

Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos*

Clinical and social profile of patients with hypertension and/or diabetes and their reasons to missing appointments

Perfil clínico, social y motivos de faltas a consultas de hipertensos y/o diabéticos

Fernanda Teixeira Trindade¹, Haline Souza Antunes², Neyandra dos Santos de Souza³,
Tânia Maria de Oliva Menezes⁴, Constança Margarida Sampaio Cruz⁵

* Esse artigo é resultado do trabalho de conclusão de curso da residência multiprofissional em Saúde da Família promovido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Sociedade Hólon e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

¹ Enfermeira. Salvador, BA, Brasil. E-mail: fefertrindade@hotmail.com.

² Odontóloga. Salvador, BA, Brasil. E-mail: halinea1@hotmail.com.

³ Enfermeira. Salvador, BA, Brasil. E-mail: nevandra@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Salvador, BA, Brasil. E-mail: tomenezes@uol.com.br.

⁵ Médica, Doutora em Medicina e Saúde Humana. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. E-mail: constancacruz@yahoo.com.br.

RESUMO

Estudo cujo objetivo foi conhecer o perfil clínico e social de hipertensos e /ou diabéticos que não comparecem as consultas e identificar os motivos que levaram esses usuários a ausência às consultas. Estudo de série de casos, realizado em uma unidade de saúde que funciona em consonância com a estratégia saúde da família, entre outubro e dezembro de 2010. Dentre os faltosos, houve predominância de mulheres (87,8%), faixa etária de 50-59 anos (44,9%), ensino fundamental incompleto (46,9%), renda de até 2 salários mínimos (69,4%). Os principais motivos de falta às consultas foram compromissos no dia (17,3%), esquecimento da data e outros motivos não especificados (12,2%). O conhecimento do perfil destes usuários e os motivos para ausência às consultas apontam para nortear a oferta das estratégias multiprofissionais, reorganizar os serviços e promover condições para melhor adesão ao tratamento.

Descritores: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the clinical and social profile of patients with hypertension and/or diabetes that fail to attend medical appointments and their reasons for being absent. This case series study was performed at a health unit that works in collaboration with the family health strategy, between October and December of 2010. Most absentees (87.8%) were women, aged between 50-59 years (44.9%), with an incomplete primary education (46.9%), with an income of up to two minimum salaries (69.4%). The main reasons for the absences were having other engagements on the same day (17.3%), forgetting the appointment date and other unspecified reasons (12.2%). By knowing the profile of these patients and their reasons for being absent to medical appointments it is possible to provide guided multiprofessional strategies, reorganize services and promote conditions for better treatment adherence.

Descriptors: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Public Health Nursing.

RESUMEN

Estudio que objetivó conocer el perfil clínico y social de hipertensos y/o diabéticos que no comparecen a las consultas e identificar los motivos que llevaron a tales usuarios a ausentarse de las mismas. Estudio de serie de casos, realizado en una unidad de salud que funciona en conjunto con la estrategia salud de la familia, entre octubre y diciembre de 2010. Entre los ausentes, predominaron las mujeres (87,8%), faja etaria de 50-59 años (44,9%), enseñanza primaria incompleta (46,9%), ingresos de hasta dos salarios mínimos (69,4%). Los principales motivos de falta a las consultas fueron compromisos en el día (17,3%), olvido de fecha y otros motivos no especificados (12,2%). El conocimiento del perfil de estos usuarios y los motivos de su ausencia a las consultas apuntan a orientar la oferta de las estrategias multiprofesionales, reorganizar los servicios y promover condiciones para una mejor adhesión al tratamiento.

Descriptorios: Hipertensión; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi idealizada com o objetivo principal de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, implantando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com implicações de responsabilidades entre serviços de saúde e comunidade⁽¹⁾.

De acordo com essa proposta, as unidades de saúde devem orientar sua clientela a partir de uma base territorial definida (adscrição da clientela), onde o acesso à unidade ocorre prioritariamente por meio de uma oferta organizada de serviços oportunos e adequados as necessidades de saúde da população⁽²⁾.

Dentro da oferta organizada para grupos populacionais prioritários destaca-se aquele destinado a usuários hipertensos e/ou diabéticos, visto o número crescente destes, decorrentes do fenômeno da transição epidemiológica, onde o envelhecimento populacional tem acarretado um considerável aumento das doenças crônicas não-transmissíveis⁽³⁾, sendo fundamental conhecer as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade.

Entre doenças crônico-degenerativas, destaca-se a Hipertensão Arterial, cuja estimativa para o ano de 2025 é que 60% da população no mundo seja portadora desta patologia⁽⁴⁾. Ela é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. Quanto a Diabetes *Melitus*, na atualidade, se apresenta como uma epidemia mundial. Cerca de quatro milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes⁽⁵⁾.

O agravamento dessas doenças e suas complicações têm relação com a falta de adesão ao tratamento⁽⁶⁻⁷⁾. O comparecimento regular às consultas agendadas apresenta correlação positiva com a adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais regularmente o indivíduo comparecer às consultas, maior sua adesão ao tratamento⁽⁸⁾. Neste sentido, para os trabalhadores da área de saúde que integram as equipes de saúde da família é importante detectar o perfil clínico e social de hipertensos e/ou diabéticos que não comparecem as

consultas, bem como os motivos da ausência dos mesmos, para que se possa adequar às ações em saúde, reorganizar os serviços e assim, promover condições para melhorar a adesão ao tratamento.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivos conhecer o perfil clínico e social de hipertensos e/ou diabéticos que não comparecem às consultas e identificar os motivos que levaram esses usuários a ausência às consultas.

MÉTODOS

Estudo de série de casos, de natureza descritiva realizado numa unidade docente-assistencial, que atua em consonância com a Estratégia Saúde da Família, localizada em um bairro periférico do município de Salvador, Bahia. O local de estudo é mantido por uma Organização não-governamental, em parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, a Universidade Federal da Bahia, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde. A referida unidade tem em sua área adscrita mais de 5000 famílias, que são acompanhadas por equipes multiprofissionais, e é campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação (sob formato de residência) de estudantes da área de saúde.

Do total de 872 usuários do serviço que faltaram à consulta de Saúde do Adulto e do Idoso de abril a setembro de 2010, 90 deles faltou a pelo menos duas vezes e destes, 49 eram hipertensos e/ou diabéticos.

Os sujeitos do estudo foram usuários hipertensos e/ou diabéticos, maiores de 18 anos, que faltaram à consulta de saúde do adulto ou saúde do idoso entre os meses de abril a setembro de 2010. Foi considerado faltoso aquele usuário que não compareceu a pelo menos duas consultas agendadas no período. Foram incluídos na amostra aqueles usuários faltosos durante o período citado e que tinham o diagnóstico médico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, de acordo com a VI Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica e o Consenso Brasileiro de Diabetes⁽⁹⁻¹⁰⁾, respectivamente. Como critérios de exclusão foram adotados: não aceitação por parte do usuário, usuários faltosos que apresentaram prontuário com dados insuficientes, mudaram de endereço, não ter sido encontrado no domicílio após ter sido procurado por no mínimo três vezes e dificuldade de comunicação com o usuário.

A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2010, a partir da identificação dos usuários faltosos, consulta aos prontuários de saúde e aplicação de um questionário aos mesmos. Esse processo foi organizado a partir das etapas: a) verificação da agenda de marcação de consultas para identificação dos usuários faltosos; b) identificação dos usuários que faltaram a pelo menos duas consultas; c) coleta dos dados no prontuário para averiguar a condição de hipertenso e/ou diabético ou não; d) análise de dados no prontuário, para coleta de informações referente ao perfil sociodemográfico e econômico destes pacientes, como idade, sexo, profissão/ocupação, escolaridade e renda, além de informações e referentes ao agravo; e) visita domiciliar, com o intuito de coletar informações que não estavam registradas no prontuário e identificar o motivo da ausência à consulta, onde foi aplicado um questionário contendo dados clínicos e a seguinte questão: Qual o motivo da sua ausência a unidade no dia da consulta agendada?

Vale ressaltar que a aplicação do questionário foi realizado somente após a aprovação e autorização de

cada usuário, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os dados coletados foram tabulados e analisados no Programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 17.0. Estatística descritiva foi utilizada para cálculo de frequências, medidas de tendência central e de dispersão de variáveis.

Para a realização da presente pesquisa foram considerados o respeito aos princípios básicos da bioética, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo a pesquisa avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, de acordo com o protocolo N° 081/2010.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sócio demográfico de usuários hipertensos e/ou diabéticos. A amostra foi composta por 43 mulheres (87,8%) e 6 homens (12,2%), o que caracterizou uma maior participação de pessoas do sexo feminino. A faixa etária predominante foi aquela entre 50 e 59 anos de idade.

Tabela 1: Perfil sócio demográfico de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas de rotina de uma unidade docente-assistencial, Salvador, BA, 2010.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	43	87,8
Masculino	6	12,2
Idade		
20 a 29 anos	1	2
30 a 39 anos	3	6,1
40 a 49 anos	9	18,4
50 a 59 anos	22	44,9
60 a 69 anos	9	18,4
70 a 79 anos	3	6,1
80 anos ou mais	2	4,1
Escolaridade		
Analfabeto	5	10,2
Fundamental incompleto	23	46,9
Fundamental completo	9	18,4
Ensino médio incompleto	5	10,2
Ensino médio completo	7	14,3
Ocupação		
Aposentado	12	24,5
Desempregado	4	8,2
Do lar	18	36,7
Exerce atividade remunerada	15	30,6
Renda familiar (salário mínimo)		
Sem renda	1	2
0,01 a 1	16	32,7
1,01 a 2	17	34,7
2,01 a 3	12	24,5
3,01 ou mais	3	6,1

Quanto ao nível de escolaridade, o maior percentual dos participantes cursou até o ensino fundamental incompleto (46,9%), seguido dos que são analfabetos (10,2%) e das pessoas com ensino médio incompleto (10,2%). Os que concluíram o ensino médio representam apenas 14% da amostra. Esses resultados permitem inferir que a maioria da população estudada tem baixa escolaridade, pois 57,1% têm ensino fundamental incompleto ou são analfabetos.

A situação socioeconômica foi averiguada por intermédio da avaliação da renda familiar, que para a maioria dos usuários (67,4%) foi de até 2 salários mínimos, sendo que 2% não apresentavam renda familiar e apenas 30,6% tinha renda superior a dois salários mínimos. A

baixa renda das famílias, provavelmente está associada ao baixo nível de escolaridade e ao quantitativo de pessoas (44,9%) que no momento não exerciam/possuíam remuneração (do lar e desempregados).

Na análise dos dados sobre ocupação é possível perceber que os aposentados, do lar ou desempregados constituem 69,4% da amostra e apenas 30,6% exercem atividades.

Com relação aos dados de situação de saúde, observou-se que 91,8% dos usuários possuíam HAS, conforme Gráfico 1. Destes, 63,3% apresentavam HAS descompensada, segundo os critérios estabelecidos na VI Diretrizes de Hipertensão Arterial Sistêmica⁽⁹⁾.

Gráfico 1: Distribuição de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas de uma unidade docente assistencial. Salvador, BA, de abril a setembro de 2011.

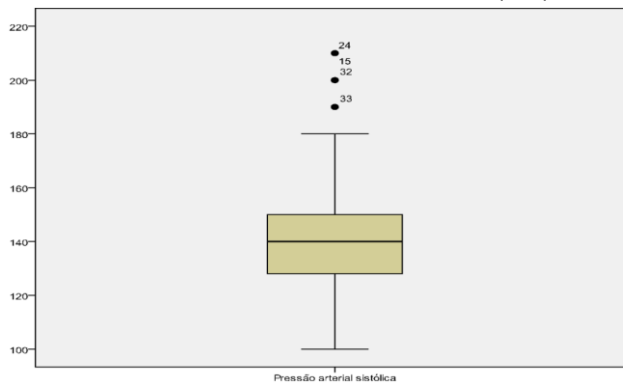


O grande quantitativo de participantes hipertensos descompensados pode está relacionado com o fato da amostra deste estudo ser composta por usuários faltosos.

O Gráfico 1 também aponta que, dos usuários entrevistados, 30,6% apresentavam DM tipo 2 e 22,4% possuíam as duas condições associadas. Dentre os diabéticos, não foram verificados aqueles descompensados em função das dificuldades em obter o resultado da hemoglobina glicada, principal forma de avaliar o controle dessa condição.

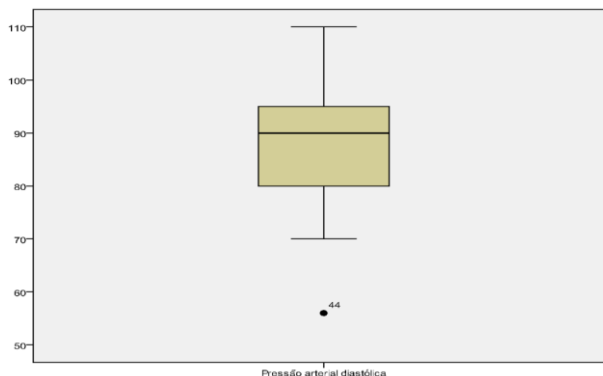
Na avaliação da pressão arterial, constatou-se que a média da pressão arterial sistólica (PAS) foi $141 \pm 25,5$ mmHg, com intervalo de confiança (IC) de 95% (133,9-148,7). A mediana situou-se no nível de 140,0 mmHg, significando que cerca da metade dos usuários apresentavam valores de PAS limítrofe. A PAS mínima encontrada foi de 100 mmHg e a máxima foi de 210 mmHg (Figura 1).

Figura 1: Box plot da pressão arterial sistólica de hipertensos faltosos de uma unidade docente-assistencial. Salvador, BA, 2010.



A média da pressão arterial diastólica (PAD) foi $86,5 \pm 12,1$ mmHg, com IC de 95% (106,6 – 167,8). A mediana (Figura 2). situou-se no nível de 90,0 mmHg. A PAD mínima encontrada foi de 56 mmHg e a máxima foi de 110 mmHg

Figura 2: Box plot da pressão arterial diastólica de hipertensos faltosos de uma unidade docente-assistencial, Salvador, BA, 2010.

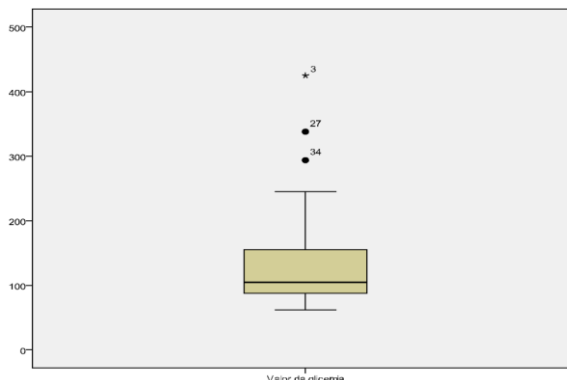


No presente estudo, constatou-se que as médias de PAS e PAD encontradas foram inferiores, quando comparadas com aquelas encontradas em um serviço ambulatorial⁽¹¹⁾, que revelaram médias de PAS e PAD, respectivamente entre $151,3 \pm 20,5$ e $91,8 \pm 15,5$.

A média dos valores glicêmicos foi de $137,2 \pm 83,35$ mg/dl, com IC de 95% (106,6 – 167,8). A mediana

situou-se no nível de 105 mg/dl, revelando que pelo menos metade dos usuários apresentavam níveis glicêmicos dentro da faixa de normalidade (menor que 110 mg/dl). O valor mínimo encontrado foi de 62 mg/dl e o máximo foi de 425 mg/dl (Figura 3).

Figura 3: Box plot da glicemia de diabéticos faltosos de uma unidade docente-assistencial, Salvador, BA, 2010.



No que se refere ao número de medicações utilizadas para o tratamento da HAS houve variação de 1 (45,5%) a 4 (2,3%), sendo que 36,4% dos usuários faziam uso de duas medicações.

Em relação ao quantitativo de pessoas que eram acompanhadas por outras especialidades médicas foi possível verificar que 14,3% realizam acompanhamento com cardiologista; 4,1% com endocrinologista; 2% por nefrologista; e 28,6% com outras especialidades médicas.

Na análise do quantitativo de pessoas acompanhadas por outras categorias da equipe multiprofissional verificou-se que 42,9% são acompanhados por profissionais de nutrição; 18,4% por profissionais de enfermagem; 12,2% por psicologia; 8,2% por serviço social; e 8,2% por outras categorias.

No que diz respeito aos hábitos de vida, 14 usuários (28,6%) informaram consumo de bebida alcoólica, sendo

que apenas dois usuários (4,1%) apresentaram CAGE (instrumento utilizado para detecção de alcoolismo) positivo e nenhum deles apresentaram CAGE sugestivo de abuso/dependência do álcool. Em relação às doenças associadas, 38,8% dos indivíduos (hipertensos e/ou diabéticos) apresentam dislipidemia.

Apenas 5 usuários (10,2%) referiram tabagismo. Ao analisar o padrão de consumo do tabaco, verificou-se que a média foi de 12±41 maços de cigarro por ano. O consumo máximo encontrado foi de 168 maços de cigarro por ano.

O estudo também identificou os principais motivos que levaram os pacientes hipertensos e/ou diabéticos a faltarem às consultas no período referido, apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Motivos que levaram usuários hipertensos e/ou diabéticos a faltarem a consulta agendada em unidade docente-assistencial, Salvador, BA, 2010.

Motivo	n	%
Acompanhar outra pessoa no médico	7	7,1
Esquecimento da data	12	12,2
Coincidiu com o horário do trabalho	11	11,2
Outros compromissos	17	17,3
Viajando	11	11,2
O exame não estava pronto	8	8,2
Não lembra o motivo da falta	8	8,2
Refere não ter faltado	11	11,2
Tempo longo de espera para ser atendido e/ou durante o atendimento	1	1
Outros	12	12,2

Os motivos apresentados foram: outros compromissos no dia (17,3%), esquecimento da data e outros motivos não especificados (12,2%), coincidiu com o horário do trabalho, estava viajando, refere não ter faltado (11,2%), o exame não estava pronto e não lembra o motivo da falta (8,2%), precisava acompanhar outra pessoa no médico (7,1%), tempo longo de espera para ser atendido e/ou durante o atendimento (1,0%).

Apesar de ter o registro da ausência à consulta, observa-se o esquecimento dos usuários que referem não ter faltado a mesma, o que eleva o percentual do esquecimento da amostra.

Entre os problemas de saúde que implicam em dificuldades ou impossibilite os pacientes de comparecerem a unidade de saúde estão: o AVC e a insuficiência cardíaca com 2% dos indivíduos, respectivamente. Já o transtorno psiquiátrico foi

apresentado por 8,1% das pessoas (6,1% indivíduos com depressão, e 2% com Alzheimer).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nesse estudo corroboram com os obtidos por diversos autores⁽¹²⁻¹⁷⁾, em estudos realizados com indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes. Estudo realizado no município de Teixeira (MG) com população hipertensa e/ou diabética revelou predominância do sexo feminino (74,4%)⁽¹⁵⁾. Dados semelhantes também foram encontrados em um estudo realizado com usuários hipertensos, do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu, cujo percentual de mulheres foi de 62%⁽¹⁸⁾. Alguns autores^(11,15,18) sugerem que essa diferença entre os gêneros pode ser justificada pela maior procura das

unidades de saúde por pessoas do sexo feminino, devido à maior preocupação das mulheres com a saúde.

No presente estudo, o maior quantitativo de mulheres faltosas não permite afirmar, necessariamente, que elas faltam mais do que os homens, pois, segundo a literatura, os homens acessam menos os serviços de saúde do que as mulheres⁽¹⁹⁾. Os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres⁽²⁰⁾. Com isso, pressupõe-se que o quantitativo de faltas dos homens também será menor.

Em relação à faixa etária, o resultado obtido foi similar aos dos estudos realizados com hipertensos⁽¹³⁻¹⁴⁾, nos quais encontraram maior número de indivíduos na quinta década de vida. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir de 60 anos⁽⁹⁾. Nessas faixas de idade se encontravam a maioria dos indivíduos deste estudo, portanto, como a maioria da amostra foi composta por hipertensos, isso pode ter influenciado esses achados. Estudo realizado com pacientes diabéticos mostram que as faixas de idade com maior número de participantes foram aquelas situadas na quarta e quinta década de vida⁽¹⁶⁾.

No tocante a escolaridade, o resultado foi semelhante ao encontrado num estudo com pessoas com Diabetes Mellitus de uma unidade de saúde de Sorocaba-SP⁽¹²⁾. Também se observou que idosos hipertensos faltosos as atividades do Hiperdia no município de Presidente Venceslau (SP), apresentavam baixa escolaridade (quase metade deles não era alfabetizado e uma parcela significativa possuía o ensino fundamental incompleto)⁽¹⁶⁾. A baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento⁽¹³⁾.

Entre os hipertensos e/ou diabéticos atendidos no PSF de Teixeira (MG), verificou-se uma predominância de indivíduos com baixa escolaridade e renda⁽¹⁶⁾. Sabe-se que doenças crônicas como a hipertensão arterial apresentam correlação com as variáveis analisadas, pois, quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, menor a incidência devido ao maior nível de cuidados com a saúde⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Outro aspecto analisado foi à ocupação. O fato dos indivíduos exercerem alguma atividade laboral pode de

alguma forma dificultar o comparecimento à unidade de saúde⁽¹⁵⁾. Entretanto, percebe-se que a maioria dos faltosos do presente estudo não exercia atividade laboral extra domicílio.

Nesta pesquisa, os fatores de risco avaliados foram dislipidemias, tabagismo e alcoolismo. A dislipidemia, bem como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus constituem fatores de risco importantes para doença cardiovascular⁽⁹⁾. Quando se fala em dislipidemia, é necessário ressaltar a importância da integração da equipe multiprofissional do PSF no desenvolvimento de atividades interdisciplinares em grupo, além de orientações individuais e familiares relacionadas à reeducação nutricional, assim como o desenvolvimento de estratégias que estimulem a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida da população em geral⁽¹⁵⁾.

O alcoolismo, além de se constituir um fator de risco que contribui para o agravamento da hipertensão arterial, pode ser considerado um dos motivos para abandono do seguimento médico na unidade de saúde^(12,18). Sabe-se que uma das dificuldades de ter o controle do uso de bebidas alcoólicas é o fato de existir a aceitação social da bebida. Ressalta-se que os prejuízos apontados pelas pessoas à bebida alcoólica estão mais associados à forma e a frequência como ela é usada, do que ao seu uso em si⁽¹⁵⁾.

No que se refere ao tabagismo, ao traçar o perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade de Saúde do Pará, encontrou-se um percentual menor de usuários tabagistas (5,0%)⁽¹⁷⁾, quando comparados com o presente estudo. Deve-se destacar que este hábito, seja ativo ou passivo, é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, além da ocorrência de fenômenos trombóticos. Diante disto, é necessário que sejam adotadas estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças⁽¹⁵⁾.

A importância do acompanhamento de indivíduos hipertensos foi relatado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, que por considerar a doença multicausal e multifatorial resalta que é desejável o acompanhamento com uma equipe multiprofissional⁽⁹⁾.

Estudo sobre a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos também afirma que uma abordagem multifocal e multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico de pacientes hipertensos^(8,17). Em

relação ao acompanhamento multiprofissional de pacientes diabéticos, em estudo realizado com pacientes diabéticos do Centro Educativo de Enfermagem para adultos e idosos de Ribeirão Preto salientou-se a necessidade de acompanhamento, apoio e seguimento contínuo desses pacientes por uma equipe multiprofissional de saúde, para prevenir e ou protelar as complicações clínicas durante a evolução da doença⁽²¹⁾.

Estudos têm demonstrado que a frequência das consultas e dos encontros hipertenso/profissional de saúde se constitui num evento antecedente da adesão ao tratamento, com conseqüente impacto na redução da pressão arterial⁽¹¹⁾. Estudo realizado em um programa de acompanhamento de hipertensos verificou que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram uma maior redução dos níveis tensionais. A presença do paciente na unidade de saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta, por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução da PA⁽²²⁾.

Ao avaliar o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família sobre o controle da pressão arterial em uma unidade básica de saúde identificou-se o uso de 2 anti-hipertensivos por 50,4% dos pacientes e uso de 1 medicamento por 35,6% dos pacientes⁽¹⁴⁾.

Quando questionados sobre a regularidade do tratamento medicamentoso, 79,5% dos usuários referiram fazer uso regular das medicações prescritas. O fato do número de hipertensos descompensados ser consideravelmente superior ao daqueles que utilizavam a medicação de forma irregular pode ser explicado pelo fato do tratamento anti-hipertensivo depender também de alternativas não medicamentosas, como mudanças de hábitos de vida (alimentação, atividade física)⁽⁹⁾. Ao analisar a adesão do cliente hipertenso ao tratamento, encontrou-se um percentual de 72% de pacientes que apresentavam tratamento medicamentoso regular⁽²³⁾.

Estudo realizado com um grupo de hipertensos em um serviço ambulatorial de um hospital de ensino da cidade de São Paulo revelou um percentual ainda maior de pacientes com HAS descompensada, variando de 85% entre homens e 74% entre as mulheres⁽¹³⁾. Embora tenha sido alto, um dos fatos que pode explicar o menor percentual de pacientes hipertensos descompensados nesse estudo, quando comparado com outros que analisam grupos de hipertensos, é a possibilidade de essa

população alvo ter acompanhamento por meio da Estratégia de Saúde da Família, a qual lança mão de diversos instrumentos implicados no cuidado longitudinal do sujeito por meio de uma equipe multiprofissional com vínculo com esses usuários, características essas essenciais no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil, entre os pacientes assíduos de uma unidade clínica de hipertensão vinculada a um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, o controle da HAS atinge 30% e no estado do Rio Grande do Sul, constatou-se que apenas 10,4% dos indivíduos submetidos ao tratamento anti-hipertensivo encontrava-se com níveis pressóricos adequadamente controlados⁽²³⁾.

Observou-se que mais da metade dos pacientes diabéticos (53,3%) faziam uso de duas medicações para o controle dessa condição, sendo que 26,7% referiram fazer uso irregular das medicações prescritas. Uma das possibilidades que pode explicar o fato do percentual discretamente maior de irregularidade no uso das medicações hipoglicemiantes, quando comparadas às drogas anti-hipertensivas, pode ser explicado pelo fato das primeiras normalmente apresentarem maiores efeitos colaterais, dificultando em maior grau a regularidade do tratamento.

Alguns autores verificaram que a maioria das faltas às consultas estão relacionadas ao esquecimento, viagem e consulta no mesmo horário do trabalho^(13,17). Estudo sobre a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Municipal de Saúde verificou que os motivos de falta às consultas relatados pelos hipertensos entrevistados (n=100) foram esquecimento (50%), problemas de saúde (29%) e outros (21%)⁽¹⁷⁾.

Outro estudo sobre o perfil de um grupo de hipertensos de serviço ambulatorial (Liga de Hipertensão), de um hospital de ensino da cidade de São Paulo verificou que, entre os faltosos (n= 117), os motivos de falta às consultas foram esquecimento (20,5%), problemas particulares ou com familiares (20,5%), viagem (13,9%), para não faltar ao trabalho (12,3%); dinheiro para a condução (8,2%); cirurgia, doença, exames (7,4%), greve de ônibus (4,9%), não viu necessidade de se tratar (4,1%), horário de atendimento (3,3%) e outros (4,9%)⁽¹³⁾.

De uma forma geral, observou-se que as características sócio-demográficas da população do estudo são bem semelhantes à maioria das pesquisas já

realizadas^(13-15,18). Quanto às características clínicas, dois dados chamam a atenção: o maior percentual de tabagistas e o menor número de hipertensos descompensados, quando comparados com outros estudos que analisaram essas características. No tocante aos motivos de não comparecimento às consultas, vale salientar que esquecimento não foi o principal motivo, como ocorreu em outras investigações^(13,17).

CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou o objetivo proposto e evidenciou que os principais motivos que levaram ao não comparecimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos a pelo menos duas consultas foram outros compromissos no dia, esquecimento da data e outros motivos não especificados.

Dentre os faltosos, observou-se que tiveram maior predominância no estudo: as mulheres, 87,8%; na faixa etária de 50-59 anos, 44,9%; baixa escolaridade, 57,1%; baixa renda, 69,4% e que não exerciam atividade laboral extradomiciliar, 49,4%. No que diz respeito à presença de doenças associadas, observou-se que uma considerável parcela da amostra possuía também dislipidemia, achado especialmente preocupante, pelo fato de ser um fator de risco também importante para as doenças cardiovasculares.

Com relação aos hábitos de vida, identificou-se uma parcela significativa de usuários que referiram ingestão de bebida alcoólica, mas, em nenhum caso foi constatado abuso/dependência da substância. Um número menor de usuários referiu tabagismo.

No que diz respeito ao acompanhamento por profissionais não-médicos, observou-se que nutrição foi a

categoria que mais acompanhava esses usuários, achado particularmente importante, se considerarmos a relevância da alimentação no tratamento de pacientes com HAS e DM.

Consoante observado, o esquecimento se fez presente no estudo. Isso remete a necessidade de acompanhamento mais efetivo dos profissionais, com o apoio da família, de forma a reduzir o número de faltas às consultas, contribuindo, assim, para uma maior adesão ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A pesquisa se apresenta relevante, por estudar o perfil clínico e social de hipertensos e/ou diabéticos com história de ausência a consultas de monitoramento da condição de saúde, situação que pode levar a falta de controle dessas doenças. É importante ressaltar as limitações do estudo, que se refere à não representatividade da população de hipertensos e diabéticos de Salvador, principalmente em relação ao gênero, no qual houve destaque para a grande maioria feminina.

Como este é um estudo de série de casos, não foi possível identificar associações entre falta às consultas e adesão ao tratamento das doenças selecionadas. No entanto, esses achados podem orientar a elaboração de hipóteses articuladas aos dados da literatura.

Os resultados alcançados nesse estudo poderão fornecer subsídios para ações de gerenciamento das unidades básicas de saúde, dirigidas ao direcionamento de estratégias multiprofissionais voltadas para a redução da ausência às consultas e melhoria no controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, minimizando, dessa forma, as repercussões na saúde individual do usuário, na comunidade e unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
2. Rodrigues MJ, Ramires JCL. Programa Saúde da Família: uma perspectiva de análise geográfica. Rev. Caminhos de Geografia. [Internet] 2008 [cited 2011 out 01]; 27(9):45-55. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/15766/8915>
3. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina. [Internet]. [cited 2011 10 nov]. Available from: http://mesquita.filho.sites.uol.com.br/GE_Mod_atencTeix.pdf
4. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide

data. Lancet [Internet]. 2005 [cited 2011 Nov 22]; 365(9455):217-23. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15652604>

5. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. [Internet] 2011 [cited 2012 ago 31]. Available from: <http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/coordhadm.pdf>

6. Mendonça LBA; Lima FE T; Oliveira SKP. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? Esc. Anna Nery. [Internet] 2012 [cited 2012 ago 31]; 16 (2):340-346. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200019&script=sci_arttext

7. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde

- da família. *Rev Rene*. [Internet] 2011 [cited 2012 ago 34]; 12(esp.):930-6. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/315/pdf>
8. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3):332-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300003&script=sci_arttext
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. [Internet] 2010 [cited 2011 Jan 20]; 95(supl.1):1-5. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertens_ao_associados.pdf
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 3ª edição. São Paulo; [Internet] 2009 [cited 2010 abril 20]; 210-218p. Available from: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf.
11. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletr. Enf*. [Internet]. 2006 [cited 2011 jun 10]; 8(2):259-72. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm
12. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Cienc Saude Colet*. [Internet] 2010 [cited 2011 ago 20]; 15(5):2603-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500034&script=sci_arttext
13. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion JD, Ortega K, Pierin, AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2008 [cited 2012 jan 11]; 21(1):59-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf
14. Araújo JC; Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [cited 2011 Apr 20]; 41(3):368-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300007&script=sci_arttext
15. Costa RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro F, ET AL. Perfil sociosanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2009 [cited 2011 jul 11]; 14(4):1251-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400031&script=sci_arttext
16. Guedes AC. A associação entre o perfil clínico e psicossocial de pessoas com Diabetes Mellitus usuárias de uma unidade de saúde da Família de Sorocaba-SP [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007. 103 p
17. Lima TM, Meiners MMMA, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. [Internet]. 2010 [cited 2011 abr 8]; 1(2):113-20. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2176-62232010000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
18. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2009 [cited 2011 ago 14]; 30(1):62-70. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227>
19. Gomes R et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saude Publica*. [Internet] 2007 [cited 2011 nov 14]; 23(3):565-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
20. Machado CA. Adesão ao tratamento: tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*. [Internet] 2008 [cited 2012 ago 30]; 15(4):220-1. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>
21. Teixeira CRS, Zanetti ML. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. *Rev. bras. enferm*. 2006; 59(6):812-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600018
22. Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina, Ribeirão Preto*. 1996; 29(2):232-38. Available from: http://www.fmrp.usp.br/licahi/atendimento_multiprofissional_paciente_hipertenso.pdf
23. Gus I, Harzheim E, Zalavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. [Internet] 2004 [cited 2011 jan 12]; 83(5):424-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n5/22137.pdf>

Artigo recebido em 18/01/2012.

Aprovado para publicação em 20/08/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.