

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Adherence to hypertension treatment in a primary health care unit

Vera Lúcia Rabello de Castro Halfoun¹, Denise da Silva Mattos², Ana Laura Barros Laurêdo³,
Carolina Figueira Selórico⁴, Juliana Montez Ferreira⁵, Merian Paula Santos de Albuquerque⁶

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de alta prevalência e constitui um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Os atuais modelos de assistência são focados, na sua maioria, no atendimento médico e mostram altas taxas de abandono e de não aderência ao tratamento, principalmente, o não medicamentoso. Com a hipótese de que o modelo de atendimento ambulatorial possa influenciar a aderência ao tratamento, foi operacionalizada, em 2000, uma nova rotina de atendimento ambulatorial, de natureza multiprofissional, a estes pacientes, em um Centro Municipal de Saúde/ CMS do Rio de Janeiro. Objetivos: Avaliar se existe melhoria da aderência ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes acompanhados por consultas médicas em relação àqueles atendidos por equipe multiprofissional, após 1 e 5 anos de acompanhamento. Método: Foi selecionada, aleatoriamente, uma amostra de pacientes atendidos em cada um dos modelos: no modelo de atendimento multiprofissional, caracterizado pelo rodízio com médicos, enfermeiras e nutricionistas (Grupo A) e no modelo tradicional, centrado no médico (Grupo B), sendo 80 pacientes de cada grupo, ao final do primeiro ano de acompanhamento (grupos A₁ e B₁) e 104 x 107 pacientes (grupos A₂ e B₂), ao final do 5º ano. A aderência foi avaliada por um questionário específico. Os dados contínuos foram comparados pelos testes de Student e Mann Whitney e as frequências pelo teste do Qui quadrado. Resultado: Os grupos foram homogêneos quanto à idade e sexo nos dois momentos do estudo. Houve maior aderência à dieta e exercício físico no grupo A₁ do que no B₁ (p<0,01), porém não houve diferença significativa entre os grupos A₂ e B₂.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH), a highly prevalent condition, is an important risk factor for cardiovascular events. The current standards of care, focused mostly on medical consultations, show high dropout and non-compliance rates, especially regarding non-pharmacological treatment. Considering that the standard of care might influence treatment adherence, a new routine of care, including a multidisciplinary approach, was implemented in 2000, in a primary care unit in Rio de Janeiro. Objectives: To evaluate if adherence to the treatment of SAH is better after 1 and 5 years of follow-up of patients submitted to a multidisciplinary approach when compared to those followed exclusively by medical consultations. Methods: Two samples of patients, one followed up with the multidisciplinary approach, in which the patient is seen in rotation by doctors, nurses and nutritionists, and the other followed up with traditional medical consultations, were randomly selected at the end of the first year (80 patients in each group, A₁ and B₁, respectively) and of the fifth year (104 patients in group A₂ and 107 in B₂) being evaluated through a specific questionnaire. Continuous data were compared between the groups with Student's and Mann Whitney's tests, and the frequencies with the chi-square test. Results: The groups were homogeneous regarding age and sex. Although there was a higher adherence to diet and physical exercises among A₁ patients, compared to B₁ patients, no significant differences at the end of the study were found between A₂ and B₂. Conclusion: The results did not support the hypothesis that the multidisciplinary approach was more effective than the traditional medical

¹ Vera Lúcia Rabello de Castro Halfoun, Professora titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Denise da Silva Mattos, Professora colaboradora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Ana Laura Barros Laurêdo, Estudante do curso de graduação de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Carolina Figueira Selórico, Estudante do curso de graduação de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁵ Juliana Montez Ferreira, Estudante do curso de graduação de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: juliymon@globo.com

⁶ Merian Paula Santos de Albuquerque, Estudante do curso de graduação de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Financiamento: PET

Conclusão: Os resultados não comprovaram que a abordagem ambulatorial multiprofissional tenha sido vantajosa na melhoria da aderência ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial, em relação à abordagem médica isolada. Outras abordagens devem ser estudadas para melhorar o controle da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de Saúde; Estilo de Vida; Hipertensão.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HAS) é uma das doenças de maior prevalência mundial. No Rio de Janeiro, até o ano de 2005, a prevalência era de 27,3% para os homens e 33,3% nas mulheres. Além disso, sua prevalência aumenta com a idade e parece ser maior nos indivíduos que não completaram o Ensino Fundamental.¹ Estima-se que esses números sejam ainda maiores na realidade.

A hipertensão arterial é definida como níveis pressóricos sistólicos maiores ou iguais a 140 mm Hg ou diastólicos maiores ou iguais a 90 mm Hg, em pelo menos duas ocasiões diferentes. Cerca de 90 a 94% da população hipertensa possui HAS essencial, a qual é idiopática.²

A HAS é fator de risco para doenças cardiovasculares como o Infarto agudo do miocárdio (IAM) ou o acidente vascular encefálico (AVE). Aumenta sete vezes o risco de AVE e três vezes o de IAM. Além disso, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e está fortemente associada a aneurismas de aorta.³⁻⁶

O tratamento da HAS está baseado na mudança do estilo de vida e terapia medicamentosa. O tratamento não medicamentoso está indicado em todos os casos. Segundo o Ministério da Saúde, para pacientes com pressão diastólica menor que 104 mm Hg, o tratamento medicamentoso só está indicado caso as recomendações de mudança de estilo de vida não se mostrem eficazes ao fim de seis meses ou apareçam lesões nos órgãos alvo.⁷

O tratamento não medicamentoso implica em redução do peso corporal, dieta balanceada com diminuição na ingestão de sódio e do consumo de álcool, estímulo à atividade física regular, além de medidas associadas, tais como: abandono do tabagismo, controle das dislipidemias, ingestão adequada de cálcio e magnésio, e redução do estresse.⁸

A falta de aderência ao tratamento da hipertensão arterial é o principal empecilho para o controle da doença, principalmente a suspensão dos medicamentos pelo paciente. As principais razões alegadas para suspensão do

approach to improve adherence to the treatment of these patients. Other approaches to better disease control should be studied in this population.

KEY WORDS: Health Center; Life Style; Hypertension.

tratamento medicamentoso são: normalização da pressão arterial e desconhecimento das necessidades de continuação do tratamento, efeitos colaterais da medicação, esquecimento do uso, custo da medicação, receio de misturar com álcool, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar com outras drogas.⁸

No Brasil, 30-40% dos pacientes que iniciam o tratamento decidem por abandoná-lo.^{9,10} Um dos maiores desafios para equipe de saúde é convencer o paciente portador de HAS que sua doença é crônica e que, apesar da ausência de sintomas, esta é um fator de risco para várias co-morbidades que podem afetar sua qualidade de vida.¹⁰

Com a hipótese de que o tipo de atendimento ambulatorial possa ser um fator que modifique a aderência ao tratamento da hipertensão, nossa equipe implantou, a partir de 2000, um modelo multiprofissional para acompanhamento de pacientes hipertensos em um CMS no Município do Rio de Janeiro.

Este presente artigo objetiva comparar a aderência ao tratamento da hipertensão arterial nos pacientes acompanhados tanto pelo modelo multiprofissional implantado quanto pelo modelo médico tradicional, após o primeiro ano e após cinco anos de acompanhamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida com a população de um Centro Municipal de Saúde (CMS), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Faculdade de Medicina, em 5/6/1999 sob o número 36/99 e pelo Comitê de Ética da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, em 22/02/2010 (Protocolo de Pesquisa no 21/10, CAAE-0018.0.314.000-10, Parecer no 274/2010).

Em 2000, durante a Campanha Nacional de Controle da Hipertensão Arterial, foram selecionados aleatoriamente, alocando-se de forma alternada, pacientes hipertensos, recém diagnosticados ou com diagnóstico prévio documentado

por receita médica, em dois tipos de atendimento, sendo um multiprofissional e outro centrado no atendimento médico. O atendimento multiprofissional era feito por médico, enfermeira e nutricionista, trabalhando em salas contíguas, atendendo os pacientes em rodízio mensal, com abordagem integral. Foi selecionada, ao final do primeiro ano de acompanhamento, uma amostra de 80 pacientes atendidos no modelo multiprofissional (grupo A_1), e outra, também de 80, no modelo tradicional, centrado no médico (grupo B_1), consistindo naqueles pacientes encontrados na sala de espera agendados para consulta durante os 60 dias de avaliação do estudo. Após 5 anos, 104 pacientes (grupo A_2), acompanhados pelo modelo multiprofissional e 107 (grupo B_2), pelo modelo médico, foram analisados com o mesmo critério de seleção.

Para a avaliação da aderência ao tratamento foi utilizado o método de aplicação de questionário previamente validado, contendo seis questões de múltipla escolha, sendo quatro referentes ao tratamento não medicamentoso.¹¹ As opções de resposta procuravam avaliar o grau de aderência ao tratamento: sempre, muitas vezes, às vezes, raramente ou nunca. A tradução para a língua portuguesa foi avaliada após duas reuniões da equipe e uma com pacientes, com objetivo de avaliar a compreensão dos conteúdos e possibilidades de duplicidades de entendimento. A confiabilidade do questionário foi estudada posteriormente em uma amostra de 30 pacientes, selecionados aleatoriamente, no ambulatório de hipertensão arterial do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, através da aplicação, ao mesmo paciente, em duas diferentes ocasiões, seguida de avaliação de concordância das respostas, aceitando-se um mínimo de 0,7 para o índice kappa em todas as questões. O poder discriminatório foi determinado avaliando-se as quedas (diferenças entre pesos iniciais e finais) de peso e da pressão arterial entre 21 pacientes que responderam sempre e às vezes (aderentes) e 21 que responderam algumas vezes, raramente ou nunca (não aderentes), na 1ª e na última consulta (após 1 ano de acompanhamento) obtendo-se quedas dos pacientes aderentes significativamente maiores do que as do grupo de pacientes não aderentes ($p < 0,001$).

As questões estão enumeradas abaixo.

- 1: Eu sigo minha dieta exatamente como foi orientada pelo pessoal que me trata.
- 2: Eu tento manter meu peso dentro dos limites aconselhados pelo pessoal que me trata.
- 3: Eu faço caminhada/exercício físico na quantidade de vezes aconselhada pelo pessoal que me trata.
- 4: Eu me exercito nos horários sugeridos pelo pessoal que me trata.

- 5: Todo dia eu tomo exatamente o número de comprimidos passados pelo pessoal que me trata.
- 6: Eu tomo os comprimidos nos horários passados pelo pessoal que me trata.

No presente estudo, foram considerados aderentes aqueles que responderam o questionário aplicado com as opções “muitas vezes” ou “sempre”. Aqueles que utilizaram as demais opções de respostas (às vezes, raramente ou nunca) foram considerados não aderentes.

Os questionários foram aplicados ao final do primeiro e do quinto ano de acompanhamento. Foram excluídos os pacientes que não tinham, pelo menos, quatro anos de acompanhamento.

As frequências de respostas ao questionário foram avaliadas entre os grupos em cada um dos dois momentos do estudo ($A_1 \times B_1$ e $A_2 \times B_2$). As variações de respostas a cada questão também foram medidas entre 2001 e 2005, em cada grupo ($A_1 \times A_2$ e $B_1 \times B_2$).

Os dados contínuos, nos dois grupos, foram organizados e tabulados em um banco de dados no Microsoft Excel e, posteriormente, comparados pelos testes de Student e Mann Whitney. As frequências foram analisadas pelo teste do Qui quadrado.

RESULTADOS

Os dois grupos foram comparados quanto ao sexo, idade e escolaridade. Os resultados mostram que os grupos são homogêneos em relação à idade, tanto em 2001 ($A_1 = 55,48 \pm 9,51$ x $B_1 = 55,97 \pm 11,28$ $p=0,76$) quanto em 2005 ($A_2 = 59,2 \pm$ x $B_2 = 59,11 \pm$; $p=0,94$) e sexo ($A_1 = 30$ homens e 50 mulheres x $B_1 = 22$ homens e 58 mulheres; $p=1$) em 2001 e em 2005 ($A_2 = 34$ homens e 70 mulheres x $B_2 = 31$ homens e 75 mulheres; $p=0,65$). No entanto, em relação à escolaridade, a comparação foi inviabilizada por falta de dados (cerca de 80% dos pacientes com escolaridade ignorada nos grupos B_1 e B_2).

No ano de 2001, as respostas às questões 2 e 3 mostraram maior aderência no grupo A_1 em relação ao B_1 ($p=0,01$ e $p=0,0008$, respectivamente). Nas demais questões não houve diferenças significativas, como pode ser verificado na tabela 1.

A mesma avaliação foi feita no ano de 2005 não havendo diferenças significativas em todas as questões, conforme observado na tabela 2.

A comparação das respostas de 2001 para 2005 no grupo multidisciplinar ($A_1 \times A_2$) mostrou redução significativa da aderência para todas as questões, exceto a questão 4,

cujo $p=0,08$. No grupo de atendimento médico (B1x B2), a comparação ao longo do tempo não mostrou reduções

significativas de aderência, como poderemos constatar na tabela 3.

Tabela 1 - Comparação da aderência entre os grupos multidisciplinar e do atendimento médico no ano de 2001:

	Grupo A1 (n= 80 pacientes)				Grupo B1 (n= 80 pacientes)				P valor
	Aderentes		Não aderentes		Aderentes		Não aderentes		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Questão 1	51	63,7	29	36,3	55	68,7	25	31,3	0,616
Questão 2	75	93,7	05	6,3	63	78,7	17	21,3	0,012
Questão 3	45	56,2	35	43,8	23	28,7	57	71,3	0,0008
Questão 4	33	41,2	47	58,8	22	27,5	58	72,5	0,096
Questão 5	71	88,7	9	11,3	74	92,5	6	7,5	0,587
Questão 6	70	87,5	10	12,5	69	86,2	11	13,8	0,815

Tabela 2 - Comparação da aderência entre os grupos multidisciplinar e do atendimento médico no ano de 2005:

	Grupo A2 (n= 104 pacientes)				Grupo B2 (n= 107 pacientes)				P valor
	Aderentes		Não aderentes		Aderentes		Não aderentes		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Questão 1	49	47,1	55	52,9	59	55,1	48	44,9	0,30
Questão 2	62	59,6	42	40,4	71	66,3	36	33,7	0,38
Questão 3	35	33,6	69	66,4	36	33,6	71	66,4	0,99
Questão 4	29	27,8	75	72,2	27	25,2	80	74,8	0,77
Questão 5	102	98	2	2	100	93,4	7	6,6	0,18
Questão 6	102	98	2	2	98	91,5	9	8,5	0,07

Tabela 3 - Comparação das respostas entre os grupos multidisciplinar e do atendimento médico:

	Nº de pacientes aderentes no Grupo Multidisciplinar		P valor	Nº de pacientes aderentes no Grupo do atendimento médico		P valor
	A1	A2		B1	B2	
	Questão 1	51		49	0,03	
Questão 2	75	62	0,0001	63	71	0,08
Questão 3	45	35	0,003	23	36	0,57
Questão 4	33	29	0,08	22	27	0,87
Questão 5	71	102	0,02	74	100	0,92
Questão 6	70	102	0,5	69	98	0,73

DISCUSSÃO

A aderência ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente.⁸ Ela é um fator crucial para se obter uma resposta adequada a qualquer tipo de orientação. Além disso, a aderência ao tratamento não se restringe a prescrever um medicamento ou conduta e imaginar que, mecanicamente, as pessoas seguirão o que está escrito e o que foi falado.

A não aderência ao tratamento anti-hipertensivo tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pela falta de controle da pressão arterial.¹²⁻¹⁴ A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente

conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica.⁸

Neste estudo comparamos a aderência ao tratamento anti-hipertensivo entre o grupo A (multidisciplinar) e o grupo B (apenas médico) em dois momentos distintos, no primeiro e quinto anos de acompanhamento.

No final do primeiro ano do estudo, percebemos que a aderência à dieta foi maior que ao exercício físico, em ambos os grupos. Esse resultado contrapõe-se aos encontrados em outros artigos sobre o tema, que elucidam ser a aderência ao exercício superior. Esses demonstram que a aderência ao regime alimentar apresenta o menor percentual entre os hipertensos.¹⁴ Segundo o artigo citado, a aderência ao regime é de 11%, ao exercício físico de 33% e ao tratamento farmacológico 77%. A justificativa utilizada é que, quando

regime é inadequado, não leva a perda de peso desejada, deixando o paciente desestimulado. Além disso, a alimentação é um dos primeiros prazeres que o ser humano reconhece, desde o nascimento, sendo extremamente difícil restringir o alimento, mesmo em situações de necessidade.¹⁵

No nosso estudo, a aderência ao exercício foi pior do que à dieta ao final do primeiro ano. Além de fatores fisiológicos relacionados ao envelhecimento, outros tantos ainda contribuem para o sedentarismo no idoso, tais como: diminuição da massa e da força musculares, instabilidade musculoesquelética, doença vascular periférica, doenças associadas, medo de queda, ansiedade, depressão, falta de companhia para andar e desconhecimento da importância da atividade física. Por vezes, a própria família restringe a atividade física de seu idoso na tentativa de protegê-lo.¹⁶ Atribuímos esses resultados também ao fato de que a população estudada foi de baixa renda, vivendo em áreas de grande violência urbana, sendo difícil a prática da deambulação na rua. A hipótese inicial é de que a participação de vários profissionais da área de saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso poderia facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle da pressão arterial.

Os profissionais de saúde, de uma maneira geral, têm formação muito específica e, além disto, não têm treinamento que fuja ao tecnicismo de sua área. Agindo isoladamente, ficam muito limitados no que tange a estes aspectos e o resultado final é uma pobre adesão a qualquer tipo de orientação, fazendo com que um grande número de pacientes abandone o tratamento. O médico, em particular, está muito pouco treinado para valorizar um maior gasto de tempo durante a consulta com seu paciente, passando-lhe informações detalhadas sobre hábitos de vida. A linguagem que utiliza e a própria postura que adota de distanciamento são outras barreiras para a comunicação.¹⁷⁻²⁰ A consulta no modelo médico tradicional é voltada para o indivíduo sem considerar outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, como seu meio psicossocial e familiar.¹⁸ O sistema de saúde funciona de maneira crítica, fazendo com que, na grande maioria dos serviços, haja o atendimento de um número excessivo de casos o que restringe ainda mais a atenção do médico ao paciente. Todos esses aspectos tornam ainda mais difíceis a passagem de informações aos pacientes limitando a atuação do médico.¹⁷

No entanto, apesar de uma resposta inicial melhor no tratamento não medicamentoso no grupo multiprofissional ao final do primeiro ano, no quinto ano, não houve diferença significativa entre os grupos em nenhuma das questões avaliadas.

Dando continuidade à análise dos resultados obtidos, comparamos cada resposta do questionário dentro do mesmo grupo no primeiro e quinto ano de acompanhamento. No grupo multidisciplinar (A), observamos que houve diferença significativa para todas as questões (exceto a questão quatro). Nas perguntas referentes à mudança de estilo de vida, houve uma redução na aderência em relação ao ano de 2001. Já nas perguntas relacionadas ao tratamento medicamentoso, foi significativo o aumento da aderência. No grupo centrado no atendimento médico (B), não houve diferença significativa em nenhuma das questões no período estudado.

Um ponto importante na análise dos dados supracitados, é justamente o fato de que as perguntas referentes ao peso ideal e exercício regular, foram as que tiveram p valor muito significativo quando comparamos tanto $A_1 \times B_1$, como $A_1 \times A_2$, ou seja, as questões que causavam a diferença na aderência entre os grupos multidisciplinar e tradicional, em 2001, foram as que mostraram maior redução de aderência dentro do grupo A na comparação entre os anos. Como não houve diferença expressiva na análise $B_1 \times B_2$, levantamos a hipótese de que a redução da aderência à dieta e ao exercício físico no grupo multidisciplinar ($A_1 \times A_2$) pode ter provocado a ausência de diferença relevante entre os $A_2 \times B_2$. No entanto não conseguimos comprovar esta assertiva pela metodologia utilizada.

Tendo em vista as diferenças entre as respostas entre os grupos A_1 e B_1 , podemos supor que a abordagem multidisciplinar seria capaz de motivar a mudança no estilo de vida dos pacientes num primeiro momento. No entanto, esse modelo assistencial não é suficiente para manutenção prolongada da aderência às medidas gerais no tratamento da hipertensão arterial. Podemos atribuir este fato à dificuldade encontrada em modificar o estilo de vida da população. Além disso, sendo a população idosa uma parcela importante na população hipertensa mundial, a falta de valorização ao combate do sedentarismo no idoso que ocorre no Brasil e em outros países também pode contribuir para menor aderência ao exercício físico, principalmente em longo prazo. Outras causas possíveis para redução da aderência neste grupo são diminuição da motivação da equipe multidisciplinar e falta de sustentação do interesse do próprio paciente em manter um estilo de vida mais saudável.

Em relação ao tratamento medicamentoso, no entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos em ambos os momentos do estudo. A aderência a essa modalidade terapêutica se mostrou sempre significativamente maior quando comparada ao tratamento não medicamentoso. Algumas questões podem ser analisadas na tentativa de explicar o fenômeno observado.

Alguns autores verificaram que o maior nível de aderência estava relacionado à terapia farmacológica, sendo um dos motivos para a ocorrência desse fato o progresso da indústria farmacêutica que desenvolveu medicamentos cada vez mais efetivos e com uma incidência cada vez menor de efeitos colaterais.²⁰⁻²³

Outro argumento relevante a favor da alta aderência aos medicamentos foi a facilidade ao acesso a eles pela população, independente da classe econômica. Este feito foi propiciado pelo baixo custo e fornecimento gratuito pelas unidades de saúde. Um estudo verificou que mais da metade dos pacientes da amostra referiram dificuldade financeira na compra do medicamento.²⁴ Outro ensaio também obteve resultado semelhante, pois os problemas de ordem financeira foram apontados pelos participantes de seu estudo como um dos principais motivos para descontinuação do tratamento farmacológico.²⁵ Outro autor refere que esse é um elemento de primordial importância na aderência a tratamentos de longa duração, como é o caso do tratamento anti-hipertensivo.²⁶

A disponibilidade de medicamentos nos serviços para fornecimento aos pacientes também foi vista como evento antecedente à aderência ao tratamento anti-hipertensivo. Num estudo realizado em 1999, os hipertensos entrevistados mencionaram, como fatores facilitadores da adesão ao tratamento, o recebimento gratuito de medicamentos, a facilidade de marcar consultas, a proximidade do serviço, como também o recebimento de vale transporte para o comparecimento às consultas.²⁴ Estas conclusões podem ser extrapoladas para a realidade do nosso estudo, uma vez que os pacientes da unidade de saúde analisada recebiam medicamentos gratuitamente.

Outros autores propuseram novas estratégias que podem ser adotadas de acordo com o tempo de uso de medicamento pelo paciente. Para o tratamento de doenças crônicas, como na hipertensão arterial, recomendam a combinação de diferentes abordagens como, por exemplo, informação adequada, automonitoramento, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia e acompanhamento por telefone, entre outras.²⁴⁻²⁷

Consideramos que a estratégia de saúde da família pode se revelar como um modelo mais resolutivo para melhorar a aderência, em comparação ao modelo tradicional de centros de saúde, no Rio de Janeiro, tendo em vista que o primeiro tem como concepção um maior enfoque na promoção e na prevenção primária da hipertensão arterial, com possibilidades concretas e factíveis de atuação na saúde da criança, com vistas a reduzir a prevalência de obesidade, hábito de fumar, ingestão excessiva de sódio e aumento da atividade

física diária. Da mesma forma, a prevenção secundária pode ser mais exequível pelo maior enfoque nas ações educativas, pela melhoria do acesso dos pacientes à Unidade e pelo conhecimento maior da realidade de vida desta população. Infelizmente, neste Município, apenas 20% da população está assistida pelo modelo, que se encontra ainda em processo de implantação. As dificuldades referentes ao recrutamento e fixação de profissionais habilitados, sobretudo médicos, são fatores adicionais que podem dificultar melhores resultados na redução da prevalência e no controle da hipertensão arterial.

CONCLUSÃO

Com base na discussão acima, concluímos que a mudança de modelo de atendimento ambulatorial em um centro de saúde, com ênfase em um atendimento multiprofissional, não foi vantajosa em relação ao atendimento médico tradicional para melhorar a aderência ao tratamento anti-hipertensivo, principalmente em longo prazo, mesmo em relação à terapia não-medicamentosa.

RECOMENDAÇÕES

Novas estratégias necessitam ser repensadas para estimular a adoção de um novo estilo de vida nesta população. Estas estratégias devem contemplar uma mudança importante na formação dos profissionais de saúde, incluindo o treinamento em serviço de atenção básica como eixo curricular, maior enfoque na humanização e integralidade da assistência, e em processos contínuos de avaliação dos serviços e seus resultados. A estratégia de saúde da família, neste sentido, pode ser importante e necessita ser avaliada.

REFERÊNCIAS

- 1 - DATASUS Centro Tecnológico de Informação e Informática do SUS, 2005. [Citado em 2009 jul. 10]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
- 2 - Harrison Principles of Internal Medicine. 16ª Edição. McGraw-Hill, 2005.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Assistência Médica (CAM). Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA). Brasília: MS; 1999.
- 4 - Oliveira MCB. Avaliando a adesão do paciente hipertenso ao programa de educação e controle da hipertensão arterial na rede municipal de saúde em Campo Grande (MS) [monografia]. Campo Grande: Escola Jorge David Nasser, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2000.

- 5 - Pollock ML, Wilmore JH. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.
- 6 - Meireles VC, Oliveira MLF, Matsuda LM, Marcon, SS. Diagnósticos e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. *Cogitare Enferm.* 2005 set-dez; 10(3):37-43.
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES; 1993. p.157.
- 8 - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Portal Cardiol - 2006. [Citado em 2009 jul. 10]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/>
- 9 - Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Salvador, BA. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79(4):375-9.
- 10 - Guerra EMD. Recusa ao tratamento de hipertensão arterial: contribuição para o enfrentamento do diagnóstico. Fortaleza (CE): Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFC; 1998.
- 11 - Baltazar J, Natario A. An evaluation of the quality of medical care for hypertensive patients. A review of the record of explicit criteria and standard in the clinics of District of Lisbon. *Acta Med Port.* 1993; 6 (10):431-8.
- 12 - Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Ver Latinoam Enferm.* 1997 jul; 5(3):43-8.
- 13 - Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Brás Cardiol.* 2002; 79(4):375-9.
- 14 - Sales CM, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da pressão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm.* 2007 abr/jun; 12(2):157-63.
- 15 - Herculano-Houzel S. Sexo, drogas, rock'n'roll... e chocolate: o cérebro e os prazeres da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2003.
- 16 - Gravina1 CF, Grespan SM, Borges JL. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev Bras Hipertens.* 2007; 14(1):33-6.
- 17 - Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1996; 29:232-8.
- 18 - Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latinoam. Enferm.* 2003; 11(2):207-14.
- 19 - Araújo GBS, Garcia TB. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(2):259-72.
- 20 - Coelho EB, Neto MM. Relation between regular attendance to ambulatory appointments and blood pressure control among hypertensives patients. *Arq Brás Cardiol.* 2005 Set; 85(3):157-61.
- 21 - The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA.* 2003; 289(19):2560-72.
- 22 - Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr.* 2000; 13(1):17-28.
- 23 - Kyngäs H, Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing.* 1999; 29(4):832-9.
- 24 - Castro VD, Car MR. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP.* 1999; 33(33):294-304.
- 25 - Guerra-Riccio G. M. Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influência da frequência do atendimento [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001, 122 p.
- 26 - Feitosa GS. Tratamento da hipertensão arterial no negro. *Hiper Ativo.* 1996; 3(3):180-5.
- 27 - Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions medication adherence. *Cochrane Review.* In: *The Cochrane Library*, n° 1; 2006.

Submissão: setembro de 2010

Aprovação: agosto de 2011
