

Inércia Clínica e Controle da Hipertensão Arterial nas Unidades de Atenção Primária à Saúde

Therapeutic Inertia and Control of High Blood Pressure in Primary Health Care Units

Clóvis Hoepfner^{1,2} e Selma Cristina Franco^{1,3}

Universidade da Região de Joinville¹; Hospital Municipal São José²; Secretaria Municipal da Saúde³, Joinville, Santa Catarina - Brasil

Resumo

Fundamento: A importância do manejo adequado e do controle da hipertensão arterial (HA).

Objetivo: Estimar a prevalência do controle da hipertensão arterial e da inércia terapêutica em adultos atendidos nas unidades básicas da saúde (UBS) do município de Joinville e dos fatores associados.

Métodos: Estudo transversal, com amostragem por conglomerados, mediante pesquisa em prontuários, em que foram avaliados 415 portadores de HA. Foram avaliados a pressão arterial (PA), os incrementos terapêuticos, os fatores de risco e as comorbidades associadas.

Resultados: Houve predomínio do sexo feminino e de consultas de enfermagem. A idade variou entre 28 e 90 anos (média de 61,5 anos). Observou-se redução das médias da PA ($155,8 \pm 20,8/95,7 \pm 10,6$ mmHg para $140,3 \pm 22/84,1 \pm 12,4$ mmHg) entre o primeiro e o último registro e a PA final normal em 36,6% dos pacientes, semelhante para homens e mulheres. Nos últimos 12 meses, a PA esteve elevada em 1.295 ocasiões, ocorrendo incremento terapêutico em apenas 156 (12,0%). Foram usados 1,85 fármacos por paciente, predominando diuréticos e IECA. Encontrou-se elevada prevalência de obesidade (40%), diabetes (41%), LDL elevado (46%) e de hipertrofia ventricular esquerda (25,5%).

Conclusão: A elevada inércia clínica, o baixo controle da HA e a elevada presença de comorbidades sugerem a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e de outras medidas para melhorar o controle da doença nas UBS. (Arq Bras Cardiol 2010; 95(2) : 223-229)

Palavras-chave: Inércia, hipertensão/controle, comorbidade, educação em saúde, centros de saúde, Joinville (SC), Brasil.

Abstract

Background: The importance of adequate management and control of high blood pressure (HBP).

Objective: To estimate the prevalence of hypertension control and therapeutic inertia among adults treated at primary health care units (PHCU) in the city of Joinville, as well as the associated factors.

Methods: A cross-sectional study, which included cluster sampling and analysis of medical records, with the evaluation of 415 patients with high blood pressure. We evaluated the blood pressure (BP), increments of therapy, risk factors and comorbidities.

Results: There was prevalence of females and nursing appointments. The age ranged between 28 and 90 years (mean of 61.5 years). There was a reduction in the mean BP ($155.8 \pm 20.8/95.7 \pm 10.6$ mmHg to $140.3 \pm 22/84.1 \pm 12.4$ mmHg) between the first and last record and the final normal BP in 36.6% of patients, with similar results for men and women. Over the past 12 months, the BP was high on 1,295 occasions, and there was a therapeutic increment on only 156 occasions (12.0%). 1.85 drugs were used per patient, mainly diuretics and ACE inhibitors. There was high prevalence of obesity (40%), diabetes (41%), high LDL (46%) and left ventricular hypertrophy (25.5%).

Conclusion: The high therapeutic inertia, low control of high blood pressure and the large number of comorbidities suggest the need for continuing education programs for health professionals and other measures to improve the disease control in primary health care units. (Arq Bras Cardiol 2010; 95(2) : 223-229)

Key words: Inertia; hypertension/control; comorbidity; health education; health centers; Joinville (SC); Brazil.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Clovis Hoepfner •

Rua Orestes Guimarães, 422/901 - Centro - 89204-060 - Joinville, SC - Brasil

E-mail: hoepfner@cardiol.br, clinica@espacovitagt.com.br

Artigo recebido em 27/10/09; revisado recebido em 01/04/10; aceito em 13/04/10.

Introdução

Nos países em desenvolvimento, a hipertensão arterial (HA) é o segundo fator de risco para a morbidade e a mortalidade entre adultos, superado apenas pelo álcool¹. A hipertensão é fator de risco para doenças cerebrovasculares, cardíacas, renais, aórticas e arteriais periféricas, porém o tratamento reduz significativamente o risco das complicações²⁻⁶. Entretanto, a despeito da existência de tratamentos eficazes e seguros, o controle ainda está aquém do desejável⁷⁻¹⁵.

Uma ferramenta considerada importante para incrementar o controle e reduzir o impacto da doença, em todos os níveis de atenção à saúde, são as diretrizes de hipertensão arterial^{16,17}. A Sociedade Brasileira de Cardiologia, associada com outras entidades, tem publicado as diretrizes desde 1991, visando a reduzir condutas inadequadas na assistência e constituindo a melhor opção para diagnóstico e tratamento, baseada em evidências científicas.

A elevada prevalência em adultos^{7,9,12-15}, somada ao fato de ser uma condição altamente sensível à atenção ambulatorial, torna a HA uma prioridade assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸. Ações preventivas como os incentivos para a prática de atividades físicas, para melhores hábitos alimentares e para a redução do peso e do tabagismo servem também para o tratamento^{16,17}. Com relação à terapêutica medicamentosa, dispõe-se de numerosos fármacos de eficácia comprovada em grandes estudos^{2-6,19}. O controle da doença depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais de saúde, bem como da adesão dos pacientes. O SUS oportuniza, de forma ampla e gratuita, acesso aos profissionais de saúde e aos medicamentos, especialmente nas unidades básicas de saúde (UBS), tendo alguma dificuldade de oferecer atendimento dos especialistas. O objetivo deste estudo é avaliar o controle da HA nas UBS da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Joinville, Santa Catarina.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com análise retrospectiva de prontuários de pacientes portadores de hipertensão arterial, cadastrados na SMS de Joinville. Os pacientes foram selecionados mediante amostragem aleatória por conglomerados em dois estágios, porém cada UBS constituiu um conglomerado. No primeiro estágio quatorze UBS (25%) do total de cinquenta e seis foram sorteadas, incluindo unidades de atendimento convencional (cinco) e da estratégia de saúde da família (nove), que contemplaram as nove regionais de saúde do município. No segundo estágio, os pacientes de cada UBS foram selecionados por amostragem aleatória sistemática, com probabilidade proporcional ao número de usuários vinculados à unidade. Sorteou-se o dígito final do prontuário, de zero a nove, incluindo-se todos com o mesmo dígito final, na sequência do cadastramento na unidade. Quando o paciente não preenchia os critérios de inclusão, era substituído pelo seguinte e assim por diante, até se obter a quantidade determinada para aquela UBS. Foram critérios de inclusão: homens e mulheres, maiores de 18 anos, portadores de HA com acompanhamento mínimo de doze meses, completados até 1º de janeiro de 2007, com pelo menos duas consultas no ano de 2007, com médico e/

ou enfermeiro, que incluíssem aferições da pressão arterial.

A amostra foi calculada com base nos 27.000 usuários cadastrados no Serviço de Assistência Farmacêutica da SMS²⁰ e na prevalência esperada de controle da HA em 30% deles, com precisão desejada de 0,05 e nível de confiança de 95%, obtendo-se o número mínimo de 319 pacientes.

A análise do prontuário incluiu características demográficas dos pacientes, como sexo, idade e UBS de origem e a presença de fatores de risco cardiovasculares e comorbidades como tabagismo, sedentarismo, obesidade, histórico familiar de doenças cardiovasculares, hipertrofia ventricular esquerda (HVE), insuficiência coronariana (ICO), insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular arterial de extremidades e doença renal crônica (DRC). Fatores de risco e comorbidades foram identificados pelos registros realizados no prontuário ou pelos laudos dos exames complementares. Por inexistirem no prontuário, as características sociais e econômicas não foram incluídas.

O acompanhamento por hipertensão foi calculado em meses, contados desde a primeira consulta por HA na UBS até o mês de janeiro de 2007, sendo avaliados os valores da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD) no início do tratamento (PA inicial), no início e no final de 2007 (PA final 1 e 2). Para efeito deste estudo, consideraram-se a PA normalizada, mediante o registro de PAS inferior a 140 mmHg e PAD inferior a 86 mmHg (130/80 mmHg nos casos de DM e DRC) por ocasião da última consulta em 2007, e a HA controlada, quando todas as PA registradas em 2007 foram normais. Para o cálculo da inércia clínica, foram utilizados os registros de PA elevada e de mudança terapêutica farmacológica efetuada em 2007.

No ano de 2007, foram avaliados o número de consultas de enfermagem e de medicina, as aferições da pressão arterial, as alterações da terapêutica (dose ou associação) e a realização de exames complementares (glicemia, triglicerídeos, colesterol e frações, creatinina, potássio, parcial de urina e eletrocardiograma). Foram quantificados os fármacos usados no tratamento, identificados como diuréticos, beta-bloqueadores (BB), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e outros, e o número de doses diárias.

Os dados foram analisados com SPSS 12.0. As variáveis categóricas foram expressas com frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Para analisar as diferenças entre os grupos, foram utilizados o teste qui-quadrado, para as variáveis categóricas, e o t-student e o Kruskal-Wallis, para as variáveis contínuas. Utilizou-se o nível de significância de 5% (IC 95% para as prevalências estudadas).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Joinville (UNIVILLE) e autorizado pela Gerência das Unidades de Atenção Básica da SMS.

Resultados

Foram analisados 754 prontuários, sendo excluídos 339, dos quais 20% por inexistir HA. Dessa forma a amostra foi constituída por 415 indivíduos, predominando o sexo

Artigo Original

feminino, com a média de idade de $61,5 \pm 11,6$ anos (28 a 90 anos) para homens e mulheres. O período de tratamento variou entre 12 e 324 meses (média de $75,4 \pm 49,3$ meses). Dos 415 pacientes, 22 (5,3%) foram atendidos somente pela enfermagem, e 19 (4,6%) realizaram apenas consultas médicas em 2007. Houve predomínio das consultas de enfermagem (média de $3,6 \pm 2,8$, de 0 a 18, até 5 no percentil 75) sobre as consultas médicas ($2,6 \pm 1,9$, de 0 a 17, até 3 no percentil 75).

Foram realizadas 2.082 medidas da PA (até 6 no percentil 75), encontrando-se 1.295 (62,2%) anormais (0 a 19, média de $3,1 \pm 2,9$), com apenas 53 pacientes (12,8%, média de 3,6 medidas) sem registro de PA elevada em 2007. Ao se deparar com níveis pressóricos elevados, os médicos promoveram incrementos na terapêutica em 156 ocasiões (12,0%), favorecendo 122 (29,5%) dos hipertensos com mudanças no número de fármacos ou de doses, sendo 103 pacientes beneficiados com uma alteração. O tratamento produziu significativas reduções da PAS e da PAD (Tabela 1). Na última aferição, observou-se PAS e PAD normal em 41,6% e 57,5% dos pacientes, respectivamente, encontrando-se ambas normais em 36,6%.

Os exames complementares recomendados para avaliação anual foram solicitados para 72% dos pacientes.

Nos prontuários, não foram encontradas anotações que indicassem o estágio da HA e das lesões de órgão-alvo, conforme preconizado pelo protocolo de HA da SMS, para classificação e seguimento dos pacientes.

Com relação aos fatores de risco associados, não foi possível obter a prevalência do sedentarismo nem do histórico familiar de doença cardiovascular, devido ao escasso registro nos prontuários. Predominaram a obesidade ou o sobrepeso, o diabetes e o LDL-C elevado, todos acima dos 40%, seguidos pela hipertrigliceridemia, o HDL-C baixo e o tabagismo. Entre as complicações, predominou a HVE,

Tabela 1 - Evolução temporal da pressão arterial nos portadores de HA (n = 415)

Variáveis	Varição (mmHg)	Média/DP
PA sistólica inicial	100 a 220	155,8 ± 20,8
PA sistólica final 1	100 a 240	139,5 ± 20,8
PA sistólica final 2	80 a 220	140,3 ± 22
PA diastólica inicial	60 a 140	95,7 ± 10,6
PA diastólica final 1	50 a 160	85,5 ± 13,3
PA diastólica final 2	60 a 120	84,1 ± 12,4

1- primeira medida em 2007, 2- última medida em 2007.

seguida pela ICO, AVC e DRC, com baixa prevalência da IC e da doença arterial das extremidades. Apenas para a HVE foi observada associação positiva com a persistência da PA elevada (Tabela 2).

Na distribuição das diversas variáveis, demográficas, de acompanhamento clínico, número de fármacos utilizados no tratamento e de comorbidades entre os pacientes com a PA final normalizada ou elevada, foi observada diferença significativa apenas para os incrementos terapêuticos (Tabela 3).

Não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres, ambos com 36,6%, nem entre as UBS de ESF e convencionais (38,6% e 34,7%, $p 0,461$), na distribuição dos pacientes com a PA final normalizada. No tratamento farmacológico, foi observada maior utilização dos diuréticos (72,4%) e dos IECA (70,5%), seguindo-se os BB (29,4%), os BCC (14,5%) e 5% com outros fármacos. Não se observou variação significativa entre o número de fármacos ($1,7 \pm 0,8$ e $1,8 \pm 0,8$) e de doses ($3,3 \pm 2,1$ e $3,8 \pm 2,3$) utilizados no início e no final de 2007. Não foram efetuadas comparações entre monoterapia e terapia combinada.

Tabela 2 - Distribuição das comorbidades entre os hipertensos com a PA final normalizada ou elevada

Variáveis	Total (n = 415)		PA normal (n = 152)		PA elevada (n = 263)		p
	n	%	n	%	n	%	
Obesidade	167	40,2	57	37,5	110	41,8	0,446
Diabete	172	41,4	64	42,1	108	41,0	0,917
Tabagismo	37	8,9	15	9,8	22	8,3	0,734
LDL colesterol	192	46,2	63	41,4	129	49,0	0,163
HDL colesterol	51	12,3	18	11,8	33	12,5	0,955
Triglicerídeos	120	28,9	42	27,6	78	29,6	0,744
HVE	106	27,5	29	19,0	77	29,2	0,029
ICO	29	7,0	11	7,2	18	6,8	0,961
IC	7	1,7	2	1,3	5	1,9	0,959
AVC	30	7,2	14	9,2	16	6,0	0,322
DRC	28	6,7	9	5,9	19	7,2	0,758
DAE	9	2,2	5	3,2	4	1,5	0,297*

HVE - hipertrofia ventricular esquerda; ICO - insuficiência coronariana; IC - insuficiência cardíaca; AVC - acidente vascular cerebral; DRC - doença renal crônica; DAE - doença arterial das extremidades; * teste exato de Fisher.

Tabela 3 - Distribuição das características demográficas, de acompanhamento e das comorbidades entre os hipertensos com a PA normalizada ou elevada

Variáveis	PA normal (n = 152)	PA elevada (n = 263)	p
	Média/DP	Média/DP	
Idade (anos)	60,2 ± 11,8	62,3 ± 11,5	0,083*
Tratamento (meses)	78,2 ± 53,9	73,8 ± 46,4	0,395*
Consultas médicas	2,6 ± 1,7	2,6 ± 1,9	0,418
Consultas de enfermagem	3,6 ± 3,0	3,5 ± 2,7	0,757
Medidas da PA	5,0 ± 3,5	4,9 ± 3,4	0,754
Alterações no tratamento	0,26 ± 0,5	0,44 ± 1,0	0,018
Fármacos iniciais	1,6 ± 0,7	1,7 ± 0,8	0,469
Fármacos finais	1,7 ± 0,7	1,9 ± 0,8	0,158
Fatores de risco (total)	1,7 ± 1,3	1,8 ± 1,2	0,332
Comorbidades (total)	0,4 ± 0,7	0,5 ± 0,7	0,336

* Teste t.

Discussão

Apesar das evidências que comprovam o impacto do tratamento da HA na redução da morbidade e mortalidade²⁻⁶, o controle da doença é precário na maioria dos locais. Wolf-Maier¹⁰ avaliou grandes estudos nacionais realizados em sete países, entre 1990 e 2000, comparando prevalência, tratamento e controle. Os menores níveis de tratamento, inferiores a 32%, foram encontrados na Inglaterra, Suécia, Alemanha, Espanha e Itália. No Canadá e nos Estados Unidos, estavam em tratamento 36% e 53% dos hipertensos, respectivamente. O controle da doença foi inferior a 10% nos países europeus, em contraste com os 17% no Canadá e os 29% nos Estados Unidos. O estudo HYDRA¹¹, realizado na Alemanha, com pacientes acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS), revelou tratamento e controle da HA em 64% e 19%, respectivamente. Estudo espanhol⁸ que envolveu 29.148 pacientes avaliados com registro de mapeamento ambulatorial da PA (MAPA), em APS, mostrou índice de controle inferior a 16%.

Em Cienfuegos, Cuba, um estudo transversal²¹ foi realizado em 2001-2002, com uma amostra de 1.475 homens e mulheres, com idade entre 25 e 74 anos. O estudo faz parte do projeto CARMEN, da Organização Pan-Americana de Saúde. O pessoal técnico foi treinado para o trabalho, as medidas da PA foram realizadas nos consultórios e foram repetidas com intervalos de um minuto. Um sinal da qualidade do trabalho foi o registro de mais de 75% das medidas da PA com o dígito final diferente de zero. Em nossa amostra, apenas um médico apresentou tais registros da PA. Metade das mulheres e 39,9% do total de hipertensos tinham a pressão controlada. Apenas 21,5% dos hipertensos desconheciam a presença da doença, na maioria homens jovens. O índice de controle da HA é notável e provavelmente está relacionado com o acesso universal e a gratuidade dos serviços de saúde.

Alguns estudos brasileiros mostram os índices de controle da HA, citando-se Souza¹⁴, que encontrou, em Campo Grande-MS, tratamento de 57,3% e controle em 39,5%; Pereira¹³, que encontrou, em Tubarão-SC, 10,1% de controle entre os 46,8% de hipertensos em tratamento; e Gus¹⁵, no Rio Grande do Sul, que encontrou controle em 10,4%. Mesmo em serviços especializados, os índices de controle estão aquém do desejável, como relatam Barbosa²² e Freitas²³, que, em centros de cardiologia e de nefrologia, encontraram menos de 25% dos hipertensos controlados. O presente estudo exibe PA final normal em 36,6% e controle em 12,8% dos indivíduos tratados, sem diferenças entre as UBS convencionais e da ESF, contrariando a expectativa de melhores resultados na ESF, em decorrência do suposto maior vínculo dos profissionais com a comunidade.

O controle insuficiente tem causas variadas, incluindo o desconhecimento da doença por parte significativa dos portadores^{7,9,12-15,21}, a falta de adesão ao tratamento²⁴ e o manejo inadequado do tratamento por parte dos profissionais da saúde²⁵⁻²⁷. Wang e Vasan²⁷, em artigo de revisão, citam como causas relacionadas aos pacientes a obesidade, o sedentarismo e a idade avançada. A prevalência da obesidade, no presente estudo, está muito elevada, não sendo encontrado registro do sedentarismo nos prontuários.

Ensaio com diversas classes de fármacos, assim como estudos epidemiológicos, mostram que o tratamento adequado da HA promove redução das complicações em poucos anos^{5,6}. A redução do acidente vascular cerebral é da ordem de 33% a 50% nos ensaios clínicos e de 35% a 40% em epidemiologia. A redução dos índices de doença coronariana é de 4% a 22% nos ensaios clínicos e de 20% a 25% em epidemiologia⁶. É possível prevenir um óbito em cada onze hipertensos tratados, com redução de 12 mmHg na pressão arterial e o tratamento simultâneo de outro fator de risco¹⁷. Na amostra aqui avaliada, encontrou-se elevada prevalência de complicações (35%), fato que aumenta a importância do tratamento adequado da HA. A elevada prevalência do diabetes sugere a existência de um viés de seleção, nas UBS, para acompanhamento de pacientes com doenças mais severas. Todavia, um estudo realizado por Cabral em 2005-2006 em Joinville, em pacientes com AVC, também registrou uma elevada prevalência (26,9%) de DM²⁸.

Os ensaios com fármacos mostram que é possível atingir níveis normais da PA em elevado número dos participantes^{2,3,5,6,19,29}. No estudo ALLHAT¹⁹, após quatro anos de acompanhamento, a PA estava controlada em 72% dos indivíduos brancos latinos e em 69% dos negros latinos. No CONVINC²⁹, o controle foi mantido durante os dois anos da pesquisa, em 69% dos participantes. O ensaio HOT³ mostrou que os níveis mais baixos de eventos cardiovasculares ocorreram com a PAD inferior a 85 mmHg. Surge, então, o questionamento: porque somente nos ensaios clínicos se conseguem elevados níveis de controle da HA? Diversos estudos sugerem que uma parcela importante da responsabilidade pelo problema está no comportamento dos médicos. Berlowitz e cols.²⁵, em estudo realizado entre 1990 e 1995, avaliaram os cuidados dispensados a 800 homens hipertensos, acompanhados na Nova Inglaterra. Descobriram que, aproximadamente, 40% dos pacientes mantiveram PA

Artigo Original

acima de 160/90 mmHg, apesar da média de seis consultas anuais. Incrementos na terapia aconteceram em menos de 7% das consultas. Concluiu-se que muitos médicos são complacentes nos cuidados com a hipertensão. Quando o estudo foi repetido em 1999²⁶, 18% dos pacientes mantinham a pressão arterial acima de 160/100 mmHg, e 57%, acima dos 140/90 mmHg. Outro estudo realizado em APS²⁹, mediante revisão de prontuários de pacientes não controlados, mostrou mudanças na terapêutica em somente 38% das consultas³⁰. O presente estudo demonstra que há baixo controle da doença e que os profissionais das UBS deixam passar muitas oportunidades de intensificar o tratamento dos pacientes.

Phillips e cols.³¹ apontam o modelo biomédico, focado no alívio dos sintomas, como uma das causas de falha no manejo da hipertensão. Os autores mencionam a chamada "inércia clínica", isto é, a falha dos profissionais de saúde em iniciar ou intensificar uma terapia quando indicada. Para eles, a inércia clínica é devida a três problemas: hiperestimação do cuidado fornecido; uso de razões "fracas" para evitar a intensificação do tratamento e lacunas na educação, no treinamento e na prática organizacional voltada para alcançar metas terapêuticas. Hyman e Pavlik³² enviaram questionários para 1.200 médicos de APS, buscando conhecer as práticas relacionadas ao tratamento da HA. Constataram que 25% a 43% dos médicos somente iniciavam ou intensificavam o tratamento da HA quando a PAD superava os 95 mmHg ou a PAS superava os 160 mmHg.

As diretrizes de HA^{16,17} constituem uma das ferramentas utilizadas para superar as lacunas no conhecimento médico. Todavia, os médicos da APS, generalistas, frequentemente desconhecem as diretrizes, habitualmente direcionadas aos cardiologistas e nefrologistas. Estudo realizado no Brasil³³, em 2004, constatou que apenas 42,7% dos clínicos haviam recebido as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Hyman e Pavlik³² constataram que 49% dos médicos de APS desconheciam as diretrizes americanas. Em Joinville, em estudo recente, foi constatado que 36,8% dos médicos da APS desconheciam as diretrizes brasileiras. Outras vezes, os médicos conhecem as diretrizes, porém aderem apenas parcialmente às recomendações^{26,29,32,34}. Entre as justificativas da aderência parcial estão: maiores prazos para monitorar a PA; satisfação com os níveis alcançados no tratamento, mesmo quando elevados; consideração de que as diretrizes são restritivas e possuem metas exageradas; supostos efeitos colaterais tardios dos fármacos e redução da qualidade de vida gerada pelo tratamento. Estudo espanhol³⁴, ao analisar a implementação das diretrizes europeias, arrolou dificuldades encontradas para a ampla aceitação. Segundo o estudo que analisou as entrevistas de 2.841 médicos, os generalistas por vezes desconfiam das intenções da indústria farmacêutica e dos resultados dos ensaios farmacológicos. O conhecimento diferenciado e as práticas arraigadas também dificultam a implementação das diretrizes. Para os entrevistados, as diretrizes facilitam a estratificação do risco cardiovascular global e a escolha da melhor terapêutica para cada paciente, mas não existe consenso de que as recomendações resultem em melhor controle da HA, ou em menos complicações futuras. Em recente análise crítica³⁵, até especialistas como Zanchetti, Grassi e Mancia, consideraram limitadas as

evidências para algumas das recomendações das principais diretrizes.

Apesar das controvérsias, observou-se crescimento, na última década, do diagnóstico^{7,9,36}, do tratamento e do controle^{7,9,36,37}. Nos Estados Unidos⁷, entre 1994 e 2004, aumentou o número de hipertensos em tratamento, de 53,1% para 61,4%, e de hipertensos sob controle adequado, de 26,1% para 35,1%. Na Inglaterra⁹, dobraram os índices de controle entre 1994 e 2003, e aumentou o número de hipertensos em uso de dois ou mais fármacos (56%). O Programa Canadense de Educação em Hipertensão (CHEP)^{36,37} começou em 1999. Desde os primeiros anos de implementação, provocou um grande incremento em diagnóstico e tratamento. Até 2003, o número de indivíduos diagnosticados com hipertensão cresceu em 65,1%, e o número de indivíduos em tratamento aumentou em 77%. Ocorreram redução na mortalidade anual por AVC, IC, e IAM e significativa queda na hospitalização por AVC e IC, comparando-se os períodos antes e depois de 1999. O percentual de hipertensos diagnosticados e não tratados diminuiu de 31,47 para 15,34. Cabral e cols.³⁸, ao compararem os achados de 1995 com os de 2005/06, constataram redução na incidência (27%) do AVC em Joinville, sugerindo melhora na prevenção primária.

Foi observado que algumas ações recomendadas pelo protocolo da SMS²⁰ têm execução inadequada por parte dos profissionais da saúde, citando-se a frequente presença do dígito final zero no registro pressórico, o raro registro do sedentarismo e do histórico familiar, a insuficiente solicitação dos exames complementares e a ausência de registro da classificação da HA e das lesões de órgão-alvo. Essas últimas são necessárias para o aprazamento das consultas e a estratificação de riscos para os pacientes, e a ausência sugere que, no processo de trabalho da equipe de saúde, inexistem critérios para se priorizar o atendimento dos pacientes mais graves e os que apresentam maior risco potencial para as complicações da HA.

É provável que uma parcela significativa da população não busque ou não tenha acesso aos serviços prestados pelas UBS, impossibilitando o diagnóstico da hipertensão arterial. Outra parcela já diagnosticada pode estar excluída do sistema. O elevado percentual de comorbidades sugere diagnóstico tardio e tratamento insuficiente da HA. Entre os hipertensos atendidos, muitos deixaram de ser incluídos no estudo devido ao seguimento inadequado. No grupo estudado, observou-se redução importante dos níveis pressóricos médios. Entretanto, a maioria dos pacientes permanece sem controle da doença, existindo evidências de importante inércia terapêutica. Os prontuários dispõem de impressos apropriados para um registro bem estruturado, todavia eles não são utilizados pelos profissionais, fato que limita a qualidade dos registros e do nosso estudo. É possível que mais hipertensos tenham recebido tratamento medicamentoso ou não medicamentoso adicional, sem o devido registro. Também a falta de aderência ao tratamento pode ter sido constatada, não registrada, sendo mantida a terapêutica prévia. Da mesma forma que a inércia terapêutica pode estar superestimada, as comorbidades podem estar subestimadas. Em consequência dos critérios

de inclusão, a amostra não representa a totalidade dos hipertensos em acompanhamento nas UBS.

A revisão da literatura mundial^{36,37,39,40} sugere que programas de educação continuada que utilizam múltiplas ferramentas de ensino e treinamento, adaptadas às condições locais, e que intervêm sobre estudantes, residentes, médicos e outros profissionais da saúde têm possibilidade de sucesso. O acesso facilitado aos médicos especialistas, o atendimento multiprofissional e as intervenções de ordem administrativa também são importantes para melhorar o controle da doença^{16,21,36,37,39,40}.

Referências

1. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Hoorn SV, Murray CJL. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002; 360 (9343): 1347-60.
2. Julius S, Kjeldsen SE, Weber M, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, et al, for the VALUE Group. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial. *Lancet*. 2004; 363 (9426): 2022-31.
3. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet*. 1998; 351 (9118): 1755-62.
4. Sytkowski PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Secular trends in long term sustained hypertension, long term treatment, and cardiovascular mortality. The Framingham Heart Study 1950-1990. *Circulation*. 1996; 93 (4): 697-703.
5. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA*. 1991; 265 (24): 3255-64.
6. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, short-term reduction in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet*. 1990; 335 (8693): 827-34.
7. Cutler JA, Sorlie PD, Wolz M, Thom T, Fields LE, Roccella EJ. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988-1994 and 1999-2004. *Hypertension*. 2008; 52 (5): 818-27.
8. Banegas JR, Segura S, de La Sierra A, Gorostidi M, Rodrigues-Artalejo F, Sobrino J, et al. Gender differences in office and ambulatory control of hypertension. *Am J Med*. 2008; 121 (12): 1078-84.
9. Primatesta P, Poulter NR. Improvement in hypertension management in England: results from the Health Survey for England 2003. *J Hypertens*. 2006; 24 (6): 1187-92.
10. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*. 2004; 43 (1): 10-7.
11. Sharma AM, Wittchen AU, Kirch W, Pittrow D, Ritz E, Göke B, et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross sectional study. *J Hypertens*. 2004; 22 (3): 479-86.
12. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho M, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87 (6): 747-56.
13. Pereira MR, Coutinho MS, Freitas PF, D'Orsi F, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (10): 2363-74.
14. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88 (4): 441-6.
15. Gus I, Harzheim E, Zaslavski C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83 (5): 424-8.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13: 261-312.
17. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. 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): 2561-72.
18. Malta DC, Cezario AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidem Serv Saúde*. 2006; 15: 47-65.
19. Margolis KL, Piller LB, Ford CE, Henriquez MA, Cushman WC, Einhorn PT, et al. Blood pressure control in Hispanics in the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. *Hypertension*. 2007; 50 (5): 854-61.
20. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Protocolo de hipertensão arterial sistêmica. Joinville; 2007.
21. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: findings from the baseline CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertens*. 2008; 26 (4): 663-71.
22. Barbosa ACC, Passos LCC, Lopes AA, Andrade WLJ, Souza LR, Nunes MB. Avaliação da adequação do controle de fatores de risco cardiovascular após cirurgia de revascularização miocárdica. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89 (6): 362-9.
23. Freitas JB, Tavares A, Kohlman Junior O, Zanella MT, Ribeiro AT. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina- UNIFESP. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79 (2): 117-22.
24. Busnelo RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 76 (5): 349-51.
25. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, Friedman RH, Glickman M, Koder B, et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med*. 1998; 339 (27): 1957-63.
26. Borzecki AM, Wong AT, Hickey EC, Ash AS, Berlowitz DR. Hypertension control. How well are we doing? *Arch Intern Med*. 2003; 163 (22): 2705-11.
27. Wang TJ, Vasan RS. Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*. 2003; 112: 1651-62.
28. Cabral NL, Gonçalves ARR, Longo AL, Moro CHC, Costa G, Amaral CH,

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte da dissertação de Mestrado de Clóvis Hoepfner pela Universidade da Região de Joinville.

Artigo Original

- et al. Incidence of stroke subtypes, prognosis and prevalence of risk factors in Joinville, Brazil: a two year community-based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009; 80 (7): 755-61.
29. Black HR, Elliot WJ, Neaton JD, Grandits G, Grambasch P, Grimm RH, et al. Baseline characteristics and early blood pressure control in the CONVINCE trial. *Hypertension*. 2001; 37 (1): 12-8.
30. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien CJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med*. 2002; 162 (4): 413-20.
31. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001; 135 (9): 825-34.
32. Hyman DJ, Pavlick VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians. Blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med*. 2000; 160 (15): 2281-6.
33. Mion Junior D, Silva CV, Gusmão JL, Machado CA, Amodeo C, Nobre F, et al. Os médicos brasileiros seguem as diretrizes brasileiras de hipertensão? *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88 (2): 212-7.
34. de la Sierra A, Zamorano JL, Ruilope LM. Application of hypertension guidelines in clinical practice: implementation of the 2007 ESH/ESC European practice Guidelines in Spain. *J Hypertens*. 2009; 27 (3): 527-32.
35. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens*. 2009; 27 (5): 923-34.
36. Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang JX, Johansen H, Campbell NRC. Large increase in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. *Hypertension*. 2006; 48 (5): 853-60.
37. Campbell NRC, Brant R, Johansen H, Walker RL, Wielgosz A, Onysko J, et al. Increases in antihypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. *Hypertension*. 2009; 53 (2): 128-34.
38. Cabral NL, Gonçalves ARR, Longo AL, Moro CHC, Costa G, Amaral CH, et al. Trends in stroke incidence, mortality and case fatality rates in Joinville, Brazil: 1995-2006. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009; 80 (7): 749-54.
39. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997; 157 (4): 408-16.
40. Hill MN, Miller NH. Compliance enhancement: a call for multidisciplinary team approaches. *Circulation*. 1996; 93 (1): 4-6.