no convênio da UNIMED” (Maria de Fátima) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Porque eu não tenho condições de ficar esperando a tarde toda para ser atendido. O horário do atendimento do posto é incompatível com o do meu trabalho” (Sérgio) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Eu já procurei pra marcar, mas ainda não estava marcando. É difícil pra marcar consulta” (Lucinda) [sem seguimento médico].

Outra razão apontada, ligada ao próprio serviço de saúde, foi a **relação médico-paciente**. Os relatos descreveram procedimentos realizados na consulta, condutas e formas de expressão do médico que causaram descontentamento, constrangimento ou insatisfações, como fatores apontados para o abandono do seguimento no CSE e que, em alguns casos, motivaram, também, a procura por outro serviço de saúde.

“Pela maneira como fui tratada dentro do consultório, da maneira como conversou, da maneira como expôs meu corpo físico. Falou: -Tem mania de comer igual porco. O gordo não gosta de ser tratado de gordo. Perdi todo pique de continuar” (Miriam) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Porque ninguém se interessou pela minha dor de cabeça. Não me senti bem atendida pelo médico” (Antonia) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Eu não gostei do médico que me atendeu. Eu perguntava e ele respondia seco” (Simone) [sem seguimento médico].

Por outro lado, outros entrevistados apontaram **a satisfação com a relação médico-paciente** motivando o abandono do seguimento médico, no CSE, quando da saída, do serviço, do profissional com quem mantinham tal relação. Alguns, passaram a ser atendidos, pelo próprio profissional, em outro serviço de saúde e outro, interrompeu o seguimento médico.

“Porque meu médico saiu de lá. Mudou-se. Como ele já trabalhava no hospital, eu passei a ser atendida lá, por ele” (Elvira) [freqüentava outro serviço de saúde].

“A saída do Dr. X também influenciou a não ir mais no posto” (Sebastião) [sem seguimento médico].

Razões pessoais foi uma categoria que compreendeu uma série de motivos ligados à pessoa, desde mais subjetivos (como psicológicos, emocionais, características, medos, comportamentos, motivações e opções), até outros, mais objetivos (como dificuldades ligadas ao trabalho e à família, limitações físicas, carências socioeconômico-culturais e mudança de cidade ou bairro). As razões pessoais foram apontadas tanto pelo

grupo de pacientes que freqüentava outro serviço de saúde, como, também, pelo grupo sem seguimento médico.

“Eu não gosto de sair. Não fui porque eu não quis. Não gosto de esperar, a paciência é curta, e demorou demais para atender... e tenho medo de tirar sangue” (Nicola) [sem seguimento médico].

“Às vezes, não tenho dinheiro pra ir no dia da consulta e, também, porque eu não sei ler, às vezes, passa o dia da consulta” (Aparecida) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Porque minha filha trabalha na Faculdade [UNESP], é professora, e me leva lá. É mais fácil pra ela me levar” (Alina) [freqüentava outro serviço de saúde].

O relato de Alina e de outros entrevistados expressaram uma condição bastante comum entre os idosos, que é a dependência de um acompanhante ou cuidador, limitando a sua autonomia para freqüentar um serviço de saúde de sua escolha.

A melhora ou ausência de sintomas foi outra causa apontada para o abandono do seguimento, no CSE, tanto pelos pacientes sem seguimento médico, como por aqueles com seguimento. Observou-se, por um lado, uma valorização dos sintomas enquanto uma necessidade de demandar assistência médica, e, por outro, quando da sua melhora ou ausência, uma razão para deixar de freqüentar o serviço de saúde.

Alguns relatos denotaram a concepção, do entrevistado, de “estar bem”, quando expressaram: *“nunca senti dores”, “não sinto nada”*. Verificou-se, também, que não houve incorporação do conceito de integralidade em todos os níveis da assistência à saúde, bem como, de saúde como um direito de cidadania, à medida que colocaram *“tem que deixar o lugar pra quem precisa”*.

“Na minha opinião eu não via necessidade de vir, porque nunca senti dores. Eu achei que tava bom” (Antonio Carlos) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Porque eu não sinto nada. Graças a Deus, tô bom. E a gente tando bom, tem que deixar o lugar pra quem precisa” (Carmelino) [sem seguimento médico].

Fato inverso também foi observado quando o entrevistado relatou a não-melhora com o tratamento, apontando-a como razão para o abandono do seguimento médico, no CSE.

“Porque todas as consultas que tirava lá era a mesma coisa. Não tinha novidade. Não via melhora. A música era quase todos os dias iguais. A gente quando vê que toma remédio e não melhora, a gente precisa ter esperança” (Francisca) [sem seguimento médico].

A normalização da PA referiu-se aos relatos dos entrevistados que avaliavam, a própria PA, como normal, boa ou, mesmo, melhor, ou, ainda, tinham essa avaliação feita por um profissional, e apontavam essa razão como causa para o abandono do seguimento, no CSE.

“Porque a minha pressão estava sempre boa, estava normal, quando eu media no posto e no quartel. Eu perguntei pro médico do quartel e ele disse que eu não precisava controlar mais” (Alberto) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Porque a pressão deu uma melhoradinha, um pouco, e pensei que não precisava ir mais” (José Pedro) [sem seguimento médico].

O tratamento em outro serviço de saúde foi apontado como causa de abandono em função de três situações distintas: oportunidade de acesso a um convênio de saúde, busca de um serviço mais próximo da residência e tratamento de outras doenças concomitantes em serviço de atenção secundária.

A oportunidade de acesso a um convênio de saúde foi expressa nos relatos de existência ou realização de convênio por um familiar, sendo o entrevistado seu dependente, tendo ou passando a ter a oportunidade de atendimento nesse dado serviço. Observou-se que, apesar dos relatos expressarem as vantagens do convênio em relação ao atendimento no CSE, ao mesmo tempo em que exprimiam suas críticas a esse serviço, não se observou a busca pelo outro serviço, como foi expresso, anteriormente, nos relatos que

apontavam a organização e estrutura do CSE como causa de abandono. Aqui, ficou marcada, sim, a questão da oportunidade.

“Porque minha filha fez um convênio com a UNIMED, e lá é mais rápido. Os exames são feitos na hora. Numa ocasião que teve greve, eu não pude fazer os exames e fiquei mais de um ano sem ser atendida. Ia e não dava certo. Aí veio o convênio que facilitou” (Dirce) [freqüentava outro serviço de saúde].

“Porque meu marido trabalha na CAIO e eu tinha convênio integral com a UNIMED e tinha vários especialistas que eu poderia escolher e também porque era mais fácil de consegui uma consulta. Ligava e já marcava com horário fixo” (Linda) [freqüentava outro serviço de saúde].

Observou-se, no relato acima e no de outros entrevistados, a valorização da especialização médica e, também, a concepção de que o atendimento no Centro de Saúde, embora considerado de boa qualidade, destina-se a “coisas mais simples”, como revelou o relato:

“É mais prático na UNIMED. Liga e já vai e no Centro de Saúde tem que marcar com antecedência, apesar que eu acho o atendimento lá muito bom. Eu ainda levo meus filhos lá. Para coisas mais simples, eu ainda vou no posto” (Sílvia) [freqüentava outro serviço de saúde].

O **tratamento em outro serviço de saúde para maior facilidade de acesso** referiu-se à procura por um serviço mais próximo da residência dos entrevistados, exemplificado no relato abaixo:

“Porque procurei o posto mais perto da minha casa, e me senti bem atendida”

(Amanda) [freqüentava outro serviço de saúde].

A **distância** da residência ao CSE também foi relatada por um entrevistado, que não estava em seguimento médico, embora seu relato não revele busca por tratamento em outro serviço.

“Ficava longe pra ir. Desce no Paratodos e é longe pra ir de a pé”

(Francisca) [sem seguimento médico].

O **tratamento de outra doença associada** compreendeu os relatos que expressaram busca de outro serviço de assistência secundária, para tratamento de outras doenças concomitantes. Um dos entrevistados mantinha-se nesse seguimento, e o outro, não.

“Eu caí e quebrei o braço. Fiquei muito tempo na tipóia e fazendo fisioterapia. A pressão subiu muito e o próprio ortopedista foi tratando da pressão” (Ana) [sem seguimento médico].

O **consumo do álcool** foi apontado por um dos entrevistados como razão para o abandono do seguimento, no CSE, bem como em outros serviços de saúde.

“Todas as vezes que comecei tratamento pra pressão, eu parei, por causa da bebida” (Aparecido) [sem seguimento médico].

Conforme pode-se observar, à exceção do tratamento em outro serviço de saúde, por oportunidade de convênio (razão apresentada por entrevistados em seguimento médico) e do consumo do álcool (razão expressa por entrevistado sem seguimento), as demais foram relatadas como causa de abandono do seguimento, no CSE, tanto pelos pacientes com seguimento em outro serviço de saúde, como pelos pacientes sem seguimento.

Ainda observou-se que várias razões, apontadas para o abandono do seguimento no CSE, também foram referidas como causas de abandono do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso: pessoais, normalização da PA, melhora ou ausência de sintomas e dependência do álcool.

2.8. ESTRATÉGIAS EMPREGADAS PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Verificou-se que a maioria dos entrevistados, 43 (86,0%), empregava uma ou mais estratégias para controle de sua HA, quatro (8,0%) não empregavam nenhuma estratégia e três (6,0%) relataram que não eram portadores de HA, embora um deles tenha apresentado nível pressórico muito elevado no dia entrevista.

A maioria dos relatos expressou: uso da medicação AH, cumprimento de uma ou mais recomendações voltadas para mudanças no estilo de vida, verificação da PA, acompanhamento médico. Apenas dois expressaram uso de terapias caseiras e um, tratamento homeopático.

Na grande maioria das vezes, os relatos que diziam respeito ao uso da medicação AH, à prática de ações voltadas a mudanças no estilo de vida e, ainda, os relacionados ao seguimento médico para tratamento da HA se repetiram aos mesmos já apresentados, anteriormente, nos tópicos “cumprimento do tratamento medicamentoso”, “cumprimento do tratamento não-medicamentoso” e “cumprimento do seguimento médico”, respectivamente.

A maioria dos entrevistados, 36 (72,0%), referiu a verificação da PA como uma das estratégias de controle da HA. A mesma foi relatada de duas maneiras: verificação regular e verificação esporádica.

Verificação regular compreendeu os relatos de verificação da PA a intervalos de tempo regulares, os quais apresentaram a seguinte variação: uma a duas verificações ao mês (14 entrevistados), uma ou mais verificações semanais (14 entrevistados) e uma verificação a cada dois meses (dois entrevistados).

“Verifico minha pressão, na farmácia, a cada 15 dias” (Carmelino).

“Meço minha pressão duas vezes ao mês, no Bloco [ambulatório do HC da UNESP]” (Sueli).

Nos relatos de **verificação esporádica da PA**, não se observou a preocupação do entrevistado em verificar sua PA com regularidade, preocupação essa expressa nos relatos acima. Observaram-se expressões como: “*raramente*”, “*poucas vezes*”, “*de vez em quando*” e, em alguns casos, verificação quando da presença de sintomas.

“Vejo minha pressão de vez em quando, na farmácia e quando vou na Faculdade” (Alina).

“Quando me sinto mal vou medir a pressão no Pronto-Socorro da UNESP”
(José Pedro).

Os locais procurados para verificação da PA foram os serviços de saúde, públicos ou privados (14 entrevistados), o próprio domicílio (10 entrevistados), farmácia (sete entrevistados), e farmácia associada a serviço de saúde ou domicílio (cinco entrevistados).

Quanto ao nível pressórico relatado pelos pacientes que verificavam sua PA, regularmente ou esporadicamente, constatou-se que metade deles (18) referira níveis compatíveis com HA controlada⁴ e 12, com HA não controlada⁵.

As terapias caseiras mencionadas foram: infusão de folhas de chuchu e dentes de alho em água, conforme relataram Maria de Fátima e Aparecida:

⁴ HA controlada: PAS $\leq$ 140 mmHg e PAD $\leq$ 90 mmHg.

⁵ HA não controlada: PAS > 140 mmHg e/ou PAD > 90 mmHg ou PAD > 90 mmHg e PAS < 140 mmHg.

“Ponho cinco folhas de chuchu em um litro de água e tomo um copo, no dia, quando me dá tontura ou percebo que a pressão está alta” (Maria de Fátima).

“Quando vou à praia, eu controlo minha pressão. Se a pressão tá boa, não tomo o remédio e tomo alho. Coloco um dente de alho num copo com água, à noite, e deixo repousar. Depois, vou tomando aquela água o dia todo” (Aparecida).

Uma alternativa terapêutica à alopatia foi relatada por Salete:

“Eu faço tratamento homeopático” (Salete).

Os relatos apresentaram diversas associações entre uso da medicação, cumprimento de recomendações, verificação da PA, acompanhamento médico e uso de terapias caseiras, sendo que, também, alguns expressam apenas um dos itens como estratégia para controle da HA. Exemplifica-se essa diversidade nos relatos abaixo:

“Continuo tratando no hospital com o Dr. X, tomo remédio todo dia e controlo o sal da comida”. (Elvira).

“Estou fazendo uso regular de clonidina 20 mg, inalapril 20 mg e hidroclorotiazida de 12 em 12 horas. Deixo de tomar duas vezes na semana, à noite, para tomar umas cervejinhas (...) meço a pressão, em casa e na

farmácia, umas duas vezes por semana, controlo o peso, faço caminhada, não regularmente, e vou ao médico a cada três meses” (José).

“Como com pouco sal, não como gordura. Quando sinto dor de cabeça, calor no corpo inteiro, principalmente no pé e na mão, aí eu tomo um clorana. Eu mesmo vejo minha pressão, um dia sim, outro não” (Simone)
[Sem acompanhamento médico].

“Tomo um clorana quando sinto tontura, alguma coisa” (Roberto) [Sem acompanhamento médico].

“Controlo a comida, o sal e meço a pressão” (Antonio Carlos) [Sem acompanhamento médico].

V. DISCUSSÃO

Comparando os três grupos identificados (GAD, GAB e GAB/AD), notou-se que esses não diferiram quanto às variáveis sociodemográficas, predominando, na população investigada, as mulheres casadas, com idade superior a 60 anos e baixo nível de escolaridade. Cerca de 15% dessa população apresentaram alto nível de escolaridade. Dessas variáveis, apenas a condição inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, diferenciou-se como característica dos pacientes do GAB.

Questiona-se se essa característica observada no GAB deve ser considerada como uma variável importante no abandono do seguimento. Os dados obtidos sobre os motivos relatados pelos pacientes indicaram que mais do que a inserção no mercado, as características de organização do serviço de saúde pareciam ser desfavoráveis à frequência dos pacientes à instituição. Provavelmente, a incompatibilidade de horários de atendimento do serviço e de trabalho dos pacientes poderia ser apontada como relevante.

Infere-se, portanto, que o fato do indivíduo estar empregado, por si só, não teria influenciado o abandono, mas sim, suas condições e relações de trabalho e a própria organização do serviço de saúde.

Vários autores (CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; GERBER e NEHEMKIS, 1986; MEICKENBAUM e TURK, 1987) concluíram não haver relação direta entre características demográficas como o sexo, a idade, o estado conjugal e aderência, corroborando os dados aqui encontrados.

Observou-se que o percentual de abandono do seguimento médico, ao final de 3,5 anos¹ a 4,5 anos², foi de 46,4%. CALDWELL et al. (1970) encontraram uma porcentagem superior, 74,0%, ao final de cinco anos de seguimento e GIORGI et al. (1985), inferior, 56,0%, em dois anos. Sendo, portanto, as porcentagens de abandono, obtidas no presente estudo em relação ao tempo de seguimento, inferiores às dos autores citados.

Cerca de um terço (34,9%) dos abandonos ocorreu logo no primeiro mês de seguimento, de forma semelhante à relatada por GIORGI et al. (1985). Ao final de 12 meses de seguimento, foram observados 74,2% de abandono, resultado inferior ao encontrado por GIORGI et al. (1985): 90,0% de abandono no sétimo mês de seguimento.

Destaca-se, ainda, que 21,4% dos pacientes abandonaram o seguimento médico, no CSE, após a primeira consulta com diagnóstico de HA. No GAB, o abandono foi mais precoce do que no GAB/AD. Verificou-se, contudo, que as taxas de abandono decrescem a partir dos 24 meses, merecendo serem investigadas as razões deste declínio, como, por exemplo, se estariam relacionadas mais diretamente ao serviço de saúde, ao aparecimento de novas doenças e/ou complicações.

Das características do seguimento médico aqui investigadas, observou-se que predominou, no GAB e GAB/AD, uma maior concentração de retornos, bem como, um atendimento por maior número de médicos em função do tempo freqüentado, e que o GAB apresentou maior percentual de ocorrência de agendamentos que os demais.

Justifica-se uma maior concentração de retornos nos grupos GAB e GAB/AD em função de que o período freqüentado pelos dois grupos, em geral, foi pequeno (cerca de um terço dos abandonos ocorreu logo no primeiro mês de seguimento e

¹ Pacientes inscritos em dezembro de 1999.

² Pacientes inscritos em janeiro de 1999.

metade, entre dois e seis meses); e é exatamente no período inicial, após a instituição da terapêutica, que os retornos são mais breves para que os ajustamentos na mesma sejam feitos, quando necessários. Dessa forma, pode-se pensar que, embora tenham ou não ocorrido números semelhantes no numerador da fração (representando o número de retornos solicitados), o denominador (representando o tempo freqüentado) foi, com certeza, menor nos GAB e GAB/AD.

O fato do GAB ser caracterizado como o de maior ocorrência de agendamentos das consultas solicitadas, contraria a hipótese de que a falta de agendamento das consultas dificultaria a aderência do paciente. Os achados sugerem que essa característica pode não ter influenciado o abandono do seguimento no CSE, uma vez que no GAD houve a menor ocorrência de agendamento.

A constatação de que os pacientes do GAB e GAB/AD foram atendidos por um maior número de médicos, quando se ponderou o tempo de freqüência ao serviço, permite concluir que esses pacientes se caracterizaram por terem tido menor continuidade no cuidado médico.

Concordando com essa característica, observada no GAB, verificou-se a mudança freqüente de médico como uma das causas relatadas, pelos hipertensos entrevistados, para o abandono do seguimento no CSE, fator este também relatado por FLORENZANO U. et al.(1981b).

Outra característica observada no GAB foi a apresentação de maior percentual de faltas aos retornos solicitados, ponderado pelo tempo de freqüência ao serviço.

Com relação ao tratamento prescrito no CSE, verificou-se que os grupos não diferiram quanto ao número de drogas anti-hipertensivas prescritas. Porém, o GAB e

GAB/AD apresentaram menor prescrição de número de tomadas/dia e de medicação de uso contínuo, portanto, indicando menor complexidade no tratamento medicamentoso.

Uma maior prescrição de medicamentos de uso contínuo aos pacientes do GAD, possivelmente, se explica pela maior co-morbidade neste grupo, enquanto que o GAB foi o que apresentou menor número de doenças associadas.

A literatura, ao contrário, tem relatado que a complexidade do regime terapêutico, particularmente indicada pelo número de medicações concomitantes e número de doses diárias, está negativamente relacionada à aderência em várias condições crônicas e, dentre elas, a hipertensão arterial. (CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; GERBER E NEHEMKIS, 1986, MEICKENBAUM e TURK, 1987; FLACK et al., 1996; COSTA, 1996).

Embora tenha sido observado um menor número de doenças crônicas no GAB, corroborando os dados da literatura, é importante atentar para o fato, já discutido anteriormente, de que cerca de um terço dos pacientes já havia abandonado o seguimento médico no primeiro mês de acompanhamento, podendo, com isso, não ter havido tempo para se diagnosticar outras condições mórbidas.

As características levantadas, e abaixo assinaladas, permitem identificar o perfil dos pacientes que compuseram o GAB, por referência aos outros grupos, como sendo de indivíduos com:

- inserção no mercado de trabalho, formal ou informal;
- maior concentração de retornos em relação ao tempo freqüentado;
- maior percentual de agendamento dos retornos solicitados;
- maior descontinuidade no cuidado médico, medido pelo maior número de médicos que atenderam o paciente;

- maior percentual de faltas aos retornos solicitados;
- menor número prescrito de doses da medicação AH e de outras medicações de uso contínuo;
- menor número de doenças crônicas associadas.

No **estudo de motivos de abandono do tratamento da hipertensão arterial**, compreendendo 50 pacientes, observou-se que nem sempre pacientes procuraram o serviço de saúde buscando tratamento específico para a hipertensão arterial, embora alguns relataram tê-lo feito. A maioria referiu ter ido ao serviço por apresentar desconforto físico, expresso pelos diversos sintomas relacionados ou não à doença, relevando, inclusive, haver uma possível confusão de sintomas, de outras doenças, com os sintomas da hipertensão, como relatados, também, por PIERIN (1985) e CADE (1994).

O relato de sintomas refletiu a percepção da doença como sintomática.

Os conhecimentos sobre a hipertensão, embora adequados, em geral, eram parciais, fragmentados e compostos de “migalhas de saberes popular e científico”. Notou-se a utilização de termos técnicos mesclados com uma linguagem popular, como assinalada por BOLTANSKI:

“(...) o doente das classes populares toma do discurso do médico os termos que (...) conservam um sentido (...). Com esses poucos termos esparsos e que resistiram à dupla seleção feita pelo médico e pelo doente, o doente das classes populares vai tentar reconstruir um discurso coerente ou, pelo menos, tendendo à coerência . Para isso, ele precisa, em primeiro lugar, reatribuir um sentido dos termos que tomou do discurso médico,

reinterpretando-os e, em segundo lugar, preencher o vazio que fica entre esses termos (...)” (1979; p.74).

No discurso de José, percebe-se esse esforço de reconstrução do discurso médico:

“É quando acontece a sístole e a diástole, a força do sangue passando na parede das veias e das artérias está num ritmo que não é aquele normal”
(José).

É interessante observar que, embora não tenham uma definição clara e precisa sobre a hipertensão arterial, os elementos que a compõem — sua etiologia, sintomatologia, relações causais e, mesmo, complicações — aparecem diluídos nos depoimentos. Em relação aos fatores causais, referiram-se, principalmente, àqueles de caráter emocional, também mencionados por MARTINS (1994), ou àqueles de risco. Sobre as complicações decorrentes do não-tratamento da HA, a grande maioria dos entrevistados relatou, pelo menos, uma delas, sendo que o infarto e o derrame foram as mais apontadas, reafirmando os resultados encontrados por PIERIN (1985), PESSUTO (1994) e CADE (1994). Esses conhecimentos, contudo, parecem ter sido insuficientes para garantir a aderência ao seguimento médico, como demonstram alguns estudos, apesar de outros afirmarem sua importância (DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; BECKER, 1985; MEICHENBAUM e TURK, 1987; CAMERON, 1996).

A parcialidade e a fragmentação do conhecimento podem decorrer do processo de comunicação e, especificamente, de divulgação de informações sobre saúde,

compreendendo uma rede de vizinhança, dos meios de comunicação de massa e, inclusive, dos próprios serviços de saúde.

Os próprios depoimentos dos entrevistados demonstram que esses dois fenômenos ocorrem em um Centro de Saúde, no qual o processo e a divisão de trabalho conferem a cada profissional um papel, e cada qual fornece uma parcela de informações que, provavelmente, tem valores diferentes para diversos profissionais: os médicos prestam mais informações sobre as complicações do não-tratamento e a enfermagem, sobre os medicamentos.

O fato de os relatos indicarem que a informação mais prestada pelo médico refere-se às complicações do não-tratamento da HA, pode indicar uma atitude de ameaça do médico ao utilizar o medo como modo de estimular a aderência ao tratamento. Para BOLTANSKI (1979), o médico procura eliminar objeções apresentadas pelos pacientes ao tratamento prescrito, pelo enunciado das sanções que decorrerão automaticamente da desobediência, pela enumeração das conseqüências à saúde em decorrência da transgressão da norma.

Deve-se considerar, ainda, que a assimilação das informações depende de vários outros fatores, como, por exemplo, o grau de interesse dos pacientes que, provavelmente, poderiam estar mais preocupados com seu desconforto do que propriamente, com a compreensão do processo de doença e com o valor dado às informações. Lembra-se ainda que, inclusive, alguns procuraram o serviço para solução de outros problemas não relacionados à hipertensão arterial.

A maioria dos pacientes que não apresentou suas dúvidas à enfermagem estava suficientemente esclarecida pelas informações dadas nas consultas médicas. Tal aspecto reafirmou o papel do médico na estrutura organizacional, como aquele elemento

principal no conhecimento sobre a doença e, portanto, legitimamente, competente e habilitado para fornecer as informações necessárias — papel este negado aos funcionários de enfermagem, mediante a expressão de dúvida ou, mesmo, desconfiança na competência destes para orientá-los.

No caso analisado, o médico foi o profissional mais referido e procurado como fornecedor de informações necessárias, coerente com o modelo assistencial medicocêntrico, como assinala CYRINO:

“... a atividade assistencial no CSE foi, progressivamente, centrando-se sobre o trabalho do médico, realizada através da assistência individual e aberta à demanda...” (1993; p.266).

Além da centralidade do médico no modelo, destaca-se, também, a mudança de papel que o funcionário de enfermagem da pós-consulta veio tendo ao longo do tempo. O mesmo autor observou, também, que a pós-consulta, que, inicialmente, tinha a finalidade de racionalização do trabalho médico, representando um instrumento de otimização do tempo dispendido nas consultas, ao realizar ações mais voltadas para a educação em saúde, progressivamente, foi limitando-se a ações como: agendamento de consultas e exames, encaminhamento dos clientes para outros serviços e fornecimento da medicação.

Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes relata ter recebido tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Uma pequena parcela relatou tratamento exclusivamente medicamentoso ou não-medicamentoso. Seis pacientes relataram que não receberam tratamento.

Quanto ao **tratamento medicamentoso**, os dados, obtidos por relato dos pacientes, podem não expressar exatamente o tratamento que lhes foi prescrito no serviço de saúde, considerando-se que pode ter havido esquecimento, falta de compreensão, priorização de algumas informações ou, ainda, outros fatores que poderiam ter afetado o processo de comunicação entre o médico e o paciente. O cumprimento do tratamento medicamentoso, não-medicamentoso e do acompanhamento médico para tratamento da HA também foi avaliado por questionamento direto ao paciente.

O estudo de OIGMAN et al. (1977), questionando pacientes que, também, foram previamente classificados como em abandono do seguimento médico num serviço ambulatorial-público (Hospital das Clínicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro), obteve resultados que se assemelham aos encontrados nesta pesquisa: embora em abandono de seguimento no serviço de saúde estudado, os pacientes relataram comportamentos diversos quanto ao uso da medicação prescrita.

Quanto ao seu **cumprimento**, observamos que quase metade dos pacientes (45,2%) relatou uso regular da medicação AH, enquanto 38,1% utilizavam-na irregularmente ou esporadicamente e 16,7% haviam abandonado o seu uso.

OIGMAN et al. (1977) relataram uma taxa ainda maior (60%) de pacientes que referiram estar usando regularmente a medicação, uma taxa menor (10%) de pacientes em uso irregular e uma taxa maior (21%) de pacientes em abandono.

Observou-se que, apenas, cerca de um terço dos pacientes relatou aderência integral ao **tratamento não-medicamentoso** e que a maioria deles relatou ser aderente a parte das recomendações, enquanto seis pacientes referiram que não eram aderentes ao tratamento.

A baixa aderência ao tratamento não-medicamentoso, na sua totalidade aqui observada, vem confirmar os dados da literatura que apontam menor aderência dos pacientes aos regimes de tratamento que requeiram realização permanente de mudanças de estilo de vida (GERBER e NEHEMKIS, 1986; MEICKEMBAUN e TURK, 1987; CAMERON, 1996; PESSUTO, 1999).

A análise da aderência por tipo de recomendação revelou que as recomendações relatadas como mais cumpridas pelos pacientes foram: restrição de sal e dieta alimentar. A pior aderência relatada foi com relação à recomendação para redução ou abandono do consumo de substâncias, seguida das recomendações para realização de atividade física e perda de peso, como também encontrou PESSUTO (1999). Essa autora, estudando mecanismos de “coping” em uma amostra de pacientes seguidos no ambulatório de HA do HC/UNESP (Botucatu), após prestar assistência de enfermagem a esses pacientes, propôs um plano de assistência especialmente voltado para o tratamento não-farmacológico da HA. Observou-se que a adesão ao plano foi baixa, embora a proposta do mesmo tenha sido acordada e partilhada com os pacientes. Dentre os itens propostos, o de menor aderência observada foi a prática de exercício físico, seguido de atividades de lazer e perda de peso.

Em relação ao **cumprimento do seguimento médico**, observou-se, ainda, que tanto os pacientes que relataram que eram seguidos por um serviço de saúde, como os que estavam sem acompanhamento médico referiram comportamentos diversos quanto ao cumprimento do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Ambos os grupos de pacientes relataram desde uso regular da medicação AH e aderência a todas as recomendações voltadas a mudanças no estilo de vida, até abandono das mesmas e do uso da medicação.

Dados semelhantes foram relatados por OIGMAN et al. (1977) que, a partir de registros nos prontuários médicos, obtiveram uma taxa de abandono do seguimento médico, no ambulatório de HA, de 70,0%. Porém, ao entrevistarem os pacientes, inicialmente considerados em abandono, que puderam ser localizados, observaram que, praticamente, a metade relatou que estava sendo acompanhada em outros serviços de saúde; mais da metade relatou que usava regularmente a medicação; cerca de 10% que a usavam irregularmente, e 21%, que haviam abandonado o uso.

A aderência ao seguimento médico, definida como o comparecimento às consultas médicas, num dado serviço de saúde, tem sido utilizada em vários estudos internacionais (CALDWELL et al., 1970; FLORENZANO et al., 1981a) e nacionais (LESSA et al., 1983; GIORGI et al., 1985; ROCHA, et al., 1985) como medida da própria aderência do paciente ao tratamento da HA.

Os dados aqui obtidos, bem como os relatados por OIGMAN et al. (1977), sugerem que a aderência ao seguimento médico, num dado serviço de saúde, quando utilizada como medida da aderência ao acompanhamento médico, pode subestimá-la; e, ainda, quando generalizada como medida da aderência do paciente ao tratamento, pode não representar a situação real de aderência do paciente, uma vez que esses pacientes revelaram que aderir a um aspecto do tratamento não significou aderir ao tratamento como um todo.

Em síntese, uma grande parcela dos pacientes em abandono do seguimento médico seguia o tratamento medicamentoso, alguns com regularidade, outros parcialmente, e outros não seguiam como relatado também por OIGMAN et al. (1977).

Assim, pode-se supor que o não-cumprimento do tratamento decorreu também da falta de comunicação — impedindo que fosse compreendida a cronicidade da doença e, portanto, a necessidade da regularidade do uso do medicamento, do seguimento

da dieta, da prática de atividade física e de outras orientações –, ainda, das próprias dificuldades dos pacientes em aceitar e adotar, totalmente, as recomendações, principalmente, aquelas que implicam em mudanças de estilo de vida.

Retomando-se, aqui, o fato de a maioria dos pacientes ter relatado que a hipertensão não tem cura, mas sim, controle, e ter apontado, pelo menos, uma das complicações do não-tratamento, questiona-se o real significado desse conhecimento para os pacientes. Eles compreenderam de fato ou apenas recitaram conceitos ouvidos?

Por outro lado, pensa-se, também, no reconhecido fato de que o conhecimento, por si só, não guarda relação com a prática (BECKER, 1985; CADE, 1994; CAMERON, 1996).

CADE (1994), ao confrontar conhecimentos sobre a HA com os comportamentos relacionados a ela, evidenciou, pelos discursos dos pacientes, que o agir não é função exclusiva do reconhecimento das vantagens e desvantagens que ocorrem no organismo com a realização de tais ações.

“Perceber vantagens e desvantagens não é suficiente para que o indivíduo realize as ações voltadas para a saúde” (1994; p.138).

A concepção da HA como uma doença sintomática já identificada anteriormente, pode explicar, em parte, o comportamento de interromper o uso da medicação quando da ausência de sintomas, embora ainda se reconheça que a doença não tem cura. A fala de Ana traduz muito bem essa questão:

“Quando me sinto melhor, me sinto curada, mesmo que eu saiba que a doença não foi curada” (Ana).

Observou-se, também, a influência de terceiros sobre o paciente levando-o à interrupção do tratamento. Isso ficou claro no relato de Carmelino, quando disse que o “farmacêutico” orientou-o a parar de tomar o remédio.

A fala de Carmem também expressou essa questão:

“A F. [neta] media a pressão e controlou. Então, ela me falou pra tomar o remédio quando me sentir que não estou boa” (Carmem).

Nesse mesmo sentido, DI MATTEO e DI NICOLLA (1982) relataram que os pacientes pesam a influência das recomendações médicas e as recomendações das pessoas que são importantes em suas vidas e tentam manter algum grau de conformidade com a expectativa de um comportamento apropriado para sua identidade cultural e social.

Outro aspecto observado foi a interrupção do uso da medicação como uma “providência” tomada pelo paciente para controle da sua PA, baseada na percepção de sintomas ou na auto-avaliação da medida da PA. O relato abaixo exemplifica essa observação:

“Quando percebo que a pressão está baixa, eu tomo o remédio um dia sim, outro não” (Lucilene).

CADE (1994) também relatou esse aspecto de automanipulação do tratamento medicamentoso da HA em função da sintomatologia percebida.

Tal aspecto é, particularmente, importante, uma vez que os pacientes norteiam a regularidade do tratamento medicamentoso, e, até mesmo, o seguimento ou não das recomendações voltadas para mudanças no estilo de vida e do acompanhamento médico, pela percepção de sintomas ou do nível da PA, correndo risco de estarem tomando uma atitude não condizente com a situação real da pressão, devido à baixa confiabilidade dos sintomas. Por outro lado, auto-avaliações da pressão como boa ou normal podem estar representando um efeito positivo do tratamento, que, quando interpretado como cura, provocam a interrupção da medicação, possivelmente acarretando, em pouco tempo, um descontrole da HA.

Nos relatos que apontaram o consumo de álcool como motivo para o abandono ou interrupções no uso da medicação AH, foram identificadas duas formas distintas de consumo: uso abusivo e uso eventual ou “social”.

As falas desses pacientes ainda denotaram a crença dos mesmos de que álcool e remédio não devem ser misturados, influenciando, assim, na regularidade do uso da medicação AH, bem como no seu total abandono.

Não se observou, na literatura pesquisada, nenhum estudo sobre esse tema. No entanto, o abuso de álcool já foi bem documentado nos trabalhos sobre abandono do tratamento de tuberculose (MARTINEZ et al., 1982).

NEMES et al. (2000a) relataram que o estilo “caótico de vida” dos pacientes com AIDS, que referiram abuso de álcool, esteve claramente relacionado com a não-aderência ao tratamento, enquanto que o uso do tipo “moderado” ou “recreacional” não representou papel importante.

As razões pessoais apresentadas para o abandono do uso da medicação denotaram falta de motivação pessoal para o tratamento.

CALDWELL et al. (1970) encontraram o desânimo entre os relatos de razões apontadas pelos pacientes para abandonarem o tratamento da HA e, discutindo o tema, comentaram que atitudes do tipo “*Eu não me importo*” ou a decisão deliberada de abandonar o tratamento, sem quaisquer outras justificativas, podem representar negação da doença. Apontaram que a persuasão do médico, nesses casos, pode ser uma medida eficaz para desencorajar o abandono.

A presença de efeitos colaterais da medicação AH foi relatada como motivo para o abandono ou interrupção do uso da medicação apenas por quatro dos 12 pacientes que referiram efeitos adversos ao seu uso. Tal fato sugere que os efeitos negativos do tratamento não foram razão suficiente para que a maioria dos que os perceberam interrompesse o uso da medicação, enquanto que, para outros, motivou a interrupção ou abandono.

CADE (1994) encontrou evidência semelhante ao estudar comportamentos de saúde relacionados à HA. Ela assim a descreve:

“Alguns sujeitos mantêm as práticas mesmo relatando efeitos negativos e outros não as fazem com regularidade apesar dos efeitos positivos” (1994; p.138).

Pode-se pensar que a tolerância ou, talvez, o enfrentamento, dos efeitos adversos da medicação foram diferentes para esses pacientes, levando alguns a interromperem o uso da medicação. Embora não se tenha investigado essa questão, pode-se

pensar que alguns fatores tenham dificultado um enfrentamento mais positivo que os levasse a não interromper o tratamento.

Como já identificado anteriormente, houve falhas na comunicação, serviço de saúde-usuário com fornecimento parcial de informações sobre a doença, bem como a percepção de barreiras, pelos pacientes, que dificultavam o diálogo e, mais que isso, o acesso desses ao serviço de saúde.

Chamou a atenção o fato de o custo financeiro do tratamento não ter sido apontado como razão para o abandono da medicação, uma vez que cerca de um terço dos pacientes relatou ter tido dificuldade na obtenção da medicação AH, e a maioria deles a adquiriu por compra. Esta também é uma razão muito relatada na literatura como causa de abandono do uso da medicação.

A falta de informação clara a respeito do tratamento prescrito foi relatada como motivando a interrupção do uso da medicação AH.

Embora a literatura reconheça que, em geral, o fornecimento de informação sobre a natureza da doença e seu tratamento, geralmente, não melhora a aderência, percebeu-se, no relato, relação entre informação e uso da medicação.

Para BECKER (1989), o conhecimento sobre detalhes da prescrição terapêutica é essencial para a correta aderência do paciente à medicação e, sob algumas condições, o fornecimento de informações pode influenciar a aderência. O autor relatou que, para indivíduos motivados a cumprir, mas que desconhecem os procedimentos corretos, a informação pode ser benéfica, para os pacientes já informados, mas que são insuficientemente motivados, informações adicionais sobre o regime de tratamento são improváveis que aumentem a aderência.

Vários estudos (CALDWELL et al., 1970; OIGMAN et al., 1977; BARROS et al., 1987) relataram motivos apontados pelos pacientes para a interrupção do tratamento medicamentoso, semelhantes aos aqui encontrados, diferindo, entretanto, nas frequências encontradas. Porém, todos relataram o custo financeiro entre as razões apontadas e, nenhum deles, o consumo de álcool.

Os motivos apontados para o não-cumprimento do tratamento não-medicamentoso variaram segundo o tipo de recomendação recebida, porém, a maioria deles foi idêntica aos já relatados como razão para o abandono do tratamento medicamentoso.

Foram motivos especificamente relatados: crenças sobre a HA (motivo relatado para o abandono de todas as recomendações recebidas); incompatibilidade com as atividades diárias e/ou com a dinâmica familiar e limitação física (ambas relatadas como causa do abandono ou não-aderência à prática de atividade física).

A crença de que a elevação da pressão foi uma condição circunstancial, que se deu em função de emoções vividas naquele momento da vida, e que, com a minimização ou eliminação dessa causa, ela voltaria a se normalizar, foi a razão apontada por uma das entrevistadas para o não-cumprimento de nenhuma recomendação para mudanças nos hábitos de vida.

Vários autores (CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; BECKER, 1985; MEICHENBAUM e TURK, 1987) reconhecem que as crenças e normas subjetivas que os pacientes constroem e mantêm influenciam, substancialmente, na sua aderência.

Os discursos que apontaram incompatibilidade com atividades diárias e/ou com a dinâmica familiar, bem como os que expressaram limitações físicas, denotaram a

percepção de barreiras, sejam elas ligadas ao cotidiano familiar e/ou profissional, sejam elas físicas, influenciando o não-cumprimento da recomendação para a prática de atividade física.

Observou-se, assim, que à medida que o cotidiano dinâmico das pessoas é percebido como uma barreira, este pode influenciar, em parte, no abandono do tratamento.

CADE (1994) também observou que alguns pacientes hipertensos caminhavam regularmente e paravam de acordo com as condições de vida que estavam passando.

Por outro lado, um dos relatos traz à reflexão a possibilidade das barreiras percebidas encobrirem outra questão, como prioridades estabelecidas, manifestada como: “tempo é questão de preferência”.

Nos relatos expressando as limitações físicas como barreiras que motivaram o abandono ou não-aderência à prática de atividade física, observaram-se duas questões importantes a serem destacadas. A primeira delas relacionou-se à possível inadequação da recomendação médica ao orientar a realização de caminhada para um paciente que deambulava com dificuldade, inclusive, com auxílio de uma bengala. A segunda refere-se à presença de dor que impedia a caminhada e que, por alguma razão, pode não ter sido relatada ao médico ou ao serviço de saúde, a fim de que outras medidas fossem sugeridas.

Poucos estudos foram encontrados (MARTINS, 1994; CADE, 1994; PESSUTO, 1999), dentre os pesquisados, enfocando as causas de abandono das recomendações voltadas para mudanças nos hábitos de vida. Entre esses, os dados apresentados também variaram segundo o tipo de recomendação dada. Alguns motivos aqui relatados também foram encontrados nesses estudos, como: incompatibilidade com as atividades diárias e/ou com a dinâmica familiar e limitações físicas (CADE, 1994;

PESSUTO, 1999) para a prática de atividade física, além de razões pessoais (PESSUTO, 1999) para a não-realização das recomendações relativas à dieta alimentar.

Os relatos apontando a organização e estrutura de funcionamento do CSE como motivadores do **abandono do seguimento médico** na instituição denotaram a percepção dos pacientes de uma série de barreiras impostas pelo referido serviço, dificultando o seu acesso ao mesmo. Tais barreiras ao acesso foram expressas pelas seguintes dificuldades: longo tempo de espera para ser atendido, dificuldade para conseguir uma consulta quando o próprio paciente julgava necessária e, mesmo, para agendá-la, falta de médico no serviço e horário de funcionamento da unidade incompatível com as atividades diárias e/ou profissionais.

Ao relatarem a mudança freqüente de médico como uma das razões para o abandono do seguimento no CSE, os pacientes apontaram a organização e estrutura do serviço dificultando ou, mesmo, impedindo a continuidade do cuidado médico, condição mínima para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. Os dados do perfil do GAB, segundo algumas características do seguimento médico, já haviam demonstrado que tal grupo foi o que apresentou maior mudança de médico, corroborando com os ora apresentados. Observou-se, também, entre as características do GAB, uma maioria de pacientes que trabalhava, fato que pode explicar o horário de funcionamento do CSE, bem como o tempo de espera terem sido motivos apontados para o abandono do seguimento.

Observou-se, ainda, que os pacientes apresentavam perfis diferentes quanto a sua motivação para o tratamento tanto nos relatos apontando a organização e estrutura do CSE, como nos que apontaram a relação médico-paciente como motivos para o abandono do seguimento médico nesse serviço. Alguns pacientes, ao perceberem barreiras para

acesso e/ou a insatisfação com a interação com o médico buscaram, então, atendimento em outro serviço de saúde.

Por outro lado, outros pacientes deixaram de freqüentar o CSE ficando, então, sem acompanhamento médico para o tratamento da HA.

A influência do serviço de saúde, bem como da relação médico-paciente na aderência do paciente foi bem estabelecida em vários estudos sobre doenças crônicas, em geral, especialmente enfocando os aspectos aqui relatados (CHRISTENSEN, 1978; DI MATTEO e DI NICOLLA, 1982; BECKER, 1985; MEICHENBAUM e TURK, 1987).

Outro motivo relatado para o abandono do seguimento no CSE foi a realização de tratamento em outro serviço de saúde que, embora motivado por distintas situações, retoma a discussão do acesso ao serviço de saúde, tanto no sentido de acessibilidade quanto de proximidade geográfica.

Alguns pacientes relataram que abandonaram o seguimento no CSE por terem acesso a um convênio de saúde ou a um serviço de atenção secundária.

Nos relatos de freqüência aos serviços conveniados, observou-se a expressão de uma série de vantagens de tais serviços contrapondo-se às barreiras anteriormente destacadas como dificultadoras do acesso ao CSE. Esses relatos, por outro lado, não denotaram a busca pelo serviço conveniado em função das barreiras percebidas, mas sim, uma questão de oportunidade.

Observou-se, ainda, dentre as vantagens explicitadas, a crença de alguns pacientes em um melhor “status” do serviço conveniado, à medida que uma das vantagens apontadas foi “*poder escolher um especialista*”, sugerindo melhor qualidade técnica. Essa crença também pode ser observada na concepção de que Centro de Saúde é destinado ao atendimento de “coisas mais simples”.

Os relatos que expressaram o tratamento de outra doença associada, em serviço de atenção secundária, como motivo do abandono do seguimento não apontaram a percepção de barreiras no atendimento do CSE e, sim, oportunidade e facilidade de tratamento da HA no mesmo local de tratamento da outra doença.

A questão do acesso geográfico foi claramente relatada como uma barreira dificultadora, causando, assim, o abandono.

COHN et al. (1991) relataram que a proximidade do serviço de saúde, entre outros fatores, rege a orientação de seguimentos sociais urbanos periféricos, para a utilização de serviços de saúde.

Retoma-se a discussão sobre o relato de razões pessoais como motivadores do abandono do seguimento médico no CSE, pelo fato de revelarem outros aspectos que não os já abordados anteriormente.

Os aspectos anteriormente discutidos diziam respeito à motivação, opção pessoal e outras justificativas de caráter subjetivo. Foram observadas, ainda, nos relatos sobre os motivos de abandono do seguimento no CSE, outras razões de caráter mais objetivo, como: carências socioeconômico-culturais, limitações físicas, dificuldades relacionadas à família e/ou trabalho, além de outras.

Em várias falas observou-se que o motivo, fosse ele subjetivo ou objetivo, foi expresso como uma barreira para manter o seguimento no CSE, motivando, assim, o abandono.

Alguns relatos denotaram, ainda, a busca de alternativas para suplantiar as barreiras de ordem pessoal percebidas, exemplificando isso na fala seguinte:

“Às vezes, não tenho dinheiro pra ir no dia da consulta e, também, porque eu não sei ler, às vezes passa o dia da consulta. Eu vou aqui no Bloco [ambulatório do HC da UNESP]” (Aparecida).

DI MATTEO e DI NICOLLA (1982) classificaram os aspectos, aqui nomeados de subjetivos, como fatores intrapsíquicos (envolvendo pensamentos, sentimentos e atitudes) e os objetivos, como fatores ambientais (correspondendo a aspectos de vida dos pacientes) relatando a associação de ambos com a aderência do paciente.

Outros estudos (CALDWELL et al, 1970; FLORENZANO U., 1981b), que buscaram os motivos do abandono do seguimento médico num dado serviço de saúde, por meio de entrevista com os pacientes, encontraram relato de causas semelhantes, em sua maioria, às aqui relatadas, diferindo nas frequências observadas e em alguns motivos. CALDWELL et al. (1970) observaram, também, falta de apoio familiar e FLORENZANO U. et al. (1981b) relataram excesso de comprimidos prescritos e duração do tratamento. Nenhum dos estudos encontrou consumo de álcool e o tratamento em outros serviços de saúde, aqui relatados.

Em relação às **estratégias utilizadas para controle da hipertensão arterial**, observou-se que a maioria dos pacientes entrevistados relatou que empregava uma ou mais ações para controlar a HA.

A medicação AH, ainda que utilizada de forma irregular por alguns pacientes, ou mesmo, de forma esporádica por outros, conforme se observou, foi uma das ações bastante relatadas para controle da HA.

Nesse mesmo sentido, MARTINS (1994) afirmou que a medicação AH, a partir da constatação da doença, passa a fazer parte obrigatória do cotidiano, mesmo que as

instruções médicas não sejam seguidas à risca, como no caso daqueles que usam a mesma irregularmente ou, apenas, na presença de sintomas.

A verificação da pressão arterial também foi outra estratégia apontada pela maioria dos pacientes. Já havia sido constatado anteriormente, que vários pacientes se utilizaram dessa ação para nortear o próprio tratamento da HA, ou seja, quando constatavam que a PA estava “boa” ou “normal”, deixavam de utilizar o medicamento e/ou de cumprir com as recomendações e o seguimento médico.

Quando indagados sobre os níveis pressóricos obtidos nessas aferições, os relatos indicaram que metade dos pacientes que verificaram a PA, de forma regular ou irregular, estava com a mesma controlada. No entanto, tais relatos podem ser tomados, apenas, como uma possível estimativa da situação de controle da hipertensão, nesses pacientes, pois vários aspectos devem ser levados em conta, como, por exemplo, a técnica de mensuração utilizada, a padronização do aferidor, condições ambientais e do aparelho, etc.

A literatura (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997; PICCINI e VICTORA, 1997) tem apontado um percentual menor de pacientes controlados, porém, para efeito de comparações, além dos vários aspectos levantados acima, devem ser considerados, também, os níveis pressóricos em que a HA foi definida.

VI. CONCLUSÃO

O problema do abandono do tratamento é um dos aspectos fundamentais no controle da doença, uma vez que pode comprometer sua efetividade, com consequências sérias para o próprio paciente e elevar os custos sociais.

A presente investigação permitiu as seguintes conclusões:

- A taxa de abandono do seguimento médico no CSE foi bastante elevada (cerca de 50,0%), embora inferior à referida em outros estudos.
- A mesma não pode ser generalizada como taxa de abandono do seguimento médico ou do tratamento da hipertensão, uma vez que se observou que mais da metade dos pacientes entrevistados estava tendo acompanhamento médico para tratamento da HA em outros serviços de saúde, e aderiam a algumas recomendações voltadas a mudanças no estilo de vida e, também, cerca da metade usava regularmente a medicação anti-hipertensiva.
- Os pacientes abandonaram o seguimento médico no CSE muito precocemente, logo nos primeiros meses após o diagnóstico da hipertensão.
- Os entrevistados, apesar de terem conhecimentos adequados sobre a HA, ainda que parciais, não aderiram completamente ao tratamento prescrito. Essa não-aderência pode decorrer de falhas na comunicação, de fatores ligados ao próprio serviço de saúde e de razões ligadas ao próprio paciente.

- A análise das respostas sobre os motivos de abandono do tratamento da HA mostrou que razões relacionadas ao próprio paciente, ausência de sintomas, melhora e/ou normalização da PA e consumo de álcool foram semelhantes aos apresentados para o abandono de quaisquer dos componentes do tratamento.
- A presença de efeitos colaterais da medicação AH e a falta de informações sobre o uso correto da mesma foram motivos especificamente relatados para o abandono do tratamento medicamentoso.
- A percepção de vários pacientes sobre a hipertensão como doença sintomática e/ou a percepção ou avaliação (pelo próprio paciente ou por terceiros) da pressão como “boa” ou “normal” levava os mesmos a manipular o tratamento medicamentoso, nortear a regularidade do cumprimento das recomendações, fossem elas referentes às mudanças no estilo de vida e ao seguimento médico.

Os pacientes que relataram como motivo do abandono do tratamento o uso de álcool, tanto na forma abusiva como eventual ou “social”, mantinham a crença de que bebida e remédio não devem ser misturados.

- Com relação ao abandono do seguimento médico no CSE, identificou-se a importância do próprio serviço de saúde influenciando o abandono. Destacaram-se, principalmente, barreiras percebidas, pelos entrevistados, para o acesso ao serviço (representadas pelo horário de funcionamento, longo tempo de espera, dificuldade para conseguir e/ou marcar consultas e outras); a relação médico-paciente (seja por

insatisfação ou por uma boa interação), e a influência da organização e estrutura de funcionamento do serviço, à medida que mudanças constantes de médicos foram relatadas, dificultando o estabelecimento da própria relação médico-paciente, já apontada, anteriormente, como desfavorecendo a comunicação usuário-serviço.

- O tratamento em outro serviço de saúde e a distância foram motivos especificamente relatados para o abandono do seguimento no CSE.

É evidente que a utilização de um critério dos que compõem a aderência ao tratamento (no caso, o seguimento médico), por questões operacionais, traz limitações. Contudo, foi possível, por intermédio deste, obter dados que permitiram uma maior compreensão sobre o tema e indicar novas direções de pesquisa, além de sugerir modificações para a organização do serviço.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. L. Antero Neto e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1997. 225p.

BARROS, M. A. O. et al. Hipertensão arterial: causas de não-aderência ao tratamento. **CCS Cienc. Cult. Saúde**, v.9, p.19-21, 1987.

BECKER, M.H. Patient adherence to prescribed therapies. **Med. Care**, v.23, p.539-55. 1985.

BLANCHET, A., GOTMAN, A. **A enquete e seus métodos: a entrevista**. Trad. G. Menezes. Paris: Editions Nathan, 1992. p.1-11.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 187p.

* UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas. **Normas para publicações da UNESP**. São Paulo: Editora UNESP, 1994. v.2: Referências Bibliográficas. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 1997. 240p.

CADE, N. V. **Aspectos Psicossociais no cotidiano dos hipertensos**: um estudo sobre a continuidade do tratamento em pacientes pertencentes ao programa para controle da hipertensão arterial. Vitória, 1994. 186p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo.

CALDWELL, J.R. et al. The dropout problem in antihypertensive treatment. A pilot study of social and emotional factors influencing a patient's ability to follow antihypertensive treatment. **J. Chron. Dis.**, v.20, p.579-92, 1970.

CAMERON, C. Patient compliance: reorganization of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. **J. Adv. Nurs.**, v.24, p.244-50, 1996.

CAR, M. R. A mortalidade cárdio-cerebrovascular e os problemas da prática do controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, p.140 –3, 1998.

CHRISTENSEN, D.B. Drug-taking compliance: a review and synthesis. **Health Serv. Res.**, v.13, p.171-87, 1978.

COHN, A. et al. A medicalização e o imaginário no consumo de serviço de saúde. In: _____. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. p.95-130.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3, 1998, Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Anais...** Campos do Jordão: BG Cultural, 1998. 38p.

COSTA, F.V. Compliance with antihypertensive treatment. **Clin. Exp. Hypertens.**, v.18, p.463-72, 1996.

CYRINO, A.P. et al. **Estudo da assistência prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial em serviço de atenção primária à saúde, 1995 a 1998.** Botucatu, 1999. (Projeto de Pesquisa em andamento) (Mimeo).

CYRINO, A.P. **Estudo da assistência prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial em serviço de atenção primária à saúde 1995 à 1998.** Botucatu, 2001. (Relatório de Pesquisa) (Mimeo).

CYRINO, A.P.P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde:** estudo de um serviço de atenção primária à saúde. São Paulo, 1993. 327p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DI MATTEO, M.R., DI NICOLA, D.D. **Achieving patient compliance:** the psychology of the medical practitioner's role. USA: Pergamon Press, 335p. 1982.

DRUMOND JUNIOR, M., LIRA, M.M.T.A. Mortalidade precoce no Brasil. Coeficientes de Mortalidade por sexo e faixa etária em 1980 e 1997. In: _____. **Estudos Epidemiológicos: vigilância epidemiológica**. Brasília: FUNASA, 2000. p.49-95.

DUARTE, M.T.C. et al. Grupo de vivência de pacientes hipertensos como estratégia de comunicação e educação em saúde. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6, 1999, Águas de Lindóia. **Livro de Resumos...** Águas de Lindóia: Associação Paulista de Saúde Pública, 1999. p.96.

EASTAUGH, S.R., HATCHER, M.E. Improving compliance among hypertensives: a triage criterion with cost-benefit implications. **Med. Care**, v.20, p.1001-17, 1982.

FLACK, J.M. et al. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. **Eur. Heart J.**, v.17, p.16-20, 1996.

FLORENZANO, U. R. et al. Permanencia en tratamiento antihipertensivo: comparación de los sistemas de seguimiento. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.91, p.428-40, 1981a.

FLORENZANO, U. R. et al. Un estudio de pacientes que abandonam su tratamiento antihipertensivo. **Rev. Med. Chil.**, v.109, p.1060-64, 1981b.

GERBER, K.E., NEHEMKIS, A.M. **Compliance**. The dilemma of the chronically ill. New York: Springer Publishing Company, 1986. 212p.

GIORGI, D.M.A. et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhora. **Rev. Bras. Med. Cardiol.**, v.4, p.167-76, 1985.

GOODMAN, L.A. Simultaneous confidence intervals for contrasts among multinomial populations. **Ann. Math. Stat.**, v.35, p.716-25, 1964.

GOODMAN, L.A. On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. **Technometrics**, v.7, p.247-54, 1965.

HERSHEY, J.C. et al. Patient compliance with antihypertensive medication. **Am. J. Public. Health.**, v.70, p.1081-88, 1980.

HOMEDES, N., UGALDE, A. Que sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.91, p.491-517, 1981.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina, (São Paulo)**, v.29, p.232-8, 1996.

JOINT NATIONAL COMMITTEE: **on prevention, detection, evaluation, and treatment of bright blood pressure**, 6. Bethesda: Bethesda National Institutes of Health, 1997. 70p.

JORDAN, M.S. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P.R. et al. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. cap.1, p.5-26.

KANNEL, W.B. et al. Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke. The Framingham Study. **J. Am. Med. Assoc.**, v.245, p.1225-9, 1981.

LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.2, p.59-75, 1993.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998. cap. 5, p.77-96.

LESSA, I. et al. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.41, p.119-23, 1983.

LESSA, I. et al. Diferenças na medida da pressão arterial em primeiras consultas pré e pós-implantação do Programa Nacional de Controle da Hipertensão. **Dev. Assoc. Med. Bras.**, v.39, p.141-5, 1993.

LEVINE, D.M. et al. Health education for hypertensive patients. **J. Am. Med. Assoc.**, v.241, p.1700-3, 1979.

LIRA, M.M.T.A., DRUMOND JÚNIOR, M. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil em 1980 e 1997. In: _____. **Estudos Epidemiológicos: vigilância epidemiológica**. Brasília: FUNASA, 2000. p.9-46.

MANN, N.C. **Improving adherence behaviour with treatment regimens**. Geneva: World Health Organization. Division of Mental Health. Behaviour Science Learning Modules, 1993. p.1-14.

MARTÍNEZ, G.M.C. et al. Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de vigilancia familiar. **Rev. Med. IMSS**, v.20, p.667-75, 1982.

MARTINS, S.T.F. **Cotidiano e emoções no processo saúde-doença: análise psicossocial da hipertensão arterial**. São Paulo, 1994. 237p. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica.

MEICHENBAUM, D., TURK, D.C. **Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook**. New York: Plenum Press, 1987. 310p.

NELSON, E.C. et al. Impact of patient perceptions on compliance with treatment for hypertension. **Med. Care**, v.16, p.893-906, 1978.

NEMES, M.I.B. et al. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários.

In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo.** Brasília, 2000a. p.103-31.

NEMES, M.I.B. et al. Prevalência da Aderência e Fatores Associados. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo.** Brasília, 2000b. p.65-101.

OIGMAN, W. et al. Abandono de tratamento na hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.30, p.247-53, 1977.

PADOVANI, C.R. Noções básicas de bioestatística. In: CAMPANA, A.O. **Introdução à investigação clínica.** São Paulo: Trianon, 1995. p.111-43.

PESSUTO, J. **As necessidades básicas afetadas e os fatores de risco de clientes portadores de hipertensão arterial.** Ribeirão Preto, 1994. 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PESSUTO, J. **Mecanismos de coping utilizados por indivíduos portadores de hipertensão arterial.** Ribeirão Preto, 1999. 330p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PICCINI, R.X., VICTORA, C.G. How well is hypertension managed in the community? A population based survey in a Brazilian city. **Cad. Saúde Pública**, v.13, p.595-600, 1997.

PIERIN, A.M.G. **A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório:** estudo sobre os problemas, dificuldades expectativas quanto à doença e tratamento. São Paulo, 1985. 109p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PRÉCOMA, D.B. et al. Estudo da aderência ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Med. Paraná**, v.47, n.112, p.5-8, 1989.

ROCHA, J. C. et al. Avaliação do controle da hipertensão arterial leve e moderada realizada por profissionais de saúde não-médicos. **Rev. Bras. Med. Cardiol.**, v.4, p.91-8, 1985.

ROCHA, J..M..A. Compliance. Você acha que a receita vai ser seguida? In: PAULO, L.G., ZANINI, AC . **Compliance:** sobre o encontro paciente-médico. São Paulo: IPEX, 1997. cap 4, p. 51-66.

RODRIGUES, L. et al. Interações com os usuários na unidade básica de saúde: In: SCHARIBER, L.B. et al. **Saúde do Adulto:** programas e ações na unidade básica. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996. p.262-75.

ROSE, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: BUCK, C. et al. **El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas**. Washington: Organización Pan-americana de la Salud, 1988. p.900-9. (OPAS – Publicación científica, 505).

SALA, A. et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.29, p.463-71, 1993.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. GESAI – Grupo de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, CADAIS – Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde. **Manual de orientações em hipertensão arterial sistêmica**. São Paulo, 1994. 80p.

SIEGEL, S., CASTELLAN JUNIOR, N.J. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. 2.ed. New York: Mc-Graw Hill, 312p. 1988.

SIMPOSIO sobre hipertensión en America Latina. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.105, p. 203-8, 1988.

SPRITZER, N. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Medicina (São Paulo)**, v.29, p.119-213, 1996.

STECKEL, S.B., SWAIN, M.A. Contract with patients to improve compliance. **J. Acad.**

Hosp. Adm., v.51, p.81-4, 1997.

URQUHART, J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. **Eur. Heart J.**, v.17, p.8-15, 1996.

VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON
ANTIHYPERTENSIVE AGENTS. Effects of treatment on morbidity in hipertensive
II: results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. **J.
Am. Med. Assoc.**, v.213, p.1143, 1974.

ANEXO I

<CDR5201>
25/09/2000

SIMIS – Sistema Municipal de Informações em Saúde

Pag.001
09:34

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Matrícula.....:
Nome:
Data Nascimento:
C.P.F.:
R.G.....:
Nacionalidade:
Naturalidade:
Sexo:
Cor:
Estado Civil:
Nome Mãe:
Nome Pai:
Cônjuge.....:
Instrução:
Profissão:
Referência.....:
Ambulatório.....:
Profissional:

Código Família:
Endereço:
Bairro.....:
Município:
U.F.:
CEP:
Telefone.....:
Unidade.....:
Zona.....:
Cart. Registrada:

Data Alta.....:
Data Reabertura:
Motivo da Alta.....:
Unidade Prontuário.....:

Matríc. Anterior.....:

Anexos

ANEXO II

Nome: _____ Matrícula: _____

Data da 1º C.M. com diagnóstico de HA: ____/____/____

Doença crônica associada: _____

	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nº de retornos solicitados						
Nº de retornos agendados						
Nº de comparecimentos aos retornos						
Nº de mudança de médico entre as CM						
Nº de médicos que atenderam o paciente						
Nº de medicamentos anti-hipertensivos AH						
Nº de tomadas/dia (AH)						
Nº de outros medicamentos de uso contínuo						
Data do 1º abandono						
Houve agendamento (Sim/Não)						
Data da 1ª reinscrição (R1)						
Data do 2º abandono						
Data da 2ª reinscrição (R2)						

ANEXO III

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Nome: _____ Matrícula: _____

Endereço: _____

Data 1ª Consulta com diagnóstico de HA ____/____/____

Data do último comparecimento ____/____/____

1. O senhor(a) trabalha? () Sim () Não

2. Qual sua ocupação? _____
Horário de trabalho: _____

3. Por que o Sr(a) procurou (freqüentou) o tratamento no CSE?

4. O que o Sr(a) achava que tinha (sentia)?

5. O que o médico disse que o Sr(a) tinha?

6. Quando o Sr(a) estava freqüentando o CSE, o médico lhe explicou o que é hipertensão arterial?

() Sim () Não () Não se lembra () Outra resposta _____

7. O que o Sr(a) acha que é a hipertensão arterial?

8. O médico lhe informou se a doença tem cura?

() Sim () Não () Não se lembra () Outra resposta _____

9. Para o Sr(a), a doença:

- () tem cura
() não tem cura, mas tem controle
() não tem cura nem controle

Anexos

() não sabe

() outra resposta: _____

10. Qual o tratamento que o médico lhe deu?

Remédio () Sim () Não

Orientações () Sim () Não

Quais? _____

11. O Sr(a) foi informado, pelo médico, das consequências de não tratar da pressão arterial?

() Sim () Não () Não se lembra

() Outra resposta _____

12. O Sr(a) sabe quais são as consequências do não-tratamento?

13. O Sr(a) perguntou ao médico suas dúvidas a respeito da hipertensão arterial?

() Sim () Não () Não se lembra () Outra resposta _____

14. O Sr(a) perguntou ao médico outras dúvidas não relacionadas a hipertensão arterial?

() Sim () Não () Não se lembra () Outra resposta _____

15. Se não, por quê?

16. Após a Consulta Médica, o Sr(a) foi atendido na pós-consulta por um funcionário da enfermagem. Ele lhe deu alguma orientação. Qual (ais)?

- sua doença () Sim () Não () Não se lembra

- seu tratamento () Sim () Não () Não se lembra

- os remédios () Sim () Não () Não se lembra

- consequências de não tratar da HA () Sim () Não () Não se lembra

- outras orientações. Quais? _____

17. O Sr(a) perguntou suas dúvidas, sobre a hipertensão, ao funcionário da pós-consulta?

() Sim () Não () Não se lembra

Anexos

18. O Sr(a) perguntou outras dúvidas, não relacionadas a hipertensão, ao funcionário da pós-consulta?

() Sim () Não () Não se lembra

19. Se não, por quê?

20. Com relação ao tratamento, o Sr(a) teve alguma dificuldade para conseguir o(s) remédio(s) prescrito(s)?

() Sim () Não

21. Qual (ais) ?

22. O Sr(a) comprou o medicamento?

() Sim () Não

23. O Sr(a) tomou o(s) remédio(s) prescrito(s) ?

() Sim () Não

Por quanto tempo?

24. Se parou, por que o Sr(a) deixou de tomar o remédio?

25. Como o Sr(a) se sentiu com o remédio?

26. Quanto às outras orientações recebidas (questão 10), o Sr(a) cumpriu alguma?

() Sim () Não

Qual (is)? Por quanto tempo?

Se parou, por quê?

Anexos

27. Quais orientações nunca seguiu? Por quê?

28. Apesar de não estar freqüentando o CSE, o Sr(a) tem feito alguma coisa para controlar sua pressão arterial?

29. O Sr(a) tem verificado sua PA atualmente? Como está? Onde tem verificado?

30. Por que o Sr(a) deixou de freqüentar o serviço para tratamento de PA?

31. Freqüentou outro serviço de saúde para tratar a HA?

() Sim () Não Qual? _____

32. Está freqüentando, atualmente, outro serviço de saúde para tratar a HA?

() Sim () Não Qual? _____

ANEXO IV

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre o “Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial: relato de usuários do CSE”, realizado sob a responsabilidade da enfermeira e aluna do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, sob a orientação da Profa. Dra. Massako Iyda e co-orientação da Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, concordo em participar do mesmo. Estou, também, ciente de que a enfermeira Marli estará disponível para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar este meu consentimento a qualquer hora, sem prejuízo do meu atendimento no Centro de Saúde-Escola (CSE). Caso não me sinta atendido, poderei entrar em contato com a direção do CSE.

Botucatu, ____ de _____ de 2000.

Assinatura do Paciente