

Abordagem multiprofissional no cuidado à saúde de pacientes do programa HIPERDIA

Multiprofessional approach to health care in patients of the HIPERDIA program

Nathanne dos Santos Ferreira¹, Claudio André Barbosa de Lira², Lucila Pessuti Ferri³, Cláudio Emílio Cintra³, Leidilara Cristina de Moraes³, Vivianne Oliveira Gonçalves², Sandra Aparecida Benite-Ribeiro²

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica e fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais crônicas, que podem levar a morte, sendo um grave problema de saúde pública. O principal fator apontado para a falta de sucesso no controle da HAS e prevenção das comorbidades é a não adesão ao tratamento, relacionando-se com a frequência de comparecimento às consultas, uso correto da medicação (tratamento farmacológico) e alterações comportamentais, que determinam o sucesso do tratamento não farmacológico (controle alimentar e prática de exercício físico). Objetivou-se avaliar nos pacientes do programa HIPERDIA a adesão ao tratamento e os fatores de risco relacionados à hipertensão arterial. Foram analisados os prontuários de 561 pacientes entre os anos de 1998 e 2010. A adesão foi avaliada pela frequência dos pacientes às consultas e pela prevalência dos fatores de risco, antes e após a intervenção. A evolução do quadro clínico foi analisada durante 12 anos, com a condição de inclusão de comparecimento a 2 consultas anuais. Observou-se baixa frequência de comparecimento às consultas, pois dos 561 pacientes iniciais, somente 110 satisfizeram à condição do estudo. Os fatores de risco prevalentes no início e no fim do estudo foram sedentarismo, obesidade e dieta alimentar desequilibrada, demonstrando baixa adesão ao tratamento não farmacológico. Todavia, entre os pacientes que permaneceram no programa, houve controle eficiente da pressão arterial, indicando a importância da assistência institucionalizada.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial sistêmica; adesão ao tratamento; estilo de vida; índice de massa corporal.

ABSTRACT

High Blood Pressure (HBP) is a chronic disease and a risk factor for cardiovascular, cerebrovascular and chronic kidney disease, which can lead to death. In addition, it is a serious public health problem. The main factor for the lack of success in controlling HBP and prevention of comorbidities is the non-compliance to treatment, which is related to the frequency of attendance to medical appointments, proper use of medication (drug treatment), and behavioral changes that determine the success of non-pharmacological treatment (diet control and physical exercise). The objective of the present study was to evaluate the risk factors related to hypertension and patient compliance to the HIPERDIA program. The medical records of 561 patients were analyzed from 1998 to 2010. The compliance to the treatment was assessed by the frequency of ambulatory visits, while the prevalence of risk was evaluated before and after the intervention. The progression of the disease was analyzed for 12 years, with the condition to include attendance at 2 annual consultations. It was observed low frequency of consultations, since only 110 patients from the 561 initially recruited complied with the condition of the study. The risk factors prevalent at the beginning and in the end of the study were sedentary life style, obesity and unbalanced diet, demonstrating poor adherence to non-pharmacological treatment. However, among patients who remained in the program, there was effective blood pressure control, indicating the importance of institutionalized care.

KEYWORDS

Hypertension; adherence to treatment; lifestyle; body mass index.

Recebido em: 14/07/2013. Aprovado em: 03/02/2014.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

²Universidade Federal de Goiás (UFGO) – Jataí (GO), Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde de Jataí – Jataí (GO), Brasil.

Correspondência para: Sandra Benite Ribeiro – Universidade Federal de Goiás, Campus Jataí – BR 364, km 192, 3.800 – Setor Industrial – Caixa Postal 03 – CEP: 75801-615 – Jataí (GO), Brasil – E-mail: sandrabenite@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais crônicas, que podem levar a morte, sendo, assim, considerada um grave problema de saúde pública em todos os estratos socioeconômicos.¹

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,² os fatores de risco para hipertensão ocorrem mais comumente de forma combinada. Além da predisposição genética, do envelhecimento,³ do gênero e da etnia,^{4,5} fatores ambientais como estilo de vida pouco saudável podem contribuir para o desenvolvimento da HAS.² Entre esses fatores de risco são incluídos: o consumo excessivo de sódio,⁶ o abuso no consumo de bebidas alcoólicas,⁷ o sedentarismo^{8,9} e o tabagismo.^{2,10}

Haja vista que a HAS representa um grave problema à saúde pública, que pode estar relacionada aos hábitos de vida dos cidadãos e que seu tratamento e controle são dispendiosos, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Caderno de Atenção Básica nº 15,¹¹ que preconiza a abordagem multiprofissional no tratamento por meio de programas de atenção ao paciente com HAS. O programa tem o objetivo de desenvolver ações destinadas à prevenção de riscos de doenças cardiovasculares, prevenção primária e controle da HAS.

Além da assistência institucionalizada, para o sucesso no controle da HAS, é de suma importância a adesão do paciente à terapia. A adesão pode ser definida pela extensão que o paciente coloca em prática as recomendações da equipe multiprofissional, não somente as relacionadas ao tratamento farmacológico, como também as alterações comportamentais, que determinam o sucesso do tratamento não farmacológico.¹² Tem sido relatado que grande porcentagem de pacientes com HAS encontram-se cadastrados em programas para tratamento, mas pequena fração obtém sucesso no controle. O principal fator apontado para a falta de sucesso no controle da HAS e prevenção das comorbidades é a não adesão à terapia.¹³

Assim, o presente estudo teve como objetivos investigar a adesão dos pacientes ao tratamento, a prevalência dos fatores de risco à HAS e o controle da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo longitudinal, caracterizada por uma amostra não aleatória de pacientes com HAS assistidos pelo Programa HIPERDIA do município de Jataí, Goiás. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFGO) (protocolo nº 062/2009).

Em Jataí, o Programa HIPERDIA é desenvolvido na Unidade James Phillip Minelli da Secretaria Municipal de

Saúde, desde 1998. Nesse programa, os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional de saúde e recebem, além de prescrição farmacológica para o controle da pressão arterial, orientação nutricional, atendimento psicológico e instruções para a prática de atividade física regular. Para as avaliações do presente estudo, foram utilizadas informações registradas nos prontuários de acompanhamento dos pacientes do Programa HIPERDIA.

Os fatores de inclusão no estudo foram: indivíduos de ambos os sexos com idade superior a 30 anos, com diagnóstico de HAS de difícil controle, ou seja, sem controle adequado da pressão arterial com uso da medicação, e que não apresentavam histórico de complicações decorrente da hipertensão. Para as análises da adesão dos pacientes ao programa, foi estabelecido também que o paciente deveria ter comparecido a pelo menos duas consultas por ano com algum dos profissionais de saúde e cumprir com um total de 20 consultas. As análises foram feitas com os pacientes que frequentaram o programa durante o período compreendido entre 1998 e 2010. Prontuários de pacientes com menos de duas visitas por ano e que careciam dos dados necessários ou que continham informações imprecisas foram excluídos.

Para a caracterização da primeira consulta, foram utilizados dados de todos os pacientes cadastrados no programa entre os anos de 1998 e 2008, num total de 561 pacientes. Para observar o efeito do tratamento, foram coletados dados dos pacientes que haviam iniciado o tratamento até o ano de 2004, pois o cadastro nesse ano possibilitava ao paciente ter frequentado 20 consultas até o ano de 2010. Dessa forma, a análise longitudinal foi feita com somente 110 prontuários dos pacientes que permaneceram no programa.

A adesão dos pacientes ao tratamento foi avaliada a partir da condição de presença a duas consultas por ano e da adesão às recomendações da equipe de saúde. A presença de fatores de risco, tais como sobrepeso, obesidade, sedentarismo, dieta alimentar desequilibrada, tabagismo e consumo abusivo de álcool eram indicadores de não adesão ao tratamento.

Para caracterização da amostra e avaliação dos fatores de risco à HAS, foram coletados os dados de Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), gênero, idade, altura, massa corporal, Índice de Massa Corporal (IMC), glicemia, níveis séricos de colesterol e triglicérides. Para avaliação do estilo de vida foram coletados os relatos de: consumo de álcool e tabaco, prática de atividade física regular, dieta alimentar regular, dieta com controle ou baixo consumo de sal de cozinha e esquema vigente de terapia.

A pressão arterial foi aferida no braço esquerdo com o paciente confortavelmente sentado, por meio de um esfigmomanômetro mecânico (Missouri) e um estetoscópio (*Wuxi Kaishun*

Medical Apparatus and Instrument Factory) e classificada em concordância com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.² Os IMCs individuais foram calculados pela equação $IMC = \text{massa corporal}/\text{altura}^2$ e sua classificação foi de acordo com a Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.¹⁴ Para os indivíduos maiores de 60 anos, o sobrepeso foi definido a partir de $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$.¹⁵ As normas da *American Diabetes Association*¹⁶ foram utilizadas para definição da normalidade dos níveis de glicemia e da *American Association of Endocrinologists*¹⁷ para os níveis de trigliceridemia e colesterolemia.

Para classificação dos indivíduos como sedentários ou ativos, foram utilizados os critérios da equipe de saúde, que consideravam ativos aqueles que relatavam praticar caminhadas (ou outra atividade semelhante) pelo menos três vezes por semana com duração mínima de 30 minutos, e sedentários os que não atendiam tais critérios ou não praticavam nenhum tipo de atividade física regular.

A dieta foi avaliada a partir do recordatório alimentar e foi considerada regular ou irregular de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁸ A redução do uso de sal de cozinha foi classificada como dieta com restrição de sódio, enquanto a não redução foi definida como dieta sem controle do uso de sódio.

A evolução do quadro clínico foi realizada com o histórico de 102 pacientes na primeira, quinta, décima, décima quinta e vigésima consultas. A análise foi realizada com os valores de média da pressão arterial e do IMC desses 102 pacientes nas consultas. Foram excluídos os prontuários de oito pacientes por não possuírem todas as informações em alguma das consultas.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa *GraphPad Prism* (version 5.00 for Windows, GraphPad Software, San Diego, California). As prevalências foram analisadas pelo teste do χ^2 . A normalidade foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk e, como apresentaram distribuição normal, foram testadas por ANOVA one-way complementada por Bonferroni. O nível de significância estabelecido para todos os testes estatísticos foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A análise da frequência dos pacientes às consultas e da adesão ao tratamento demonstrou que ambas foram baixas. Dos 561 pacientes iniciais, somente 110 (20%) satisfizeram a condição do presente estudo de frequentar pelo menos duas consultas ao ano. Quanto à adesão, foi possível avaliar na primeira consulta que a maior porcentagem de pacientes (dentre os 110 que permaneceram no programa) apresentavam entre 3 e 4 hábitos de vida não saudável, 37 e 39%, respectivamente. Dentre os 110 pacientes da 20ª consulta, somente em 17 prontuários havia anotações de todas as variáveis analisadas. Também foi observada prevalência de sedentarismo (75%) e de obesidade (77%) em um total de 104 e 62 pacientes, respectivamente.

A comparação das características dos pacientes na 1ª, 5ª, 10ª, 15ª e na 20ª consulta são apresentadas na Tabela 1. No momento do ingresso ao programa, houve prevalência de mulheres e de pacientes com idade média de 51 anos. Em relação ao tratamento, 85% dos pacientes faziam uso regular de anti-hipertensivos (usuários: $n = 422$, 85%; não usuários: $n = 74$, 15%, $p < 0,05$) e 74% apresentavam PA não controlada (não controlada: $n = 415$,

Tabela 1. Características dos pacientes do Programa HIPERDIA.

		1ª consulta		5ª consulta		10ª consulta		15ª consulta		20ª consulta	
		Total	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)
Gênero	Feminino	561	418 (75)*	264	200*	202	152*	156	120*	110	84 (76)*
	Masculino	561	143 (25)*	264	64*	202	50*	156	36*	110	26 (24)*
		Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP	
PAS (mmHg)		558	152,3 ± 29,2	260	135,1 ± 22,3#	202	133,1 ± 20,9#	156	135,1 ± 20,5#	110	131,3 ± 15,5#
PAD (mmHg)		558	96,1 ± 16,6	260	85,9 ± 14,4#	202	84,1 ± 13,10#	156	85,3 ± 13,2#	110	82,2 ± 11,1#
Idade (anos)		559	51,6 ± 9,7	262	52,8 ± 9,6	201	54,3 ± 9,0	155	55,9 ± 9,4	110	57,3 ± 9,4
IMC (kg/m ²)		540	29,7 ± 6,3	176	28,6 ± 5,8	126	29,0 ± 5,1	101	29,0 ± 6,3	62	28,7 ± 4,9
Tratamento anti-hipertensivo		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
Monoterapia		385	196 (51)†	261	41 (16)†	200	22(11)†	156	8 (5)†	110	4 (4)†
Combinação de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos		385	183 (47)†	261	185 (71)†	200	140 (70)†	156	114 (73)†	110	83 (75)†
Combinação de tratamento anti-hipertensivo e outros		385	6 (2)†	261	35 (13)†	200	38(19)†	156	34 (22)†	110	23 (21)†

Teste do χ^2 : *diferenças significativas entre os gêneros na mesma consulta; †diferença significativa entre os três tipos de tratamento anti-hipertensivo na mesma consulta ($p < 0,05$). Teste t: #diferença significativa entre a primeira e as demais consultas ($p < 0,05$). PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; IMC: índice de massa corporal.

74%; controlada: $n = 143$; 26%, $p < 0,05$) e com valores médios de PA acima do recomendado (Tabela 1). A deficiência no controle da pressão na primeira consulta foi independente do uso de monoterapia ou da combinação de anti-hipertensivos ou outro tipo de fármacos. As médias \pm desvio-padrão da PA dos pacientes que faziam uso da monoterapia foram: PAS = $145,3 \pm 27,1$ mmHg, PAD = $93,9 \pm 16,7$ mmHg, enquanto as médias dos pacientes que receberam anti-hipertensivos combinados foram: PAS = $153,4 \pm 28,0$ mmHg e PAD = $95,4 \pm 15,2$ mmHg. No grupo que usou anti-hipertensivos associados a outro tipo de fármacos, a PAS estava em $153,3 \pm 25,0$ mmHg e a PAD em $100,0 \pm 10,9$ mmHg.

Após o tratamento com a equipe multiprofissional de saúde, ou seja, na 20ª consulta, ainda havia prevalência de mulheres e a idade média dos pacientes era de 57 anos. Todos os pacientes faziam o uso regular de anti-hipertensivos e foi observado que 54% dos pacientes apresentavam a pressão arterial controlada. Na primeira consulta, houve prevalência de pacientes em esquema de monoterapia, enquanto a partir da quinta consulta prevaleceu o esquema de combinação de dois ou mais fármacos (Tabela 1). Os pacientes eram tratados geralmente com um diurético e um inibidor da enzima conversora de angiotensina I associado a outro anti-hipertensivo relacionado ao bloqueio do sistema adrenérgico. Adicionalmente, sete pacientes também usavam fármacos para controle do perfil lipídico e dez pacientes utilizavam fármacos para o controle da glicemia. Foi observado controle da pressão arterial em 40% dos pacientes na 20ª consulta, sendo que a média da PA ficou dentro dos valores de normalidade, independentemente do esquema vigente de terapia: monoterapia – PAS = $122,5 \pm 12,6$ mmHg e PAD = $77,5 \pm 12,6$ mmHg; combinação de anti-hipertensivos – PAS = $131,0 \pm 15,7$ mmHg e PAD = $81,6 \pm 11,3$ mmHg; combinação de

anti-hipertensivos com outros fármacos – PAS = $133,9 \pm 15,3$ mmHg e PAD = $85,2 \pm 9,9$ mmHg.

Apesar de o tratamento ter sido efetivo no controle da pressão arterial, o mesmo não ocorreu com o controle da massa corporal, pois em todas as consultas os pacientes apresentavam IMC acima dos valores de normalidade tanto no início quanto no decorrer do tratamento (Tabela 1).

Na Tabela 2, são apresentadas as análises dos fatores de risco associados à HAS. Hábitos favoráveis ao controle da HAS encontrados no presente estudo foram a prevalência de indivíduos com normoglicemia, sem consumo abusivo de álcool, não tabagistas e praticantes de dieta alimentar com restrição de sódio, na primeira consulta e durante o tratamento. Os hábitos não favoráveis foram a prevalência de pacientes sedentários, com sobrepeso e com obesidade desde o início do acompanhamento. Nos indivíduos com mais de 60 anos, nos quais o sobrepeso foi considerado a partir do $IMC \geq 27$ kg/m², também foi detectado que a média do IMC desses pacientes se enquadrava na faixa do sobrepeso tanto na primeira ($27,9 \pm 5,78$ kg/m²) quanto na 20ª consulta ($27,3 \pm 5,4$ kg/m²).

As médias dos parâmetros laboratoriais da primeira consulta também estavam dentro da faixa de normalidade; entretanto, a partir da quinta consulta, esses parâmetros estão alterados, pois os níveis médios de glicemia se enquadram na faixa de intolerância à glicose e os valores médios de colesterol e triglicérides são classificados como limítrofe e elevado, respectivamente (Tabela 2). Apesar disso, não foi observada prevalência dessas alterações nos pacientes do programa.

Apesar do exposto anteriormente, os pacientes que aderiram ao tratamento apresentaram controle dos níveis pressóricos. Na Figura 1, pode-se observar que o tratamento promoveu

Tabela 2. Fatores de risco relacionado à hipertensão arterial sistêmica nos pacientes do Programa HIPERDIA. Jataí, GO, 2013.

Fatores de risco para HAS	1ª consulta		5ª consulta		10ª consulta		15ª consulta		20ª consulta	
	Total	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)
Intolerância à glicose	311	60 (19)*	30	6 (20)*	32	2 (6)*	26	7 (27)*	16	4 (25)*
Hiperglicemia	311	19 (6)*	30	4 (13)*	32	5 (16)*	26	3 (11)*	16	3 (19)*
Tabagismo	555	112 (20)*	245	38 (15)*	200	24 (12)*	156	15 (10)*	110	14 (13)*
Abuso de álcool	554	52 (9)*	245	1 (0,4)*	200	1 (0,5)*	156	-	110	1 (1)*
Sedentarismo	538	314 (58)*	234	140 (60)*	192	140 (73)*	150	107 (71)*	104	78 (75)*
Dieta sem controle de sal	525	137 (26)*	66	24 (36)*	43	13 (30)*	32	5 (16)*	16	5 (31)*
Dieta desequilibrada	491	409 (83)*	60	26 (43)	46	21 (46)	34	10 (29)*	19	9 (47)
Sobrepeso	539	193 (36)*	176	70 (40)	126	55 (44)*	101	41 (41)*	62	22 (35)
Obesidade	539	226 (42)*	176	63 (36)	126	48 (38)*	101	36 (36)*	62	26 (42)
Parâmetros laboratoriais	Média \pm DP		Média \pm DP		Média \pm DP		Média \pm DP		Média \pm DP	
Glicemia (mg/dL)	311	95,3 \pm 25,9	30	104,7 \pm 40,33	32	95,5 \pm 31,1	26	104,8 \pm 44,0	16	113,4 \pm 52,3
Colesterol total (mg/dL)	324	194,3 \pm 42,7	33	221,6 \pm 109,0	35	213,0 \pm 57,5	29	214,0 \pm 75,4	16	194,1 \pm 57,0
Triglicérides (mg/dL)	299	143,6 \pm 75,4	29	344,7 \pm 909,6	35	245,5 \pm 653,3	27	273,5 \pm 488,2	15	200,2 \pm 190,2

Teste do χ^2 : *diferenças significativas entre as classes na mesma consulta ($p < 0,05$).

efeito na redução da pressão arterial a partir da quinta consulta, com valores considerados controlados para pacientes com hipertensão ($> 140/90$ mmHg). Nas comparações de IMC entre as consultas analisadas, não foram encontradas diferenças significativas e as médias de IMC estão acima do preconizado ($IMC = 30,1 \pm 5,1$).

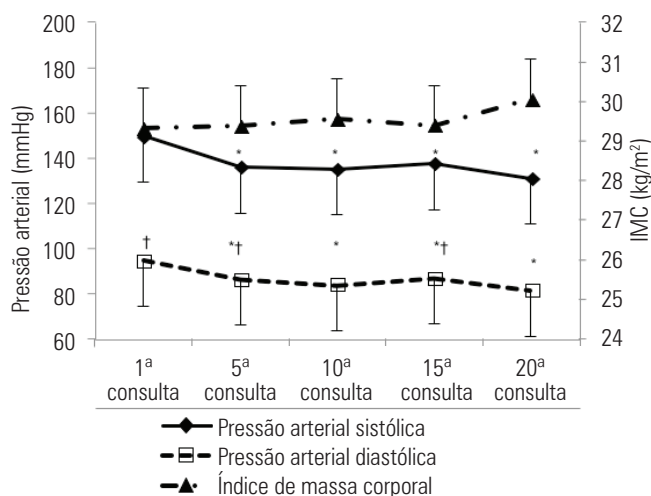
DISCUSSÃO

O presente estudo aponta para a importância do cuidado institucionalizado à saúde das pessoas sob uma abordagem multifatorial, associando o tratamento farmacológico ao não farmacológico e almejando alterações no estilo de vida dos pacientes para a prevenção de complicações decorrentes da HAS. Esse fato torna-se evidente ao se comparar os resultados da primeira e das demais consultas. Apesar de os pacientes do programa disporem previamente do acompanhamento com agentes de saúde nas unidades de atenção à família (antes do ingresso), os níveis pressóricos não estavam controlados. Após o acompanhamento pela equipe multiprofissional, os pacientes que permaneceram no programa obtiveram sucesso no controle da hipertensão arterial. Apesar disso, a adesão ao programa foi relativamente baixa, pois a assiduidade às consultas foi baixa e boa parcela dos pacientes ainda apresentava importantes fatores de risco associado à HAS, tais como o sedentarismo e sobrepeso/obesidade.

A maior quantidade de mulheres na amostra está de acordo com os achados de outros estudos.^{13,19-21} Isso pode ter ocorrido porque mulheres apresentam maior procura por serviços médicos quando comparadas aos homens.^{19,21} Apesar disso, tem sido relatado aumento dos casos de HAS e doenças cardiovasculares em mulheres, principalmente após o fim do período reprodutivo,²² o que coincide com a idade média das pacientes do presente estudo.

Na primeira consulta, foi observado o uso preferencial de monoterapia para o controle da pressão arterial, o que não resultou em controle efetivo, enquanto, a partir da quinta consulta a associação entre fármacos anti-hipertensivos foi eficaz no controle da HAS. De fato, essa associação entre fármacos é recomendada pelas Diretrizes de Hipertensão² quando a monoterapia não é mais suficiente no controle da PA, o que ocorre em dois terços dos casos.

Tem sido amplamente descrito na literatura que, para o controle da HAS, não só o tratamento farmacológico mas também as alterações comportamentais, tais como a prática de atividade física regular e dieta alimentar,^{2,19,23} são de grande importância. Apesar das recomendações da equipe de saúde para a adesão a esse tipo de tratamento, no presente estudo verificou-se que a porcentagem dos pacientes que aderiram às recomendações foi baixa, o que deve ter reduzido a eficácia do



*Diferença significativa da pressão arterial em comparação com a primeira consulta; †diferença significativa da pressão arterial em comparação com a 20ª consulta ($p < 0,05$). Pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica ($n = 102$); IMC: índice de massa corporal ($n = 27$). Jataí, GO, 2013.

Figura 1. Evolução do quadro clínico dos pacientes do Programa HIPERDIA (Média \pm DP). ANOVA complementada por Bonferroni.

programa; entretanto, a adesão ao tratamento farmacológico deve ter sido eficiente, pois os níveis pressóricos dos pacientes foram controlados.

Alguns fatores têm sido apontados como causas de baixa adesão ao tratamento, como idade, situação conjugal, personalidade do paciente, falta de informação sobre a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico, falta de percepção e de cuidado do paciente com a sua saúde e problemas de comunicação e descaso na relação médico-paciente.^{13,24} Isso demonstra a importância de ações educativas para a conscientização dos pacientes a respeito de sua condição.

De acordo com a equipe multiprofissional do Programa HIPERDIA, o baixo comparecimento dos pacientes às consultas e a baixa adesão podem ser decorrentes da falta de recursos humanos do quadro de agentes de saúde, além da distância entre uma consulta e outra do paciente. O intervalo entre as consultas pode facilitar o esquecimento do paciente sobre as mesmas, ou até mesmo levar o paciente a buscar atendimento em outra unidade de saúde em casos de emergências. A falta de percepção do paciente com os cuidados com a própria saúde também é apontada como um fator da baixa adesão nesses pacientes, haja vista que são fornecidos os fármacos gratuitamente e disponibilizadas orientações com nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e médicos. Além disso, nas palestras ministradas por estudantes da UFGO, poucos pacientes compareciam e, entre os presentes, a maioria eram pacientes diabéticos, os quais melhoraram o controle glicêmico (dados não publicados). Os pacientes portadores de HAS, por não comparecerem nessas atividades em grupo, mostram que prezam pelo atendimento individual.

O desafio da adesão ao tratamento é uma realidade que preocupa toda a comunidade da área da saúde e, recentemente, foi tema do XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão e assunto para o livro *Adesão ao Tratamento*, de Fernando Nobre e Décio Mion Júnior.²⁵ A busca de medidas para aumentar a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico reflete a preocupação para o aumento na qualidade de vida dos pacientes e diminuição de complicações que aumentam o número de mortes.

Os principais fatores de risco à HAS dos pacientes que apontam baixa adesão ao tratamento não farmacológico são: o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade, que não se modificaram durante todo o período de tratamento. O IMC dos pacientes manteve-se acima dos limites de normalidade, o que está de acordo com os relatos sobre as associações entre sobrepeso, obesidade e HAS.^{13,19} O excesso de massa corporal também tem sido associado às alterações no perfil lipídico e glicêmico.^{10,24,26,27} Nesse estudo, foram observadas, a partir da quinta consulta, as associações descritas entre sedentarismo, obesidade e alterações metabólicas. Paradoxalmente, na primeira consulta, os pacientes apresentavam os mesmos fatores de risco, mas não apresentavam modificações nos parâmetros bioquímicos. Esse achado pode estar associado ao envelhecimento dos pacientes, pois a média de idade dos pacientes foi superior na 20ª consulta em relação à primeira, em concordância com as observações de associações entre envelhecimento, HAS e doenças cardiovasculares.^{2,19}

Apesar das dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional em modificar os hábitos de vida dos pacientes, o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde foi importante no controle dos níveis pressóricos dos pacientes que permaneceram no programa, reduzindo os fatores de risco para as outras doenças cardiovasculares. Supomos que a redução pressórica notada a partir da quinta consulta tenha sido em decorrência do tratamento farmacológico, uma vez que a adesão ao tratamento não farmacológico foi insuficiente. A adesão ao tratamento farmacológico refere-se ao uso correto da dosagem dos medicamentos prescritos.

Vale a pena ressaltar que alguns aspectos metodológicos comprometeram o estudo. O principal fator foi a carência de registros completos nos prontuários. A maioria dos prontuários não continha dados das análises bioquímicas e dos relatos dos pacientes quanto ao estilo de vida, impossibilitando a investigação na 20ª consulta da adesão dos pacientes ao tratamento não farmacológico. Assim, sugere-se à equipe multiprofissional maior cuidado e responsabilidade ao registrar os dados dos pacientes nos prontuários, uma vez que eles possibilitam a avaliação da evolução do quadro clínico do paciente e também permite a avaliação do programa.

Outra sugestão que é de fácil execução e tem sido recomendada pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão² para a verificação do valor preditivo de risco cardiovascular é a mensuração da circunferência da cintura e do quadril, para cálculo da relação cintura/quadril, cujos valores elevados têm sido amplamente associados com resistência à insulina e elevação da PA.^{10,11}

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os principais fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica dos pacientes em uma unidade de saúde assistencial para cuidado da hipertensão de Jatá na primeira consulta foram sobrepeso e obesidade, média de idade de 50 anos, sedentarismo e não seguimento da dieta alimentar, fatores estes que podem ter contribuído para o aparecimento dessa doença. Após o acompanhamento pela equipe de saúde, os pacientes ainda apresentavam os mesmos fatores de risco, o que demonstrou baixa adesão ao tratamento não farmacológico. Apesar disso, o acompanhamento foi de grande importância para o controle da pressão arterial dos pacientes e deve ter prevenido uma série de comorbidades, evidenciando a importância da assistência institucionalizada fornecida por grupos multiprofissionais de saúde. Além disso, este trabalho detectou que os maiores problemas do programa foram a baixa adesão ao tratamento não farmacológico e comparecimento às consultas, além da carência de registros corretos nos prontuários, o que indica à equipe a necessidade de envidar esforços no sentido de minimizar esses problemas.

REFERÊNCIAS

1. Carretero AO, Oparil S. Essential Hypertension: Part I: Definition and Etiology. *Circulation*. 2000;101:329-35.
2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17:64.
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374:1196-208.
4. Kelly EI, Nesser W, Francis R. Variation in hypertension prevalence in elderly blacks in the United States: the effect of mortality trends. *J Natl Med Assoc*. 1989;81:143-52.
5. Zambrana R, Ayala C, Pokras O, Minaya J, Mensah G. Disparities in hypertension-related mortality among selected Hispanic subgroups and non-hispanic white women ages 45 years and older. United States, 1995-1996 and 2001-2002. *Ethn Dis*. 2007;17:434-40.
6. Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Salt and hypertension: is salt dietary reduction worth the effort? *Am J Med*. 2012;125:433-9.
7. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2001;38:1112-7.
8. Jennings G, Nelson L, Nestel P, et al. The effects of changes in physical activity on major cardiovascular risk factors, hemodynamics, sympathetic function, and glucose utilization in man: a controlled study of four levels of activity. *Circulation*. 1986;73:30-40.
9. Dengel DR, Hagberg JM, Pratley RE, Rogus EM, Goldberg AP. Improvements in blood pressure, glucose metabolism, and lipoprotein lipids after aerobic exercise plus weight loss in obese, hypertensive middle-aged men. *Metabolism*. 1998;47:1075-82.
10. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 1999;100:1134-46.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.