

Controle da Pressão Arterial: O Segredo é... Trabalho em Equipe!

Blood Pressure Control: The secret is...Team Work!

Andrea Pio-Abreu¹ e Luciano F. Drager^{1,2}

Unidade de Hipertensão, Divisão de Nefrologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,¹ São Paulo, SP - Brasil

Unidade de Hipertensão, Instituto do Coração (InCor), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,² São Paulo, SP - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Controle da Pressão Arterial e Fatores Associados em um Serviço Multidisciplinar de Tratamento da Hipertensão

A hipertensão é uma das principais causas de morte cardiovascular.¹ De fato, dados da *Heart and Stroke Statistics* mostraram que 45% da mortalidade cardiovascular é potencialmente atribuída à hipertensão.¹ Esse cenário preocupante não mudou nas últimas décadas, apesar da disponibilidade das intervenções não-farmacológicas e o desenvolvimento de várias classes de remédios anti-hipertensivos que efetivamente contribuíram para o controle da pressão arterial (PA).²⁻⁵ As razões de nossa baixa efetividade no controle da PA no nível populacional são múltiplas, incluindo a falta de políticas públicas organizadas que regulem o consumo de sal e aumentem a conscientização, a detecção precoce e o tratamento efetivo. Desafios adicionais incluem a característica assintomática da hipertensão, inércia terapêutica, entre outros.¹

Nesta edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Jardim et al.,⁶ relataram dados de um estudo retrospectivo explorando uma estratégia de equipe multidisciplinar na taxa de controle da pressão arterial (estabelecida no tradicional <140/90 mmHg). Os autores avaliaram dados demográficos e clínicos de 1.548 pacientes hipertensos de um centro especializado em hipertensão, acompanhados regularmente por $7,6 \pm 7,1$ anos (média de idade de 62 anos, 73,6% de mulheres).

A abordagem multidisciplinar descrita pelos autores consistiu na disponibilidade de enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos e musicoterapeutas trabalhando em conjunto com os médicos da equipe (clínicos gerais, cardiologistas, endocrinologistas e nefrologistas). O intervalo máximo para consultas médicas foi de 3 meses. De acordo com as necessidades dos pacientes (determinados pela avaliação clínica), os médicos agendavam visitas aos profissionais mencionados acima em uma demanda flexível. Além disso, foram realizadas atividades educacionais e de promoção da saúde a cada duas semanas com os pacientes. Toda essa informação foi registrada em um

formulário padronizado. Usando essa estratégia, os autores descobriram que essa abordagem de equipe multidisciplinar estava associada a um controle geral da pressão arterial de 68%, sendo mais acentuado naqueles com idade ≥ 60 anos (OR 1,45; IC 95% [1,13-1,90]) e em mulheres (OR 1,36; IC95% [1,09-1,88]). Por outro lado, pacientes com diabetes foram associados a uma menor probabilidade de atingir a meta de PA em comparação com pacientes sem diabetes. Curiosamente, não foram observadas diferenças significativas no número de medicamentos anti-hipertensivos nos grupos que controlaram ou não a PA. Esse achado sugere que a adesão a essa abordagem multidisciplinar pode variar, como geralmente observado em qualquer outra intervenção.¹

Vale ressaltar o mérito do serviço relacionado, cuja prática multidisciplinar é adotada, de acordo com os autores, há mais de 25 anos.⁶ O controle da PA é impressionante, considerando as estimativas atuais do controle da PA no Brasil (geralmente abaixo de 30% em estudos individuais).³ De maneira geral, a principal contribuição dessa investigação é que a literatura é relativamente escassa (principalmente de grandes estudos multicêntricos observacionais ou randomizados) ao abordar o impacto potencial de uma equipe multidisciplinar em pacientes com hipertensão. Estudos anteriores envolvendo tamanhos de amostras modestos sugeriram a importância dos enfermeiros na melhora da adesão a tratamentos anti-hipertensivos e do efeito de jaleco branco.⁶⁻¹¹ Da mesma forma, a abordagem ativa de farmacêuticos, educadores físicos e nutricionistas parece contribuir para melhorar a adesão e o controle da PA.^{12,13} Entretanto, é crucial definir se toda a estrutura de equipe disponível (e não os 'compartimentos' distintos) pode contribuir para a eficácia do controle da PA. Em outras palavras, o todo é melhor do que qualquer componente individual ou a soma das partes?

O estudo realizado por Jardim et al. não foi projetado para abordar essa questão, mas destacou que a luta contra a hipertensão não se baseia em um único ator. Infelizmente, a falta de um grupo controle (por exemplo, pacientes de outros centros sem acesso a uma abordagem de equipe multidisciplinar organizada) e o desenho retrospectivo impedem conclusões definitivas, mas abrem caminho para futuras investigações nesta importante área de pesquisa. Atenção especial deve ser dedicada aos pacientes com diabetes. A menor taxa de controle da PA nos desafia a realizar esforços extras nessa população de alto risco cardiovascular.

Palavras-chave

Hipertensão; Pressão Arterial; Prevenção e Controle; Fatores de Risco; Equipe de Assistência ao Paciente/tendências; Anti-Hipertensivos; Adesão à Medicação.

Correspondência: Luciano F. Drager •

Unidade de Hipertensão, Instituto do Coração (InCor), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 44. CEP 05403-900, São Paulo, SP - Brasil.
E-mail: luciano.drager@incor.usp.br

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200544>

Referências

1. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(9):e139-e596.
2. Sever PS, Messerli FH. Hypertension management 2011: optimal combination therapy. *Eur Heart J*. 2011;32(20):2499-506.
3. Malachias MVB, Póvoa RMS, Nogueira AR, Souza D, Costa LS, Magalhães ME. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl.3):1-83.
4. Krieger EM, Drager LF, Giorgi DMA, Pereira AC, Barreto-Filho JAS, Nogueira AR, et al. Spironolactone versus clonidine as a fourth-drug therapy for resistant hypertension: The ReHOT randomized study (Resistant Hypertension Optimal Treatment). *Hypertension*. 2018;71(4):681-90.
5. Pio-Abreu A, Drager LF. Resistant hypertension: time to consider the best fifth anti-hypertensive treatment. *Curr Hypertens Rep*. 2018;20(8):67.
6. Basilio PG, Oliveira APC, Castro ACF, Carvalho MB, Zagatto AM, Martinez PF, et al. Intermittent Fasting Attenuates Exercise Training-Induced Cardiac Remodeling. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(2):184-193.
7. Barkauskas VH, Pohl JM, Tanner C, Onifade TJ, Pilon B. Quality of care in nurse-managed health centers. *Nurs Adm Q*. 2011;35(1):34-43.
8. Himmelfarb CR, Commodore-Mensah Y, Hill MN. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Ann Glob Health*. 2016;82(2):243-53.
9. Rudd P, Miller NH, Kaufman J, Kraemer HC, Bandura A, Greenwald G, et al. Nurse management for hypertension. A systems approach. *Am J Hypertens*. 2004;17(10):921-7.
10. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2012;14(1):51-65.
11. Guerra-Riccio GM, Giorgi DMA, Consolin-Colombo FM, Barreto-Filho JAS, Lopes HF, Camargo ALF, et al. Frequent nurse visits decrease white coat effect in stage III hypertension. *Am J Hypertens*. 2004;17(6):523-8.
12. Borenstein JE, Graber G, Saltiel E, Wallace J, Ryu S, Archi J, et al. Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy*. 2003;23(2):209-16.
13. Han E, Sohn HS, Lee JY, Jang S. Health behaviors and medication adherence in elderly patients. *Am J Health Promot*. 2017;31(4):278-86.

