

RELAÇÃO ENTRE CONTROLE E TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE PRIMÁRIA DO RIO DE JANEIRO

Relationship between Control and Drug Therapy among Patients Followed by the Arterial Hypertension Program in a Primary Care Unit of Rio de Janeiro

Samara Louzada Farias¹, Juliana Cardoso Dória Dantas², Máira Rocha³, Isabela Sampaio Fiad⁴, Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun⁵

RESUMO

O estudo pretendeu avaliar o controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes de uma unidade de saúde básica do Município do Rio de Janeiro, acompanhados por um grupo de médicos, enfermeiros e nutricionistas, em esquema de rodízio; e aqueles assistidos apenas por médicos, durante 5 anos, e verificar a relação com a gravidade da doença e o tratamento medicamentoso realizado. Os participantes foram selecionados aleatoriamente para cada grupo após a confirmação do diagnóstico com duas aferições da pressão arterial (PA) superiores ao limite proposto pelo Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Foram estudados os seguintes dados: sexo, idade, escolaridade, PA inicial, PA final e medicamentos utilizados, após cinco anos de acompanhamento. Os grupos eram homogêneos e comparáveis quanto à idade ($p=0,20$), à escolaridade ($p=0,17$), ao sexo ($p=0,89$), à PAS inicial ($p=0,23$) e à PAD inicial ($p=0,11$). Na admissão, predominaram pacientes com hipertensão controlada e com hipertensão moderada no grupo A (atendimento médico isolado); enquanto no grupo B (atendimento em rodízio de profissionais) concentravam-se os pacientes com hipertensão leve e severa. Em ambos os grupos, havia predomínio do uso de dois ou mais medicamentos, não havendo diferença significativa nas frequências de distribuição ($p=0,37$). Embora em ambos os grupos a queda da PA tenha sido significativa

ABSTRACT

We compared the control of hypertensive subjects (as refers to disease severity and drug therapy) followed up by a physician, a nutritionist and a nurse, in rotation, in a primary care unit of Rio de Janeiro, with that of hypertensive patients traditionally followed up in a physician-centered model, during a 5-year period. The participants were selected among patients who demanded the health unit for any consultation and/or for blood pressure (BP) measurement during the National Campaign for hypertension control. The diagnosis was made after two readings higher than the cut-off values proposed by the national hypertension program (systolic BP > 140 mmHg and/or diastolic BP > 90). The patients were divided into two groups: A (medical care only) and B (several professionals alternatively). The following data were studied: gender, age, schooling, initial BP, final BP, and average hypertension control, obtained in a five-year follow-up. Both groups were uniform and comparable with respect to age ($p=0.20$), schooling ($p=0.17$), gender ($p=0.89$), initial systolic BP ($p=0.23$), and initial diastolic BP ($p=0.11$). At baseline, in group A, patients with controlled BP and moderate hypertension predominated in, while patients with mild and severe hypertension predominated in Group B. The use of two or more antihypertensive drugs was predominant in both groups with no significant distribution difference ($p=0.37$). Although there was a significant BP fall in both groups ($p<0.0001$) after five years, there were significant lower BP levels in

¹ Samara Louzada Farias, Aluna de Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Juliana Cardoso Dória Dantas, Aluna de Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro

³ Máira Rocha, Aluna de Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: mairadarocha@gmail.com

⁴ Isabela Sampaio Fiad, Aluna de Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro

⁵ Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun, Professora Titular de Clínica Médica- setor Atenção Básica Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Financiamento: Ministério da Saúde, PET Saúde.

($p < 0,0001$), houve maior redução da PAS ($p=0,004$) e da PAD ($p=0,0007$) no grupo B do que no grupo A. Embora houvesse, na admissão, mais pacientes com HAS controlada no grupo A (26,7%) em relação ao grupo B (8,65%), ao final do estudo, o controle da HAS foi maior no grupo B (45%) do que no grupo A (30%) ($p=0,05$). A abordagem adotada no grupo B foi capaz de induzir um melhor controle da HAS e esse fato não pôde ser atribuído à menor gravidade dos pacientes ou ao maior número de drogas utilizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão/Prevenção & Controle; Atenção Primária a Saúde.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública no mundo atual devido a sua alta prevalência e associação com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.¹ Essas são responsáveis por 14% do total das internações e 25% das aposentadorias precoces, além de constituírem a primeira causa de morte no Brasil.²

No Rio de Janeiro, pesquisas realizadas entre 2002-2005 revelaram que 31% da população têm HAS, sendo mais acometidos o sexo feminino e indivíduos com menor escolaridade.³ No estado do Rio Grande do Sul, um estudo mostrou que a HAS acomete 33,7% da população adulta.⁴ Em Cuba, onde se adota o modelo assistencial de saúde da família, dados sugeridos pela Campanha Nacional de HAS mostraram uma prevalência de 30,6% na população urbana e 15% na população rural, em 2000.⁵ Nos Estados Unidos, a prevalência da HAS na população adulta, entre 2003 a 2006, foi de 31,3%.⁶

Por ser uma doença crônica insidiosa, a HAS evolui silenciosamente, contribuindo para o surgimento de complicações como acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial coronariana (DAC).⁷ Portanto, torna-se essencial o controle efetivo desse problema.

Com a hipótese de que o modelo de atenção pode melhorar o controle da doença e tendo em vista reduzir as altas taxas de abandono às consultas e baixa adesão ao tratamento, um modelo mais integral de assistência a pacientes hipertensos foi criado em 2000, em uma unidade de saúde básica do Município do Rio de Janeiro. Este modelo tinha como objetivo, em princípio, proporcionar ao paciente um atendimento com influências da visão de vários profissionais, com atendimento mais integral, funcio-

group B (systolic BP: $p=0,04$ X diastolic BP: $p=0,0007$). Although there were more patients with controlled AH in Group A (26.7 x 8.65%) at baseline, control was respectively 30% and 45% at the end of the five-year follow-up period ($p=0,05$). Therefore, the approach adopted in group B seemed to be able to afford better BP control and this could not be explained by previous lower hypertension severity or by a more intensive use of combined antihypertensive drugs among the patients followed up only by physicians.

KEY WORDS: Arterial Hypertension/Prevention & Control; Primary Health Care.

nando concomitante ao sistema tradicional de atendimento, centrado apenas na consulta médica.

O objetivo deste trabalho é estudar o controle da HAS em pacientes acompanhados por ambos os modelos de atenção supracitados, em uma unidade de atenção básica do Rio de Janeiro, após cinco anos de acompanhamento e possíveis associações com a gravidade pré-existente da doença e com o tipo de terapia medicamentosa (número de drogas utilizadas).

MATERIAIS E MÉTODOS

A seleção dos participantes para o estudo foi iniciada a partir da captação de pacientes que procuravam o serviço do Centro Municipal de Saúde (CMS) para qualquer especialidade e/ou para verificar a pressão durante uma Campanha Nacional. Foi feita uma triagem inicial com esses indivíduos avaliando os fatores de risco para a hipertensão arterial, sendo a pressão arterial (PA) aferida por profissionais capacitados. Os pacientes deveriam ter os critérios de inclusão do programa de hipertensão arterial de acordo com as normas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ): adulto, morador, trabalhador ou estudante da área de planejamento do CMS, com níveis de PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg em duas aferições em datas diferentes ou com diagnóstico prévio de HAS em uso de medicação anti-hipertensiva, conferida pela apresentação de uma prescrição médica. A captação dos pacientes foi realizada através de uma campanha nacional que aconteceu em abril de 2001, sendo diagnosticados 1187 pacientes com hipertensão arterial. A captação seguia o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.⁸ As unidades de atenção primária tratavam apenas hipertensão leve a moderada sem complicações cardiovasculares. Os pacientes com pressões arteriais $>140 \times 90$ mm Hg e $<160 \times 95$ mm Hg

foram acompanhados apenas por grupos educativos, sem agendamento de consultas; os com PA > 160 x 95 mm Hg foram agendados alternativamente para os grupos A e B, no total de 432 no grupo A e 396 no B. O estudo consistiu de um corte transversal, sendo escolhidos, aleatoriamente, 91 pacientes do grupo A e 104 do grupo B.

Os médicos do grupo A faziam o atendimento segundo o protocolo preconizado pela SMS-RJ, através de consultas médicas previamente agendadas, encaminhando o paciente ocasionalmente à nutricionista, caso julgasse necessário. No turno de quatro horas, o número máximo de pacientes atendidos foi de 16. O setor de enfermagem era responsável por organizar grupos de atendimento coletivo. Os pacientes eram atendidos por ordem de chegada. Não dispomos dos dados sobre o abandono do tratamento.

O grupo B era formado por um enfermeiro, um nutricionista e um médico, trabalhando em sistema de rodízio e interconsulta em salas contíguas. Todos estes profissionais que atendiam os participantes do projeto eram responsáveis por analisarem suas queixas, aferir a PA, verificarem exames complementares, avaliarem os efeitos colaterais dos anti-hipertensivos usados, transcreverem as receitas e proverem orientações gerais aos pacientes, quando necessário. O primeiro atendimento era realizado pelo médico, que era responsável pelo diagnóstico, orientação sobre os medicamentos e cuidados gerais e ratificação das transcrições feitas pelos demais profissionais. O nutricionista era responsável pela segunda consulta e cabia a ele o atendimento integral e orientações sobre o controle dietético. O terceiro atendimento era realizado pelo enfermeiro, que era responsável pelas atividades educacionais além dos cuidados gerais. Todos esses atendimentos eram feitos em salas próximas, permitindo uma maior interação entre os profissionais e a discussão de cada caso. Eram realizados por dia oito atendimentos em um período de quatro horas, com horários previamente marcados. Atividades de educação em saúde eram oferecidas aos pacientes em reuniões mensais, supervisionadas por uma psicóloga especialmente treinada, em que ocorriam trocas de experiências e vivências com a doença. O tema da discussão era escolhido pelos próprios participantes, com orientações de profissionais de saúde. Houve grande adesão a essas atividades. Uma pequena parcela composta por 16 hipertensas e um hipertenso participou de aulas de dança, ministradas por um grupo de profissionais da Educação Física, realizada em dois turnos semanais em um prédio anexo. Houve perda de 32 pacientes por abandono do tratamento, mudança de domicílio ou falecimento.

Todos os participantes, tanto do grupo A quanto do

B, foram orientados quanto à terapia anti-hipertensiva disponível gratuitamente na rede de saúde, sob o mesmo protocolo.

Foram coletados para este estudo dados como idade, sexo e escolaridade.

Os pacientes de ambos os projetos foram então classificados segundo a gravidade da hipertensão arterial verificada na primeira consulta como leve (estágio 1), moderada (estágio 2), severa (estágio 3) e sistólica isolada de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2006⁹ (tabela 1), e acompanhados durante cinco anos consecutivos.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Definiu-se como hipertensão arterial tratada e controlada, níveis de PAS registrados na última consulta, menores que 140mmHg e níveis de PAD menores que 90mmHg.⁴

Os dados relacionados ao gênero, à escolaridade e ao número de pacientes controlados nos dois grupos foram comparados através do teste do qui quadrado. Os dados etários foram apresentados como média e desvio padrão, utilizando-se o teste de Student para as comparações. Os dados de PAS e PAD iniciais foram apresentados como mediana, utilizando-se o teste de Mann Whitney. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para correlacionar as medianas das PAS e PAD iniciais e finais (da última consulta) dos mesmos pacientes em cada grupo.

Um termo de consentimento escrito, livre e esclarecido foi assinado pelos pacientes. Os que eram analfabetos tiveram seus formulários assinados por duas testemunhas não envolvidas no estudo, após consentimento verbal. O protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, localizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho /UFRJ, sob o número 36/99 em 06/05/99.

RESULTADOS

A tabela 2 revela que os grupos eram homogêneos e comparáveis quanto ao sexo, com valor de $p = 0,89$. O sexo feminino predominou em ambos os grupos (69,23% X 67,30%). Também eram comparáveis quanto à idade, com valor de p de 0,20 ($59,73 \pm 10,9$ anos em A e $59,00 \pm 10,1$ anos em B). Os grupos também eram comparáveis quanto à escolaridade, com valor de p de 0,17. Entretanto, não se conheciam os dados sobre a escolaridade de 62,63% dos pacientes do grupo A e de apenas 6,73% dos pacientes do grupo B, diferença considerada significativa, com valor de p menor que 0,0001. Os valores das medianas de pressão arterial sistólica inicial (160 mmHg em A e B) e diastólica inicial (90 mmHg em A e 100 mmHg em B) não revelaram diferenças significativas entre os dois grupos, com valor de p de 0,23 e 0,11 respectivamente.

Tabela 2 - Demonstra os dados antropométricos, educacionais e assistenciais nos grupos.

	A	B	Valor de p
Sexo			0,89
Feminino	63 (69,23%)	70 (67,30%)	
Masculino	28 (30,76%)	34 (32,69%)	
Idade (média±DP)	59,73 ± 10,993	59,00 ± 10,193	0,20
Escolaridade			0,17
Analfabeto	3 (3,29%)	5 (4,80%)	
Fundamental	21 (23,07%)	68 (65,38%)	
Médio	10 (10,98%)	17 (16,34%)	
Superior	0 (0%)	7 (6,63%)	
Sem informação	57 (62,63%)	7 (6,63%)	
PAS inicial (mmHg)	160	160	0,23
PAD inicial (mmHg)	90	100	0,11

Na ocasião da admissão, havia, no grupo A, dois grupos predominantes quanto à classificação da HAS - pacientes com a hipertensão controlada e pacientes com hipertensão moderada. No grupo B, havia uma concentração de pacientes com hipertensão leve e severa. (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição percentual da frequência dos pacientes de acordo com a gravidade da hipertensão arterial (Classificação pelas V Diretrizes da SBH) por ocasião da admissão.

1ª consulta	GRUPO A	GRUPO B
HA controlada	26,70%	8,65%
HA sistólica isolada	11,10%	14,42%
HA leve	1,10%	12,5%
HA moderada	41,10%	33,65%
HA severa	20,0%	30,77%

A tabela 4 mostra que os níveis de PAD iniciais eram maiores do que os do grupo médico, porém esta diferença não foi significativa. As PAS e PAD finais eram, no entanto, significativamente menores.

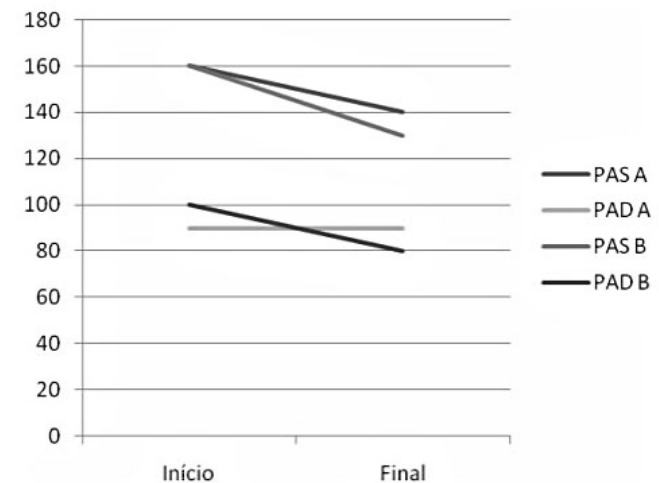
Tabela 4 - O quadro demonstra a mediana (e amplitude) dos níveis tensionais nos grupos na ocasião da admissão e na última consulta após 5 anos de acompanhamento.

	PA(mm Hg)	GRUPO A	GRUPO B	Valor de p (A x B)
1ª consulta	PAS	160 (100 a 248)	160 (100 a 240)	$p=0,23$
	PAD	90 (60 a 160)	100 (56 a 140)	$p=0,11$
após 5 anos	PAS	140 (90 a 200)	130 (100 a 210)	$p=0,004$
	PAD	90 (60 a 110)	80 (52 a 120)	$p=0,0007$

Em relação à queda da PA, foi visto que houve redução significativa das PAS e PAD ao longo dos 5 anos de acompanhamento, em ambos os grupos ($p < 0,0001$), como mostra o gráfico 1.

REDUÇÃO DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS AO FIM DO ESTUDO

Gráfico 1 - Redução da PAS e da PAD após cinco anos ($p < 0,0001$).



Fonte: Gráfico de elaboração própria.

Analisando o controle ao final do estudo, constatou-se que o Grupo B apresentou um maior número de hipertensos controlados se comparado com o grupo A (Tabela 5).

FREQUÊNCIA DE PACIENTES CONTROLADOS

Tabela 5 - Controle da pressão no início e ao final do estudo (p = 0.05).

	GRUPO MÉDICO(A)	GRUPO MULTI-DISCIPLINAR(B)
Controlados na admissão	26,70%	8,65%
Controlados ao fim do estudo	30%	45%

Em relação à quantidade de drogas usadas, duas ou mais drogas predominavam em ambos os grupos, não havendo diferença significativa nas frequências de distribuição (tabela 6).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tabela 6 - Número de medicamentos anti-hipertensivos associados usados nos grupos (p=0,37).

	GRUPO MÉDICO(A)	GRUPO MULTI-DISCIPLINAR(B)
0 (zero) droga	6,6%	2,88%
1 droga	11,1%	16,34%
2 drogas	32,2%	38,46%
mais de 2 drogas	50%	40,38%
sem informação	0%	1,9%

DISCUSSÃO

Em ambos os grupos estudados, houve predomínio do sexo feminino, o que pode ser atribuído a uma maior procura deste gênero pelo serviço de saúde. Esse predomínio do sexo feminino já foi demonstrado em estudos anteriores.¹⁰⁻¹² Segundo Sala e Cols¹², a maioria dos pacientes hipertensos estudados são mulheres, com uma prevalência de aproximadamente 70%.

Em relação à idade, podemos observar maior concentração de hipertensos em uma idade mais avançada, com a média em torno de 59 anos, como esperado de acordo com a prevalência etária dessa doença, conforme demonstrado em estudos anteriores.¹¹⁻¹⁵

Quanto à informação sobre a escolaridade, observamos uma discrepância significativa entre os dois grupos. No grupo A, 62,63% dos prontuários não continham essa informação, enquanto, no grupo B, 6,73% dos prontuários não apresentavam tal dado. Por este motivo, embora com os mesmos percentuais de distribuição de pacientes nos diversos níveis de escolaridade, os resultados não foram analisados. Todavia, tendo em vista que as populações residiam na mesma comunidade e as médias de idade,

frequência de distribuição quanto ao sexo eram similares, pode-se concluir que eram semelhantes para fins do estudo.

Araújo e Guimarães encontraram, em um estudo sobre Programa de Saúde da Família (PSF), em Salvador, 28,9% dos pacientes controlados antes da implantação do PSF e 57% deles ao fim do estudo, considerando as comparações entre a medida obtida pela média de duas aferições na primeira consulta, antes do tratamento, e a medida da última consulta. Observaram, ainda, uma redução de 18,7 mmHg da PAS e de 9,3 mmHg da PAD, em um ano e meio de seguimento.¹⁶ Este percentual foi superior aos níveis alcançados por ambos os grupos de nosso estudo (30% no grupo A e 45% no B). A diferença pode ser justificada pelo menor percentual de pacientes controlados no grupo B no início do nosso seguimento (8,65%).

Didier e Guimarães, em uma unidade primária de Salvador/BA, encontraram 10,23% dos pacientes controlados na primeira consulta e 48,81% após 12 meses. Esse estudo mostrou resultados bastante semelhantes aos encontrados em nosso estudo no grupo B.¹⁰

Iseu Gus⁴ observou um controle de 25,6% em uma população aleatória do Rio Grande do Sul, em 1999. Esse dado é semelhante ao obtido na do grupo A, mas superior ao percentual de pacientes controlados na primeira consulta do grupo B. Vale ressaltar que o resultado é referente a uma população que já se encontrava em tratamento medicamentoso. Em nosso estudo, tanto a abordagem convencional quanto o atendimento com alternância de profissionais obtiveram taxas maiores de controle.

Outro estudo, realizado em Programa de Saúde da Família em Vitória /ES, alcançou, ao final de um seguimento de 3 anos, controle em 26% dos pacientes acompanhados, inferior ao obtidos pelo grupo multidisciplinar estudado por nós.¹⁷⁻¹⁹

O controle insatisfatório pode estar relacionado à adesão terapêutica inadequada. Nestes pacientes, utilizando-se questionário modificado, houve melhora da adesão aos cuidados gerais (dieta e exercícios físicos) ao final do primeiro ano de acompanhamento no grupo B em relação ao A, porém, ao final de cinco anos, não houve diferença na adesão a estas medidas, assim como à medicação proposta, pois houve redução da adesão à dieta e exercícios ao longo do tempo, no grupo B.^{17,18}

A adesão depende de fatores relacionados ao paciente como idade, sexo, etnia, nível socioeconômico e cultural, hábitos de vida; e de fatores relacionados ao sistema de saúde, como gestão do modelo assistencial e integração da equipe de saúde.¹⁰ Araújo e Guimarães¹⁶ comentam

que equipes interdisciplinares podem levar a melhores níveis de adesão ao tratamento, melhorando o controle da hipertensão arterial. O sucesso da adesão proporciona maior regularidade no tratamento, mais oportunidades de ajuste da dose dos medicamentos, além de supervisão do tratamento não farmacológico.

Estivalet²⁰ mostrou que a adesão aumenta em 48% o percentual de pacientes com bom controle. Da mesma forma, o conhecimento das metas de controle pressórico pelo paciente aumenta em 2,64 vezes o controle da doença.

O modelo adotado no grupo B requeria adesão dos pacientes para ser efetivo, pois não envolvia somente o tratamento medicamentoso e sim atividades como consultas com outras especialidades não médicas, grupos de discussão, dança. Essa adesão significa que não basta o paciente ir às consultas e tomar medicamentos. É necessário ir às discussões para aprender sobre sua doença, entender a importância de atingir as metas do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e os riscos que está submetido se não houver controle da HAS. Para que tal adesão seja obtida, é preciso que se crie uma boa relação médico-paciente e um vínculo do paciente à unidade de atenção básica. Tínhamos como hipótese que o modelo adotado no grupo B seria capaz de prover esta melhor abordagem, tendo em vista que os profissionais não médicos, habitualmente valorizam mais os cuidados gerais do tratamento, a relação com o paciente e o estabelecimento de vínculos, proporcionando um cuidado mais integral. Esta atitude, quando no trabalho em equipe, é partilhada pelos médicos, o que colabora para um atendimento mais completo, que considera o paciente como um todo e não apenas sua doença. No entanto, não pudemos comprovar que houve melhor adesão aos cuidados gerais no grupo B. Este fato sugere que outras abordagens possam ser utilizadas para modificação do estilo de vida com repercussões importantes no controle da doença.

Quanto ao número de drogas utilizadas, Araújo e Guimarães encontraram um percentual de 86% da população utilizando até dois medicamentos anti-hipertensivos, enquanto que, em nosso estudo, 32,2% do grupo A e 38,46% do grupo B utilizavam até dois medicamentos.¹⁶ A associação de drogas é muito utilizada no tratamento da hipertensão arterial, pois existe um efeito potencializador de uma droga determinada sobre outra(s), viabilizando o uso de doses menores. Por outro lado, esta prática pode induzir menor adesão ao tratamento, devido ao maior número de pílulas.¹⁰ No presente estudo este fator não parece ter influenciado o melhor controle obtido no grupo B, tendo em vista que não houve diferenças na quantidade de

drogas utilizadas nos dois grupos, que adotavam o mesmo protocolo de ação terapêutica.

Através da análise da classificação da hipertensão, podemos observar que, no grupo A, havia um predomínio de pacientes com hipertensão moderada e controlada, enquanto que, no grupo B, o predomínio era de hipertensão leve e severa. Esta diferença encontrada poderia influenciar no resultado final de controle da pressão arterial pela maior facilidade de controlar pacientes com níveis de pressão menores, fato que não ocorreu, visto que não houve diferença significativa nas medianas de pressões pré-tratamento, obtidas na primeira consulta, entre os dois grupos. O maior controle da hipertensão arterial no grupo B (gráfico 3), portanto, não pode ser associado ao maior ou menor gravidade da doença inicial.

É importante avaliar o controle da doença no modelo de atenção dispensado na estratégia de saúde da família, que, proporcionando uma abordagem mais multiprofissional, realizada no ambiente dos pacientes, possa realmente influenciar o estilo de vida, as concepções sobre a doença e os valores em relação à própria existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos nossos dados, pôde-se observar que a abordagem da atenção com vários profissionais foi capaz de induzir um melhor controle da HA em pacientes de uma unidade de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. Esse fato não pode ser atribuído à menor gravidade dos pacientes, ao maior número de drogas utilizadas, ou ainda à melhor adesão às medidas gerais do tratamento. Novos estudos necessitam ser realizados para avaliar abordagens que assegurem a mudança de estilo de vida dos pacientes hipertensos, com vistas a melhorar o controle da doença.

REFERÊNCIAS

- 1- Canto JG, Iskandrian AE. Major risk factors for cardiovascular disease: debunking the “only 50%” myth. *JAMA*. 2003; 209:947-9.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de mortalidade, 2006. [Citado 2010 jan. 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/1999>.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS IDB, 2007. [Citado 2011 jan. 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>.

- 4- Gus I, Harzheim E, Medina C, *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da HAS no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 83(5).
- 5- Peña MS, Rodríguez OL. Desenho da Campanha de Prevenção e controle de hipertensão arterial. Programa de enfermidades não transmissíveis. Habana (Cuba); Ministério da Saúde; 1999.
- 6- National Center for Health Statistics Health (United States). 2008. [Citado 2010 jan. 10]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/has/has08.pdf#071>.
- 7- Noblat ACB, Lopes MB, Lopes GB, *et al.* Complicações da Hipertensão Arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 83(4):308-13.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 9- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89(3):24-79.
- 10- Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidados da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(2):218-24.
- 11- Ungari AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família do município de Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2007.
- 12- Sala A, Nemes Filho NA, Neto E. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30:161-7.
- 13- Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15(1):35-45.
- 14- Lolio CM, Pereira JCR, Lotufo PA, *et al.* Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Rev Saúde Pública.* 1993; 27(5):357-62.
- 15- Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um centro de saúde escola. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(3):269-75.
- 16- Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade da saúde da família. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(3):368-74.
- 17- Hernandez CA. The development and pilot testing of the Diabetes Activities Questionnaire (TDAQ): an instrument to measure adherence to the diabetes regimen. *Appl Nurs Res.* 1997 Nov. 10(4):202-11.
- 18- Laurêdo ALB, Selórico CF, Montez J, Albuquerque MPS, Mattos D, Halfoun VLRC. Comunicação pessoal. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. (no prelo).
- 19- Dantas A. A efetividade do PSF no controle ambulatorial da hipertensão arterial no bairro Resistência da Vitória [tese]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2003.
- 20- Estivalet NB. Aderência ao tratamento farmacológico e controle de pacientes hipertensos em Atenção Primária [tese]. Canoas (RS): Universidade Luterana do Brasil; 2006.

Submissão: abril de 2011

Aprovação: maio de 2011
