

Otimização de Recursos no Cuidado Primário da Hipertensão Arterial

Optimizing the Treatment of Hypertension in the Primary Care Setting

Maria Teresa Didier e Armênio C. Guimarães

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Fundação para o Desenvolvimento da Ciências, FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz, Prefeitura Municipal de Salvador – Salvador, BA

Resumo

Objetivo: Avaliar o resultado da atuação de uma equipe interdisciplinar no controle da hipertensão.

Métodos: Numa Unidade de Saúde, 88 pacientes foram assistidos por uma equipe interdisciplinar, por 12 meses. As visitas ao médico e à enfermeira ocorreram cada um a três meses, e à nutricionista, quando necessário. Palestras educacionais foram ministradas, regularmente. O colesterol total e a glicemia de jejum foram medidos, na admissão e aos 12 meses do estudo. Foram analisados dados clínicos e laboratoriais e comparados à pressão arterial, na admissão e aos 6 e 12 meses do estudo, e o colesterol total e glicemia, na admissão e aos 12 meses.

Resultados: Havia 79,41% de mulheres e a idade média era $58 \pm 9,90$ anos. A mediana da pressão arterial foi 166,00/96,5 mmHg, na admissão, 146,75/85,25 mmHg, aos seis meses ($p < 0,000$) e 134,00/80,00 mmHg aos 12 meses ($p < 0,000$). A taxa de $PA \leq 140/90$ mmHg subiu de 10,23% para 48,81% ($p < 0,000$). A mediana do colesterol total diminuiu de 217 mg/dl para 194,00 mg/dl ($p < 0,004$), e da glicemia, de 101 mg/dl para 95 mg/dl (NS). Na admissão, 50% dos pacientes usavam dois anti-hipertensivos; 25%, três; e 5,68%, quatro; enquanto aos 12 meses esses percentuais passaram a 21,18%, 29,41% e 32,94%, respectivamente.

Conclusão: A assistência por equipe interdisciplinar pode melhorar, significativamente, o controle da hipertensão e de fatores de risco cardiovascular associados.

Palavras-chave: Hipertensão, tratamento, equipe interdisciplinar.

Summary

Objective: To assess the result of the care provided by an interdisciplinary team on the control of hypertension.

Methods: In a Health Unit, 88 patients were treated by an interdisciplinary team for 12 months. Visits to the physician or nurse occurred every one to three months, and to the nutritionist whenever necessary. Educational lectures were delivered regularly. Total cholesterol and fasting plasma glucose levels were determined at baseline and at 12 months. Clinical and laboratory data were analyzed and blood pressure was compared at baseline and at six and 12 months, and total cholesterol and plasma glucose were compared at baseline and at 12 months.

Results: Females accounted for 79.41% of the sample and the mean age was 58 ± 9.90 years. Median blood pressure (BP) was 166.00/96.5mmHg at baseline, 146.75/85.25mmHg at 6 months ($p < 0.000$) and 134.00/80.00mmHg at 12 months ($p < 0.000$). The rate of $BP \leq 140/90$ mmHg increased from 10.23% to 48.81% ($p < 0.000$). Median total cholesterol decreased from 217mg/dl to 194.00mg/dl ($p < 0.004$) and median blood glucose from 101mg/dl to 95mg/dl (NS). At baseline, 50% of the patients received two antihypertensive drugs, 25% received three, and 5.68% received four, whereas at 12 months these percentages were 21.18%, 29.41% and 32.94%, respectively.

Conclusion: The care provided by an interdisciplinary team may significantly improve the control of hypertension and of associated cardiovascular risk factors.

Key words: Arterial hypertension, treatment, integrated health team.

Correspondência: Maria Teresa Didier •

Rua Wanderley de Pinho, 305/601

41815-270 – Salvador, BA

E-mail: mvicente@cardiol.br

Artigo recebido em 04/05/06; revisado recebido 21/08/06; aceito em 17/11/06.

Introdução

Estudos mostram maior morbidade e mortalidade por eventos cardiovasculares em portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹⁻³. O JNC-VII⁴ menciona que a diminuição da pressão arterial (PA) para 120/80 mmHg reduz a incidência de insuficiência cardíaca em até 50%, de acidente vascular encefálico entre 35% e 40%, e de doença coronariana entre 20% e 25%, com diminuição da mortalidade global. A partir de 115/75 mmHg, cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e de 10 mmHg na pressão diastólica duplica o risco de eventos cardiovasculares. Estima-se que tratar pacientes no estágio I da hipertensão (140-159/90-99 mmHg) e reduzir a pressão sistólica em 12 mmHg, por 10 anos, salve uma vida por cada 11 pacientes tratados⁵.

Dados epidemiológicos apontam para elevada prevalência de HAS (20% a 40% na população adulta), alta taxa de desconhecimento da condição (50%) e taxas de controle insatisfatórias (30% a 56%)⁶⁻¹⁴. Em Salvador, a taxa de controle situa-se em torno de 35%¹⁵.

O baixo controle está relacionado à inadequada adesão terapêutica, dependente de múltiplos fatores: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e habilidades e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas levam ao aumento da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a melhores índices de controle¹⁶.

A magnitude desse problema tem preocupado o Ministério da Saúde, pelos aspectos humano e econômico. As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 14% do total das internações (representando 16,2% do orçamento da Saúde⁵) e 25% das aposentadorias precoces¹⁷, além de constituírem a primeira causa de morte no Brasil (27,4%), sendo responsáveis, entre os 30 e 69 anos, por 65% do total dos óbitos¹⁸.

A reversão desse quadro requer política governamental que inclua modelos assistenciais eficientes de cuidado primário, por meio da melhor gestão da rede assistencial básica, formada pelas Unidades Básicas de Saúde, e mudanças no modelo assistencial que otimizem os recursos humanos e logísticos existentes. Investir financeiramente em estruturas desorganizadas e ineficientes incentiva o círculo vicioso da falência assistencial, com elevados custos e comprometimento da qualidade assistencial da rede de assistência secundária.

Este estudo objetivou avaliar o impacto sobre o controle da hipertensão e de fatores de risco associados, decorrente da organização de um modelo interdisciplinar integrado.

Métodos

Desenho do estudo - Estudo prospectivo, intervencional, de controles históricos, realizado no ambulatório do Centro de Saúde Sete de Abril (CSSA), na periferia de Salvador, com uma população adstrita de 18.879 habitantes¹⁹, constituída de pessoas de estrato social baixo.

Seleção dos pacientes - Entre junho e outubro de 2003, foram selecionados 88 hipertensos, maiores de 18 anos, sob tratamento com o autor há mais de um ano, com, no mínimo, duas consultas médicas nesse último ano, e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Avaliação dos pacientes - O diagnóstico de hipertensão arterial (HA) foi baseado numa PA \geq 140/90 mmHg ou no uso regular de medicação anti-hipertensiva⁵. A avaliação do controle da hipertensão arterial, na admissão e durante o seguimento, foi realizada pelo autor, usando esfigmomanômetro da marca BD, do tipo aneróide, devidamente calibrado, com manguito envolvendo, no mínimo, 80% do braço, estando o paciente em repouso, sentado, por, no mínimo, cinco minutos, com o membro superior, preferencialmente o direito, apoiado no nível do coração. A pressão sistólica foi medida no primeiro de dois ou mais sons cardíacos (fase I de Korotkoff) e a pressão diastólica quando do abafamento (fase IV de Korotkoff) ou desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). O valor final registrado foi a média aritmética de duas medições, com intervalo de um minuto. O paciente foi informado verbalmente e por escrito sobre o valor verificado e o desejável.

A avaliação laboratorial constou da coleta de sangue, após jejum de 12 horas, para a determinação da glicemia, colesterol total (CT), HDL-colesterol (HDL-C), LDL-colesterol (LDL-C), triglicérides (TG), creatinina e TSH ultra-sensível (para dislipidêmicos, obesos, diabéticos e pacientes com quadro clínico sugestivo de hipotireoidismo), e de exame sumário de urina. Com exceção do TSH, a bioquímica foi repetida com 6 e 12 meses. Os valores do perfil lipídico foram interpretados de acordo com a III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias²⁰ e da glicemia, como preconizado pela AHA/NIH²¹. Desses dados laboratoriais, foi estudada apenas a evolução pós-intervenção do CT, glicemia e creatinina.

Foram realizados, também, ECG de repouso, nas 12 derivações e Rx do tórax em PA, eventualmente repetidos por indicação clínica.

Reorganização da estrutura assistencial - A equipe interdisciplinar foi constituída pelos profissionais de saúde já lotados na UBS, mas que trabalhavam sem a adequada interação e definição de objetivos. Ficou composta pelo médico cardiologista (o autor), enfermeira, nutricionista, assistente social e técnica de enfermagem. Em seguida, foram definidas as respectivas competências e, como objetivo comum da equipe, as metas terapêuticas de controle da pressão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular.

Ao médico coube a avaliação clínica e orientação terapêutica do paciente, com destaque para o alcance das metas de controle da pressão arterial mediante a intensificação gradativa do tratamento farmacológico, e a programação de atividades de educação permanente, junto à equipe, visando esclarecimentos sobre a doença e sobre a importância e os benefícios das mudanças no estilo de vida e da adesão ao tratamento farmacológico.

A enfermeira passou a realizar consultas mensais, para verificação da pressão arterial, manutenção da medicação para pacientes sob controle, instrução e aconselhamento sobre tratamento farmacológico e não-farmacológico, solicitação de exames definidos pelo médico, encaminhamento para consulta médica mensal dos pacientes de difícil controle ou portadores de lesões de órgãos-alvo e para consulta trimestral os demais, organização de palestras interdisciplinares mensais e coordenação de atividades facilitadoras da adesão. Nesse particular, os pacientes eram estimulados a não

Artigo Original

faltarem às consultas e às palestras, por meio de lembretes e conscientização da importância da sua participação. Problemas impeditivos de caráter pessoal contavam com a ajuda da assistente social para solução adequada. À técnica de enfermagem coube dar suporte, sob supervisão e treinamento pela enfermeira, às atividades operacionais da equipe.

A nutricionista passou a realizar consultas bimestrais, quando solicitada, para controle do peso e avaliação dos cuidados alimentares e participar das atividades educativas interdisciplinares mensais.

Medicação anti-hipertensiva - O tratamento farmacológico foi realizado com as medicações dispensadas pelo CSSA: alfametildopa (250 mg), captopril (25 mg), clonidina (0,100 mg), hidroclorotiazida (HCTZ) (25 mg), nifedipina retard (20 mg) e propranolol (40 mg).

Análise estatística - Os dados antropométricos, clínicos, laboratoriais e assistenciais foram apresentados como média e desvio-padrão e como a mediana. A comparação dos valores da pressão arterial, na admissão e aos 6 e 12 meses, e do CT e glicemia, na admissão, e aos 6 e 12 meses de intervenção, foi feita pela mediana, utilizando-se o teste de Wilcoxon, em razão da assimetria da distribuição dos dados. De modo idêntico comparou-se o número de visitas ao médico, à enfermeira e à nutricionista, ao longo do ano base de 2003, com o do ano de estudo, 2004. Valores percentuais foram comparados pelo teste de McNemar.

Regressão mediana múltipla foi usada para a comparação das pressões sistólica e diastólica na admissão, aos 6 e 12 meses do estudo, quando foram estimados os parâmetros modelares em situação de robustez a partir de variáveis independentes previamente selecionadas por critérios de plausibilidade biológica (diferencial antes *versus* depois para todas). Para todos os testes foram calculados os valores exatos de p. Os dados foram organizados em um banco de dados (Excel) em microcomputador com sistema Windows 98. Para a análise estatística foi utilizado o programa STATA, versão 7.0 (College Station, Texas).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências.

Resultados

Amostra e dados da admissão - A tabela 1 ilustra dados antropométricos, educacionais, clínicos, laboratoriais e assistenciais obtidos quando da admissão ao estudo dos 88 hipertensos selecionados. A maioria dos pacientes foi do sexo feminino, 69 (78,41%), com média de idade de $58,03 \pm 9,9$ anos, e declararam-se não-brancos 54 (65,06%), com 76 (92,69%) tendo cursado, no máximo, o ensino fundamental.

Observaram-se valores elevados da média e mediana da pressão arterial, $158,60 \pm 25,98/94,33 \pm 12,50$ mmHg e 160/90 mmHg, do colesterol total, $220,80 \pm 45,05$ mg/dl e 217 mg/dl, e da glicemia de jejum, $112,10 \pm 41,98$ mg/dl e 101 mg/dl, respectivamente; a creatinina sérica foi normal. A classificação dos valores do CT e da glicemia mostra CT elevado (≥ 200 mg/dl) em 54 (71,60%) pacientes, com valores

de alto risco (≥ 240 mg/dl) em 21 (25,92%), e glicemia de jejum elevada em 38 (50,72%) pacientes, com valores na faixa compatível com diabetes melito (≥ 126 mg/dl) em 12 (17,39%). Enquanto isso, os valores da média e mediana de consultas ao médico, à enfermeira e à nutricionista, no ano base de 2003, foram baixos, com valores para a média de $2,64 \pm 0,90$, $4,43 \pm 2,88$ e $1,72 \pm 3,13$ e para a mediana de 2, 5 e 0, respectivamente.

Evolução dos dados assistenciais - Ao longo do ano de 2004, a mediana das consultas ao médico, à enfermeira e à nutricionista, cresceu de 2 para 7, de 5 para 9 e de 0 para 2, respectivamente, representando um aumento de 3,5, 1,8 e 2 vezes em relação ao ano base de 2003 (tab. 2). Outrossim, o percentual de adesão, informado em termos de dose e regularidade no uso de medicamentos e observância à dieta hipossódica, também aumentou de 73,56% para 85,06%, em seis meses, e para 91,57% em 12 meses ($p < 0,0000$).

Evolução dos dados clínicos e laboratoriais - A mediana da pressão arterial decresceu de 166,00/96,00 mmHg para 146,75/85,25 mmHg ($p < 0,000$), após seis meses, e para 134,00/80,00 mmHg ($p < 0,000$), após 12 meses (tab. 2). Cinquenta por cento da amostra apresentaram redução de 28 mmHg na pressão sistólica e de 14 mmHg na pressão diastólica, e 75% redução de 10 mmHg em ambas. O percentual de PA controlada ($< 140/90$ mmHg) aumentou de 10% para 48,81%, em 12 meses, um aumento de 4,77 vezes ($p < 0,0000$).

Tratamento farmacológico - Na admissão, 50%, dos pacientes usava dois anti-hipertensivos, 25%, três, e 5,68%, quatro. Esses percentuais passaram a 21,18%, 29,41% e 32,94%, respectivamente, aos 12 meses do estudo, representando um aumento de 17,64% e 480% no uso de três e quatro anti-hipertensivos, respectivamente (tab. 3). Como mostra a tabela 3, à altura do sexto mês do estudo, os percentuais de anti-hipertensivos por paciente já estavam muito próximos aos obtidos com 12 meses.

A tabela 4 mostra que a HCTZ e o captopril eram os anti-hipertensivos mais usados, na admissão, 85,22% e 69,32%, respectivamente, seguidos da nifedipina R e da clonidina, ambos com 31,82%. Aos 12 meses do estudo, a HCTZ manteve a liderança com 92,77% de uso, secundada, porém, pela nifedipina R com 73,17%, seguida pelo captopril (67,11%) e pela clonidina (52,94%).

Discussão

A população em estudo se caracteriza pela predominância do sexo feminino, a qual tem também sido observada em outros estudos nacionais de prevalência de hipertensão arterial²². Na presente amostra, a metodologia não permite concluir se esse achado decorre, por exemplo, da falta de atividades laborais extradomiciliares dessas mulheres, permitindo uma maior frequência ao ambulatório circunvizinho, ou se de um maior interesse em relação à sua própria saúde.

A idade e os valores elevados da pressão arterial, do CT e da glicemia de jejum caracterizam uma população de risco cardiovascular aumentado, com uma probabilidade $\geq 20\%$ de um evento cardiovascular fatal ou não-fatal, nos próximos

	Mediana (mínimo-máximo)	
Sexo n (%)		
Feminino	69 (78,41)	
Masculino	19 (21,59)	
Idade (média ±DP)	58,03±9,90	57,00 (38,00-86,00)
Etnia autodeclarada n (%)		
Branca	29 (34,94)	
Parda	32 (38,55)	
Negra	22 (26,51)	
Pressão arterial (média ±DP)		
PAS(mmHg)	158,60±9,90	160,00(115,00-250,00)
PAD(mmHg)	94,33±12,50	90,00 (80,00-140,00)
Escolaridade n (%)		
Analfabeto	12 (14,63)	
Alfabetizado	10 (12,20)	
Fundamental incompleto	48 (58,54)	
Fundamental completo	6 (7,32)	
Médio completo	4 (4,88)	
Dados laboratoriais (média ±DP)		
Colesterol total (mg/dl)	220,80±45,05	217,00 (109,00-346,00)
Glicemia (mg/dl)	112,10±41,98	101,00 (69,00-280,00)
Creatinina (mg/dl)	0,87±0,29	0,80 (0,40-2,40)
Colesterol total categorizado (mg/dl) n (%)		
Col. Total < 200	23 (28,40)	
200 ≤ Col. Total < 240	37 (45,68)	
Col. Total ≥ 240	21 (25,92)	
Glicemia categorizada (mg/dl) n (%)		
Glicemia < 100	34 (49,28)	
100 ≤ Glicemia < 126	26 (33,33)	
Glicemia ≥ 126	12 (17,39)	
Consultas (média ±DP)		
Médico	2,64±0,90	2,00 (1,00-5,00)
Enfermeiro	4,43±2,88	5,00 (0,00-10,00)
Nutricionista	1,72±3,13	0,00 (0,00-11,00)

Tabela 1 - Dados antropométricos, educacionais, laboratoriais e assistenciais, na admissão ao estudo, de 88 hipertensos acompanhados numa Unidade Básica de Saúde de Salvador, Bahia (ano base 2003)

10 anos²¹. Apesar disso, chama a atenção o baixo índice de controle da hipertensão (10,23%) e as altas prevalências de hipercolesterolemia (71,60%) e hiperglicemia (50,72%), a despeito do acompanhamento de há, pelo menos, um ano, na UBS, caracterizando a ineficiência do modelo assistencial. Certamente contribuíram para esse cenário o número de visitas anuais ao médico inferior a três, e à enfermeira menor que quatro, essas últimas apenas para a obtenção de medicação. Além disso, vale salientar a comum inobservância do médico às metas recomendadas, aceitando níveis de pressão arterial ainda elevados, tendência essa já registrada

na literatura internacional²³.

Os efeitos da organização da equipe interdisciplinar sobre esse panorama podem ser avaliados pela evolução dos valores da pressão arterial, CT e glicemia, ao longo do período de um ano que se seguiu à reestruturação assistencial. O benefício sobre a PA foi significativo, já manifesto à altura do sexto mês de intervenção, com a PAS apenas levemente elevada, e com a PA controlada ao final dos 12 meses de intervenção. Igualmente, vale salientar que a taxa de controle da pressão arterial aumentou de 10,23% para 48,81%. Embora não seja

Artigo Original

	Admissão	6 meses	12 meses
Consultas médicas/ano†	2	-	7
Consultas c/ enfermeira/ano†	5	-	9
Consultas c/ nutricionista/ano†	0	-	2
PAS (mmHg) ‡	166,00	146,75	134,00
PAD (mmHg) ‡	96,00	85,25	80,00
Colesterol Total §	217,00	214,00	194,00
Glicemia ††	101,00	106,00	95,00
Creatinina †	0,80	0,90	1,00

* Valores expressos em mediana; † $p < 0,0000$ entre a admissão e após 12 meses; ‡ $p < 0,0000$ entre a admissão, 6 e 12 meses; § $p < 0,0004$ entre a admissão e 12 meses e $p < 0,0089$ entre 6 e 12 meses; †† sem significância estatística.

Tabela 2 - Evolução de dados assistenciais, clínicos e laboratoriais* durante 12 meses de atuação interdisciplinar para o tratamento de 88 hipertensos, numa UBS de Salvador, BA (ano base de 2004)

n	Medicamentos: n (%)			
	Admissão	6 meses	12 meses	Δ(%) *
Zero	3 (3,41)	0	1 (1,18)	↑65,40
Um	8 (9,09)	2 (2,30)	3 (3,53)	↑61,17
Dois	44 (50,00)	21 (24,13)	18 (21,18)	↑57,64
Três	22 (25,00)	26 (29,89)	25 (29,41)	↑17,64
Quatro	5 (5,68)	26 (29,89)	28 (32,94)	↑480,00
Cinco	6 (6,82)	12 (13,79)	10 (11,76)	↑72,43

* Variação percentual ao longo dos 12 meses.

Tabela 3 - Número de medicamentos anti-hipertensivos usados em três momentos do estudo (ano base de 2004)

	n (%)				
	HCTZ	IECA	BCC	BB	S
Admissão					
n=88	75(85,22)	61(69,32)	28(31,82)	19(21,59)	28(31,82)
6 meses					
n=87	83(95,40)	63(72,47)	65(74,71)	31(35,63)	44(50,57)
12 meses					
n=85	77(92,77)	51(67,11)	60(63,17)	27(32,14)	45(52,94)
Δ(%) **	+8,85	- 3,01	+129,94	+48,86	+66,37

*HCTZ- hidroclorotiazida; IECA- inibidor da enzima conversora da angiotensina; BCC- bloqueador do canal de cálcio; BB- betabloqueador; S- simpaticolítico de ação central. ** Variação percentual ao longo dos 12 meses. HCTZ: $P < 0,0027$ na variação do uso entre início e meio do estudo. IECA; Ausência de significância estatística na comparação entre a variação do uso nos três momentos do estudo. BCC: $P < 0,0000$ na variação do uso entre a admissão, 6 e 12 meses. BB: $P < 0,0005$ na variação do uso entre a admissão e 6 meses e $P < 0,0114$ na variação do uso entre a admissão e 12 meses. S: $P < 0,0000$ na variação do uso entre a admissão, 6 e 12 meses.

Tabela 4 - Número e percentual de anti-hipertensivos* usados durante estudo (ano base 2004)

ainda o desejável, esse percentual se equipara aos melhores índices internacionais e supera o índice de 30%, encontrado em Salvador¹⁵. A redução do CT foi também significativa ao longo do estudo, com duplicação do percentual de CT normal, que passou de 27,27% para 54,55%. Esse significativo aumento na normalidade do CT ocorreu à custa de uma redução de 17 para 9 (47,06%) dos pacientes na faixa de colesterol de alto risco (≥ 240 mg/dl) e de 31 para 21 (32,26%) dos pacientes na faixa de risco intermediário²⁰. Quanto à glicemia de jejum, apesar do modesto aumento de 12% no percentual de valores normais (< 100 mg/dl)²¹, a mediana caiu para 95 mg/dl, sinalizando que, se medidas mais específicas para o seu controle fossem tomadas, certamente o resultado poderia ter-se equiparado ao da PA e do CT. Essas medidas deveriam ter incluído um programa de exercício físico aeróbio, orientação para um consumo calórico menor e, se indicado, tratamento farmacológico.

Esses resultados estiveram associados a modificações na filosofia do atendimento ao hipertenso, com integração de esforços dos profissionais de saúde, com destaque, nesse caso, para o binômio, médico-enfermeiro. A participação da nutricionista, embora importante, foi irregular, em razão de problemas administrativos.

A reorganização da assistência foi centrada na maior motivação para a meta de controle da PA, da otimização do papel da enfermeira e de educação do paciente, por meio das reuniões de grupo. A enfermeira passou a ter ação efetiva no monitoramento do controle da PA, com medição e verificação da regularidade no uso da medicação, referindo para consulta médica quando havia necessidade de ajuste de dose ou de alguma avaliação clínica extra. Essa política traduziu-se num aumento de consultas médicas/ano, de duas para sete, e de enfermagem, de cinco para nove.

A estratégia para o adequado tratamento farmacológico da hipertensão se reflete na associação gradativa dos anti-hipertensivos dispensados na UBS, verificando-se que os resultados obtidos estiveram relacionados, principalmente, ao uso de dois, três e quatro medicamentos, combinando, preferencialmente, a HCTZ, a nifedipina R e o captopril, com predominância de pacientes em uso de três (29,41%) e quatro

(32,94%) medicamentos (tab. 3).

Esse aspecto do estudo mostra a necessidade de mais de um medicamento para o controle desejável da hipertensão, fato esse já bem documentado na literatura e alertado pelas diretrizes⁵. Contudo, o uso de três e até de cinco classes de medicamentos, embora este último em pequeno número de pacientes (10/11,75%), merece consideração, em virtude do custo e da inconveniência do uso simultâneo de tantas pílulas, uma possível causa de não-adesão ao tratamento. Todavia, esse tipo de inconveniente não deve servir de impedimento para o cumprimento da meta de controle da hipertensão, com o uso das doses e do número de medicamentos necessários. Nesses casos, a combinação fixa de medicamentos, IECA com BCC ou cada um deles associados à HCTZ, por exemplo, poderá ser uma alternativa útil.

Ainda em relação ao tratamento farmacológico da hipertensão, vale ressaltar que os resultados deste estudo foram obtidos com os anti-hipertensivos padronizados pelo Ministério da Saúde, o que revela a eficácia desses medicamentos, se manipulados adequadamente.

Finalmente, vale discutir a redução observada nos valores do CT e da glicemia de jejum, dois importantes fatores maiores de doença cardiovascular. Apesar de não haver um direcionamento específico em relação ao controle desses, o processo educacional decorrente das reuniões de grupo e a maior vigilância em relação ao tratamento da hipertensão provavelmente influenciaram esses benefícios. Isso mostra a importância da organização da assistência ao hipertenso, incluindo, além do controle da pressão arterial, o dos outros fatores de risco cardiovascular, freqüentemente associados, favorecendo a redução de complicações cardiovasculares, principalmente a doença aterosclerótica.

Os elevados dados parciais do IMC, não apresentados pelo seu pequeno número em relação à amostra, e a observação do fenótipo desses pacientes sugerem uma elevada freqüência de sobrepeso/obesidade, levando a supor a possibilidade de

uma alta prevalência da síndrome metabólica, condição que eleva sobremaneira o risco de DCV²¹. A ausência da medição sistemática de peso, altura e circunferência abdominal, permitindo a avaliação dessas variáveis e suas modificações ao longo do estudo, representa uma limitação da pesquisa, não justificada pela ausência da nutricionista na equipe, por um longo período. Essas medições devem fazer parte da rotina de acompanhamento desses pacientes e poderiam ter ficado a cargo de uma técnica de enfermagem devidamente treinada.

Apesar disso, os nossos resultados mostram que o processo de organização da assistência ao hipertenso, mesmo com as limitações atuais das UBS, é passível de acarretar melhora significativa no controle da hipertensão arterial, com seus reflexos altamente positivos, individuais e coletivos. No particular, vale destacar três aspectos, úteis para a realidade das UBS brasileiras, principalmente nas regiões mais pobres. O primeiro diz respeito à integração do binômio médico-enfermeiro, núcleo mínimo de uma equipe interdisciplinar, pela complementaridade das habilidades desses dois profissionais de saúde; o segundo, à necessidade do aumento das visitas complementares, anuais, ao médico e ao enfermeiro, com predomínio das visitas a este último, fator certamente importante para o aumento da adesão, mesmo considerando pacientes bem controlados, que podem visitar o enfermeiro cada três meses e o médico a cada seis meses; o último, à combinação apropriada dos recursos farmacológicos disponíveis, contrariando a máxima da monoterapia como objetivo atual do tratamento farmacológico. Assim, a meta deve ser a ampliação e integração da equipe interdisciplinar, com objetivos terapêuticos bem definidos e exequíveis, para que melhores resultados no controle da hipertensão e dos outros fatores de risco, freqüentemente presentes, possam ser obtidos.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Referências

- 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. *Bull World Health Organ.* 1993; 71(5): 503-17.
- McMahon S. Blood pressure, stroke and coronary heart disease- Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet.* 1990; 335: 765-74.
- Collins R. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, short term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet.* 1990; 335: 827-38.
- 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: 2560-72.
- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: Epidemiologia. *Rev Bras Hipertens.* 2002; 9: 359-408.
- Kim JS, Song WH, Shin C, Park CG, Seo HS, Shim WJ, et al. The prevalence and awareness of hypertension and the relationship between hypertension and snoring in the Korean population. *Korean J Intern Med.* 2001; 16: 62-8.
- Prencipe M, Casini AR, Santini M, Ferretti C, Scaldaferrri N, Culasso F. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly: Results from population survey. *J Hum Hypertens.* 2000; 14: 825-30.
- Jo I, Ahn Y, Lee J, Shin KR, Lee HK, Shin C. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea: the Asian study. *J Hypertens.* 2001; 19: 1523-32.
- Stergiou GS, Thomopoulou GC, Skeva II, Mountokoulakis TD. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece: the Didima study. *Am J Hypertens.* 1999; 12: 959-65.
- Kalavathy MC, Thankappan KR, Sarma PS, Vasan RS. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly community-based sample in Kerala, India. *Natl Med J India.* 2000; 13: 9-15.
- Stein AD, Stoyanovsky V, Mincheva V, Dimitrov E, Hodjeva D, Petrov A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a working Bulgarian population. *Eur J Epidemiol.* 2000; 16: 265-70.
- Gu D, Reynolds K, Wu X, Chen J, Duan X, Muntner P, et al. InterASIA Collaborative group. The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in ASIA. Prevalence, awareness, treatment, and control of

Artigo Original

- hypertension in China. *Hypertension*. 2002; 40: 920-7.
13. Tugay Aytekin N, Pala K, Irgil E, Akis N, Aytekin H. Distribution of blood pressures in Gemlik District, north-west Turkey. *Health Soc Care Community*. 2002; 10(5): 394-401.
 14. Wolf, PA. Epidemiology of stroke. In: Barnett HJM, Mohr JP, Stein B, Yat su FM, editors. *Stroke: pathophysiology, diagnosis and management*. New York: Churchill Livingstone; 1992. p.3-27.
 15. Lessa, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001; 8: 383-92.
 16. Lewin AS, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4): CD003267
 17. Ministério da Saúde. Funasa. CENEPI. Sistema de Informação de mortalidade (SIM) e IBGE. (on line). Citado em 2006 março 10. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/1999>.
 18. Ministério da Saúde – DATASUS. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001 (on line). Citado em 2005 fevereiro 20. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Documentos estatísticos: saúde (on line). Citado em 2005 janeiro 21. Disponível em: www.ibge.gov.br
 20. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77(supl 3): 1-48.
 21. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/ National Heart Lung and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005; 112: 2735-52.
 22. Sala A, Nemes A F^o, Eluf J Neto. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev Saúde Públ*. 1996; 30: 161-7.
 23. Ladeia AM, Guimarães AC. Assessment of risk factors in coronary patients being followed by cardiologists: control of risk factors in coronary patients. *Prev Cardiol*. 2003; 6(3): 122-7.