

Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial

Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study

Clarita Silva de Souza¹, Airton Tetelbom Stein², Gisele Alsina Nader Bastos², Lucia Campos Pellanda^{1,2}

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia - Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia¹; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA², Porto Alegre, RS - Brasil

Resumo

Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência e é um importante fator de risco para eventos cardiovasculares. O controle da pressão arterial em pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia, um programa do Sistema Único de Saúde para acompanhamento e monitoramento dos hipertensos, permanece muito abaixo do desejável.

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e avaliar o controle da pressão arterial em pacientes cadastrados no Hiperdia, em Novo Hamburgo (RS).

Metodologia: Estudo transversal, com amostra probabilística estratificada por conglomerados, incluindo 383 adultos cadastrados no Programa Hiperdia das 15 Unidades Básicas de Saúde do município, realizado entre 2010 e 2011. A pressão arterial controlada foi definida como ≤ 140 mmHg \times 90 mmHg. Os hipertensos foram entrevistados e a pressão arterial foi mensurada com aparelho aneróide calibrado. Na análise estatística foram utilizados razões de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95%, teste χ^2 de Wald e regressão de Poisson simples e múltipla.

Resultados: A média de idade foi de 63 ± 10 anos, sendo a maioria mulheres, pertencentes à classe C, com baixa escolaridade, sedentários e com histórico familiar para HAS. O diabetes melito (DM) estava presente em 31%, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo era de 54,3%, e 33,7% estavam com pressão arterial controlada. O DM mostrou-se fortemente associado com o controle inadequado da PA, com 15,7% dos diabéticos com PA considerada controlada.

Conclusão: Mesmo com o cadastro no Programa Hiperdia, o controle da PA nos hipertensos não é satisfatoriamente alcançado e mantido, sendo os hipertensos diabéticos os que apresentam o controle mais inadequado. (Arq Bras Cardiol. 2014; 102(6):571-578)

Palavras-Chave: Hipertensão / complicações; Fatores de Risco; Hipertensão / epidemiologia; Programas Governamentais; Monitoramento Epidemiológico; Adesão à Medicação.

Abstract

Background: Systemic hypertension is highly prevalent and an important risk factor for cardiovascular events. Blood pressure control in hypertensive patients enrolled in the Hiperdia Program, a program of the Single Health System for the follow-up and monitoring of hypertensive patients, is still far below the desired level.

Objective: To describe the epidemiological profile and to assess blood pressure control of patients enrolled in Hiperdia, in the city of Novo Hamburgo (State of Rio Grande do Sul, Brazil).

Methods: Cross-sectional study with a stratified cluster random sample, including 383 adults enrolled in the Hiperdia Program of the 15 Basic Health Units of the city of Porto Alegre, conducted between 2010 and 2011. Controlled blood pressure was defined as ≤ 140 mmHg \times 90 mmHg. The hypertensive patients were interviewed and their blood pressure was measured using a calibrated aneroid device. Prevalence ratios (PR) with 95% confidence interval, Wald's χ^2 test, and simple and multiple Poisson regression were used in the statistical analysis.

Results: The mean age was 63 ± 10 years, and most of the patients were females belonging to social class C, with a low level of education, a sedentary lifestyle, and family history positive for systemic hypertension. Diabetes mellitus (DM) was observed in 31%; adherence to the antihypertensive treatment in 54.3%; and 33.7% had their blood pressure controlled. DM was strongly associated with inadequate BP control, with only 15.7% of the diabetics showing BP considered as controlled.

Conclusion: Even for hypertensive patients enrolled in the Hiperdia Program, BP control is not satisfactorily reached or sustained. Diabetic hypertensive patients show the most inappropriate BP control. (Arq Bras Cardiol. 2014; 102(6):571-578)

Keywords: Hypertension / complications; Risk Factors; Hypertension / epidemiology; Government Programs; Epidemiological Monitoring; Medication Adherence.

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

Correspondência: Lucia Campos Pellanda •

Av. Princesa Isabel, 370, Santana, CEP 90.620-000, Porto Alegre, RS - Brasil
E-mail: luciapell.pesquisa@cardiologia.org.br; editoracao-pc@cardiologia.org.br
Artigo recebido em 03/09/13; revisado em 31/01/14; aceito em 07/02/14.

DOI: 10.5935/abc.20140081

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas¹. Entre elas, a hipertensão arterial sistêmica representa importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica².

O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, principalmente em pacientes com hipertensão com alto risco cardiovascular. Nesses pacientes, o controle dos agravos pode reduzir significativamente a mortalidade por essas doenças, assim como os custos do atendimento das suas complicações³. Adicionalmente, o controle inadequado da pressão arterial pode aumentar o risco de crises hipertensivas com necessidade de internação hospitalar⁴. Vários fatores podem estar relacionados à adesão, incluindo as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa⁵.

Assim, o objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico e avaliar o controle da pressão arterial em pacientes cadastrados no Programa Hiperdia, avaliando

a sua associação com aspectos socioeconômicos, uso de tabaco e álcool, antecedentes familiares para HAS, adesão ao tratamento, conhecimento de práticas saudáveis à saúde, participação em grupos de educação em saúde — hipertensos, diabetes melito e prática de atividade física em cidade de médio porte no sul do país.

Métodos

Este é um estudo transversal, com amostra probabilística de base territorial, estratificada por Unidade Básica de Saúde (UBS) que compõe a Rede de Atenção Básica de Novo Hamburgo (RS). Todas as 15 UBS do município foram incluídas, conforme demonstrado na Tabela 1. Foi realizado sorteio proporcional de acordo com o número de pacientes cadastrados no Hiperdia⁶ em cada UBS, ordenados em tabelas numeradas para cada unidade. O Programa Hiperdia foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, para cadastro, acompanhamento e avaliação dos hipertensos, gerando relatórios quantitativos de acordo com faixa etária, sexo, medicamentos utilizados e acompanhamento da pressão arterial, sendo a inclusão dos dados de responsabilidade das secretarias municipais de saúde.

Os seguintes parâmetros foram utilizados para o cálculo do tamanho da amostra: prevalência de hipertensão arterial sistêmica de 28%, IC de 95% e erro aceitável de 5%, totalizando 383 pacientes. Inicialmente foi feito um rastreamento do banco de dados do Hiperdia, retirando pacientes com dupla entrada em razão da grafia do nome e sobrenome, registro em mais de uma UBS e pacientes com diagnóstico de diabetes melito exclusivamente. Os sujeitos incluídos foram pacientes com 20 anos de idade ou mais, ambos os sexos, cadastrados no

Tabela 1 – Pacientes cadastrados no Programa Hiperdia de Novo Hamburgo (RS) — 2011

| UBS | Hipertensos | Hipertensos + DM | Total | Amostra estratificada | Questionários não respondidos | Questionários respondidos |
|----------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Santo Afonso | 828 | 155 | 983 | 82 | 7 | 75 |
| Hamburgo Velho | 296 | 69 | 365 | 30 | 2 | 28 |
| Primavera | 225 | 64 | 289 | 24 | 2 | 22 |
| Guarani | 178 | 31 | 209 | 17 | 1 | 16 |
| Canudos | 554 | 135 | 689 | 58 | 5 | 53 |
| Iguaçu | 67 | 11 | 78 | 7 | 0 | 7 |
| Lomba Grande | 250 | 68 | 318 | 26 | 2 | 24 |
| Rondônia | 87 | 14 | 101 | 9 | 1 | 8 |
| Kephas | 219 | 64 | 283 | 24 | 2 | 22 |
| Roselândia | 128 | 28 | 156 | 13 | 1 | 12 |
| Rincão | 320 | 41 | 361 | 30 | 2 | 28 |
| Kraemer | 78 | 45 | 123 | 10 | 1 | 9 |
| Redentora | 80 | 15 | 95 | 8 | 1 | 7 |
| Boa Saúde | 211 | 85 | 296 | 25 | 2 | 23 |
| Liberdade | 201 | 40 | 241 | 20 | 1 | 19 |
| TOTAL | 3.722 | 865 | 4.587 | 383 | 30 | 353 |

Programa Hipertensão, com diagnóstico de hipertensão arterial (≥ 140 mmHg \times 90 mmHg) ou hipertensão arterial e diabetes melito (≥ 130 mmHg \times 80 mmHg). Foram excluídos pacientes institucionalizados, no momento da aplicação do questionário de pesquisa, em hospital, asilo, privados de liberdade, mudança de domicílio para área de outra UBS ou para outro município.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados constituíram um questionário estruturado, composto de perguntas relativas à identificação socioeconômica do sujeito cadastrado como hipertenso no Programa Hipertensão, conforme Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)⁷, conhecimento sobre medidas de cuidado da saúde, fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, antecedentes familiares, presença de DM, percepção da doença, adesão ao tratamento avaliado por meio do teste de Morisky⁸. O instrumento foi aplicado por entrevistadores treinados, enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

Os valores da pressão arterial (PA) foram medidos com aparelho aneróide de marca Solidor, lote BE15B, certificado do Inmetro, conforme a técnica preconizada nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica⁹, com agendamento individual para cada sujeito da pesquisa na respectiva UBS e apoio da Secretaria Municipal de Saúde ou por meio de visita domiciliar. Foram realizadas duas medidas da PA, sendo a primeira após a aplicação da metade do questionário e a segunda ao final do mesmo, na própria UBS ou na residência do hipertenso, nos casos de impossibilidade de comparecimento à unidade de saúde. A coleta foi realizada entre junho de 2010 e abril de 2011. O controle de qualidade na coleta dos dados foi efetuado por meio da reaplicação do questionário em 4% do total da amostra, também selecionados de forma probabilística e de acordo com a proporção de pacientes de cada UBS, garantindo que nenhuma unidade deixasse de ser avaliada. Também foi realizada a verificação da PA até cinco dias após a primeira coleta de dados.

Os entrevistadores participaram de reuniões preparatórias de discussão e treinamento para o correto preenchimento do questionário, aplicando-o em um estudo-piloto. O manuseio do esfigmomanômetro e a ausculta dos sons de Korotkoff foram treinados em oficinas práticas acompanhadas de manual com instruções.

Os dados foram registrados por dupla digitação no programa Epidata e analisados com auxílio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0. A análise incluiu o cálculo das medidas de frequência, percentual para variáveis categóricas e desvio-padrão para variáveis contínuas contidas no questionário e medida da PA. A medida de efeito foi a razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%, e o teste χ^2 de Wald com regressão de Poisson simples e múltipla.

A análise multivariada foi realizada por regressão de Poisson, considerando $p < 0,20$ para o controle de fatores de confusão, cujas variáveis analisadas foram: sexo, idade, escolaridade, classificação socioeconômica, atividade física, tabagismo, tempo de conhecimento da hipertensão, conhecimento de hábito saudável no uso do sal, consulta ao médico regularmente, uso de bebida alcoólica e presença de DM.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e protocolado sob o n.º UP 4.344/09. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram estudados os resultados de 353 pacientes com diagnóstico de HAS ou HAS e DM, em razão de 30 integrantes da amostra recusarem-se a participar da pesquisa, terem mudado de domicílio ou estarem institucionalizados. A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas da amostra estudada. A maior parte da amostra foi constituída de mulheres (69,4%) e pacientes acima de 60 anos de idade (62,1%); 64,7% dos entrevistados pertenciam às classes C1 e C2; 31% tinham diagnóstico de DM. A pressão arterial não estava controlada em 63,3% dos hipertensos.

Em relação à história de internação hospitalar nos últimos dois anos, 27,1% referiram ter se internado por HAS ou situação a ela relacionada. Destes, 4,1% tiveram duas internações, e 1,9%, mais de três internações.

Do total dos respondentes, somente 51 afirmaram participar de grupos de hipertensos, representando 47,1% daqueles com PA controlada.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis em relação ao controle da PA e as razões de prevalências brutas e ajustadas. Na análise bruta, o controle de pressão arterial esteve associado de forma significativa ao sexo feminino, à realização

Tabela 2 – Características da amostra de hipertensos cadastrados no Programa Hipertensão de Novo Hamburgo (2011)

| Variáveis | Frequência (%) |
|------------------------------------|----------------|
| Sexo feminino | 245 (69,4) |
| Idade, média \pm desvio-padrão | 63 \pm 10 |
| Cor da pele | |
| Branca | 316 (89,5) |
| Parda | 16 (4,5) |
| Preta | 21 (6,0) |
| Classe social* | |
| B1 + B2 | 23 (6,5) |
| C1 | 86 (24,4) |
| C2 | 142 (40,3) |
| D + E | 101 (28,8) |
| Escolaridade | |
| Analfabeto/Fundamental (1.ª a 4.ª) | 196 (57,8) |
| Fundamental (5.ª a 8.ª) | 125 (36,9) |
| Médio/Superior | 18 (5,3) |
| Casado/vive com companheiro | 226 (65,9) |

*Classe social: Critério de Classificação Econômica Brasil, 2011.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis dos pacientes cadastrados no Programa Hipertensão em relação à PA controlada

| | N | PA controlada | Valor p* | RP (IC95%) | RP ajustada (IC95%) | Valor p** |
|----------------------------------|-----|---------------|----------|--------------------|---------------------|-----------|
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 108 | 25% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| Feminino | 245 | 37,60% | 0,016 | 1,50 (1,04 a 2,16) | 1,50 (0,81 a 2,79) | 0,197 |
| Idade | | | | | | |
| < 60 anos | 133 | 38,30% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| ≥ 60 anos | 220 | 30,90% | 0,148 | 0,81 (0,60 a 1,08) | 0,87 (0,57 a 1,33) | 0,533 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Até 4.ª série | 196 | 29,60% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| Ensino Médio | 125 | 38,40% | 0,099 | 1,30 (0,95 a 1,77) | 0,91 (0,59 a 1,40) | 0,657 |
| ou acima | 18 | 33,30% | 0,735 | 1,13 (0,57 a 2,24) | 0,69 (0,26 a 1,82) | 0,449 |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado | 226 | 32,70% | - | 1,00 | - | - |
| Outro | 117 | 34,20% | 0,787 | 1,04 (0,76 a 1,43) | - | - |
| Classe ABEP | | | | | | |
| B1 + B2 | 23 | 34,80% | 0,212 | 1,53 (0,79 a 2,97) | 1,95 (0,47 a 8,15) | 0,361 |
| C1 | 86 | 41,90% | 0,006 | 1,84 (1,19 a 2,84) | 2,70 (1,32 a 5,52) | 0,006 |
| C2 | 142 | 36,60% | 0,026 | 1,61 (1,06 a 2,45) | 2,26 (1,22 a 4,54) | 0,022 |
| D + E | 101 | 22,80% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| Atividade física | | | | | | |
| Sem atividade física | 64 | 15,60% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| Com atividade física | 164 | 36,00% | 0,007 | 2,30 (1,26 a 4,21) | 1,82 (0,95 a 3,45) | 0,071 |
| Fumo | | | | | | |
| Não fuma | 266 | 36,10% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| Fuma | 27 | 25,90% | 0,324 | 0,72 (0,37 a 1,37) | 0,92 (0,31 a 2,77) | 0,885 |
| Ex-fumante | 60 | 26,70% | 0,187 | 0,74 (0,47 a 1,16) | 0,93 (0,46 a 1,89) | 0,839 |
| Bebida | | | | | | |
| Não bebe | 332 | 34,90% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| Bebe | 21 | 14,30% | 0,098 | 0,41 (0,14 a 1,18) | 0,62 (0,15 a 2,56) | 0,512 |
| Avaliação de sua saúde | | | | | | |
| Muito boa/boa/regular | 311 | 34,10% | 0,926 | 1,02 (0,64 a 1,64) | - | - |
| Ruim/muito ruim | 39 | 33,30% | - | 1,00 | - | - |
| Diabetes | | | | | | |
| Sem DM | 245 | 41,60% | < 0,001 | 2,65 (1,67 a 4,19) | 2,39 (1,22 a 4,68) | 0,011 |
| Com DM | 108 | 15,70% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| HAS familiar | | | | | | |
| Sem antecedentes familiares | 145 | 35,20% | - | 1,00 | - | - |
| Com antecedentes familiares | 197 | 34,00% | 0,823 | 0,97 (0,72 a 1,30) | - | - |
| Adesão | | | | | | |
| Aderente | 189 | 36,00% | - | 1,00 | - | - |
| Não aderente | 159 | 30,20% | 0,257 | 0,84 (0,62 a 1,14) | - | - |
| Tempo de conhecimento HAS | | | | | | |
| > 10 anos | 164 | 25,60% | - | 1,00 | 1,00 | - |
| < 10 anos | 171 | 39,20% | 0,009 | 1,53 (1,11 a 2,11) | 1,13 (0,71 a 1,78) | 0,610 |

continuação

| Participação em grupos | | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|-------|--------------------|--------------------|-------|
| Não participa | 299 | 33,40% | - | 1,00 | - | - |
| Participa | 51 | 35,30% | 0,794 | 1,05 (0,70 a 1,58) | - | - |
| Mudança no estilo de vida | | | | | | |
| Ter alimentação saudável | | | | | | |
| Não citou | 46 | 30,40% | - | 1,00 | - | - |
| Citou | 307 | 34,20% | 0,622 | 1,12 (0,71 a 1,79) | - | - |
| Controlar o sal | | | | | | |
| Não citou | 103 | 27,20% | - | 1,00 | - | - |
| Citou | 250 | 36,40% | 0,108 | 1,34 (0,94 a 1,91) | 1,20 (0,78 a 1,84) | 0,418 |
| Consultar o médico | | | | | | |
| Não citou | 143 | 28,70% | - | 1,00 | - | - |
| Citou | 210 | 37,10% | 0,105 | 1,29 (0,95 a 1,77) | 1,03 (0,69 a 1,54) | 0,892 |

*Teste de χ^2 de Wald obtido na análise de regressão de Poisson simples.

**Teste de χ^2 de Wald obtido na análise de regressão de Poisson múltipla.

DM: diabetes melito; HAS: hipertensão arterial sistêmica; IC: intervalo de confiança; PA: pressão arterial; RP: razão de prevalência.

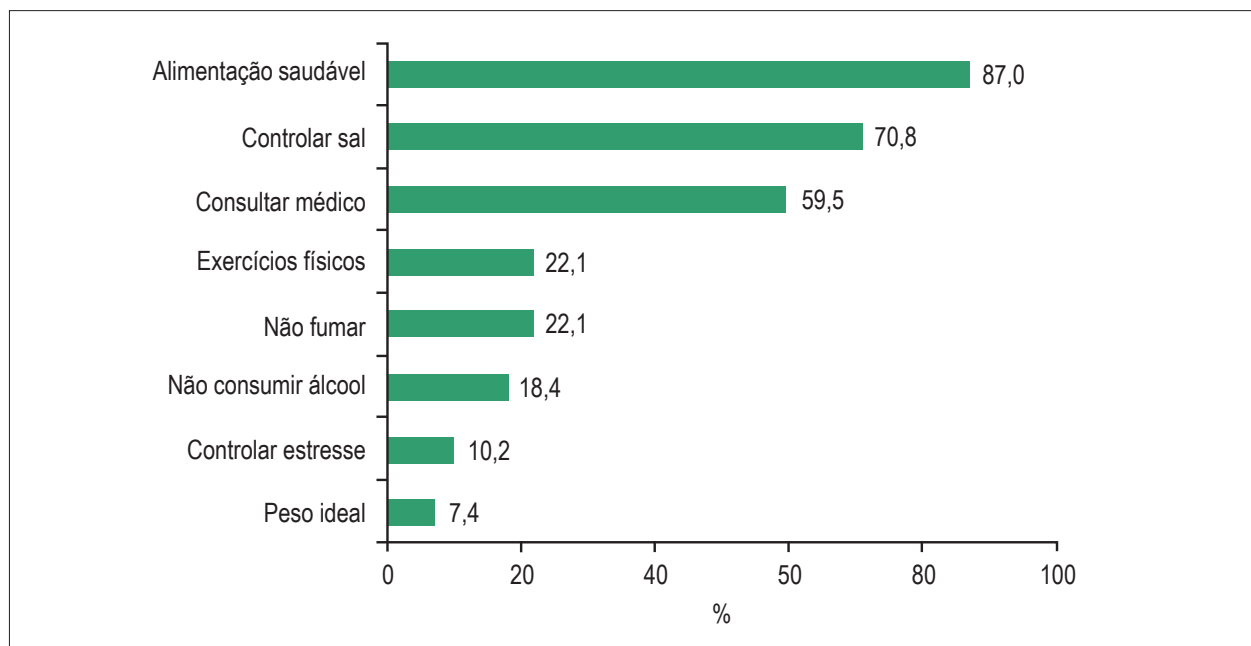


Figura 1 – Conhecimento sobre medidas importantes para manter boa saúde.

de atividade física, à ausência de DM e ao conhecimento do diagnóstico há menos de 10 anos.

Na análise ajustada, apenas a presença de DM permaneceu como fator associado ao controle da PA e somente 15,7% dos pacientes hipertensos diabéticos tinham sua pressão controlada, em comparação a 41% de pressão controlada nos pacientes hipertensos não diabéticos ($p = 0,011$).

Dos pacientes hipertensos avaliados, 96,9% tinham conhecimento do diagnóstico de HAS há 14 ± 9 anos

e 54,3% referiam aderir ao tratamento, sendo que não aderentes comparados aos aderentes não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação ao controle da PA ($p = 0,257$).

Quanto ao conhecimento sobre medidas importantes para manter boa saúde, 87% relataram saber da importância de ter uma alimentação saudável, 70,8% relataram que devem controlar o sal na comida e 59,5% disseram que devem consultar o médico regularmente (Figura 1).

Discussão

Neste estudo transversal, observou-se que os pacientes hipertensos avaliados, mesmo utilizando terapêutica anti-hipertensiva, apresentavam níveis pressóricos não satisfatórios, com baixo controle da PA e insuficiente adesão ao tratamento. No entanto, apresentavam conhecimentos sobre a importância em adotar boas práticas de estilo de vida.

A proporção de pacientes com PA controlada foi semelhante à de outros estudos^{10,11} corrigidos nos parâmetros de PA normal para hipertensos e hipertensos diabéticos, sendo muito menor do que a encontrada em indivíduos atendidos em serviços de base comunitária nos Estados Unidos¹², com controle em 71,4% de hipertensos. Entretanto, em um estudo realizado em 26 países¹³, foram encontrados dados mais próximos do nosso estudo, com 23,7% de pacientes com PA sob controle. Para melhorar o controle da PA são necessárias mudanças preconizadas em diretrizes nacionais⁸ e internacionais¹⁴.

Em um estudo com pacientes não aderentes³, após intervenções com comunicação por meio de cartas, chegou-se à adesão em 72,3%. Outra pesquisa, com funcionários do sistema público finlandês⁵, encontrou 79,6% de aderentes ao tratamento, numa coorte que analisou registros de dispensação em farmácia, e outra, por meio de busca telefônica¹⁵, registrou adesão de 61% em pacientes hipertensos. As taxas de adesão ao tratamento variam de 50% a 90% entre os hipertensos¹⁶ e, para melhorá-las, é necessária a implementação dos pressupostos da atenção primária à saúde¹⁷.

O tempo de conhecimento do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica demonstrou associação significativa na análise bivariada, com controle da PAS, mas o mesmo não ocorreu na análise multivariada. Em outro estudo, os resultados foram opostos, com o tempo de diagnóstico associado a pior controle da pressão arterial¹⁸.

As mulheres são a maioria em nosso estudo, semelhante a outros estudos¹⁹⁻²², e mantêm melhor o controle da PA em comparação aos homens (25% e 37,6%, respectivamente). O estudo de Fuchs²³, de base populacional, encontrou mulheres hipertensas em número maior, mas pessoas acima de 60 anos em número discretamente menor.

A proporção de mulheres e idosos cadastrados no Hiperdia é maior do que em estudos de base populacional, justamente porque essas populações tendem a procurar mais os serviços de saúde. Esse fato é relevante para apontar direções ao planejamento de atendimento do paciente hipertenso, com possível busca ativa de populações menos representadas, como os homens e os pacientes com menos de 60 anos.

Em outro estudo, realizado em um conjunto de UBS em São Paulo¹⁸, o percentual de controle nos homens foi de 30,9% e nas mulheres de 52,6%, sendo melhores os resultados do que em nosso estudo e piores do que em pacientes acompanhados em ambulatório no Rio de Janeiro, que apresentaram somente 27% da PA controlada²⁴.

A presença de diabetes melito nos hipertensos pesquisados foi de 31%, idêntico a outro estudo¹³ sobre controle da hipertensão e risco cardiometabólico. O controle da hipertensão arterial, avaliado em um serviço especializado²⁵,

foi registrado em apenas 13,4% dos hipertensos diabéticos. A presença de diabetes melito em hipertensos configura um cenário de maior dificuldade de controle da pressão arterial conforme parâmetros elegidos como ideais pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁹. Em nosso estudo, a coexistência de DM esteve associada a pior controle de PA nos hipertensos. Mediante essas constatações, entendemos que os pacientes hipertensos diabéticos requerem maior acompanhamento, apoio da equipe de saúde e da família para adesão ao tratamento medicamentoso e adequação ao estilo de vida como premissa para melhores resultados no controle de sua pressão arterial.

O percentual de usuários que cursaram até a 4ª série foi de 57,8% e 64,7% nos integrantes das classes C1 e C2. Fuchs e cols.²³, Gus e cols.²⁶ e Piccini e Victora²⁷ encontraram associação entre baixa escolaridade e hipertensão, expressando que más condições de vida predispõem ao aparecimento de doenças. Para Piccini e cols.²⁸ a escolaridade mostrou-se associada ao controle da pressão arterial, sendo pior o controle naqueles com menos anos na escola. Esse fator, associado com hipertensão, pode ser classificado como fator de risco modificável.

O uso de tabaco e álcool informado pelos hipertensos foi menor do que habitualmente se encontra na literatura^{10,18}; mesmo assim, o uso do álcool foi associado a pior controle da HAS.

Em nosso estudo, mais da metade dos entrevistados informou não praticar atividades físicas. Esse resultado é semelhante aos encontrados em outros estudos^{10,18,29}. Contudo, a atividade física, mesmo alcançando uma significância limítrofe quando da análise ajustada, contribuiu para o controle da PA.

Em nosso estudo, não foi possível fazer uma comparação entre participantes de grupos de hipertensos e não participantes em razão do baixo índice de presença e reduzido número de grupos constituídos nas UBS, onde somente 14,4% dos respondentes afirmaram participar de atividades grupais no último ano. Essa intervenção mostra-se útil no controle dessas doenças crônicas^{18,29,30}.

Encontramos evidências de que a maior parte dos pacientes hipertensos continua com inadequado controle da PA, notadamente os hipertensos diagnosticados cumulativamente com DM. Estes têm quase três vezes mais possibilidade de não ter a PA controlada, comparando-se aos diagnosticados somente com HAS, idêntico ao estudo ACCORD³¹, merecendo atenção redobrada por parte das equipes de saúde. Os hipertensos diabéticos têm risco de morte por causas cardiovasculares duas a seis vezes maior do que entre hipertensos sem diabetes³².

O acompanhamento efetivo dos usuários é um dos requisitos mais difíceis de concretizar no Hiperdia, seja pela distância física entre os usuários e os serviços de saúde, seja pelas dificuldades referidas pelos profissionais para alcançar esses pacientes em sua residência ou, ainda, pela pouca compreensão dos pacientes acerca da HAS e do DM. Ainda são fortemente atrelados a fatores de vulnerabilidade social, como baixa escolaridade e desvinculação da equipe de saúde, impondo às equipes de APS a mudança desse quadro, com ações de promoção e prevenção, principalmente entre os hipertensos diabéticos³³.

É importante considerar uma possível limitação deste estudo, caracterizada por viés de aferição, uso atual de cigarro e bebida alcoólica, com percentual muito abaixo dos registrados na literatura, possibilidade de influência do observador, do ambiente de coleta e do equipamento, como também pelo efeito do avental branco. Em relação à prática de atividade física, pode ter ocorrido viés da causalidade reversa. Viés de seleção pode ter ocorrido em função de o cadastro do Hipertensão das 15 UBS não conter a totalidade dos hipertensos residentes em Novo Hamburgo. Com aplicação do teste de Morisky, talvez possa ter ocorrido viés de memória na exatidão das respostas ao teste. No entanto, os dados encontrados mostraram baixa adesão, o que parece refletir a realidade.

A Região Sul do Brasil ainda carece de pesquisas sobre o Hipertensão e o controle da PA, e, com os resultados deste estudo, será possível planejar ações buscando melhorar o acesso dos usuários do Hipertensão às ações de saúde da APS, como: monitoramento dos pacientes hipertensos diabéticos com visitas mensais de agentes comunitários de saúde; avaliação sobre os registros do Hipertensão, quantitativa e qualitativamente, buscando melhorar a captação dos pacientes; implementação das recomendações das VI Diretrizes de HAS⁹, especialmente aos hipertensos diabéticos; informatização das UBS para pleno funcionamento do sistema de cadastro; adesão ao Projeto de Academias de Saúde do MS e habilitação de equipes multidisciplinares (NASF), além da adesão à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do MS³⁴.

Os dados encontrados nos permitem concluir que o controle da pressão arterial nos pacientes estudados é insatisfatório e que, nos pacientes diabéticos, esse controle é ainda mais difícil, sendo necessário desenvolver uma política de ênfase nesse grupo de pacientes.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Análise e interpretação dos dados, Análise estatística, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC; Obtenção de dados: Souza CS, Bastos GAN; Obtenção de financiamento: Pellanda LC.

Potencial conflito de interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo foi financiado pelo Fundo de apoio à pesquisa do ICFUC (FAPICC).

Vinculação acadêmica

Este artigo é parte de Dissertação de Mestrado de Clarita Silva de Souza pela Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

Referências

1. Casado L, Viana LM, Thuler LC. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(4):379-88.
2. Aronow WS. Treatment of systemic hypertension. *Am J Cardiovasc Dis.* 2012;2(3):160-70.
3. Jing S, Naliboff A, Kaufman MB, Choy M. Descriptive analysis of mail interventions with physicians and patients to improve adherence with antihypertensive and antidiabetic medications in a mixed-model managed care organization of commercial and Medicare members. *J Manag Care Pharm.* 2011;17(5):355-66.
4. Cordero A, Bertomeu-González V, Moreno-Arribas J, Agudo P, López-Palop R, Masiá MD, et al. Burden of systemic hypertension in patients admitted to cardiology hospitalization units. *Am J Cardiol.* 2011;108(11):1570-5.
5. Oksanen T, Kawachi I, Kouvonen A, Suzuki E, Takao S, Sjösten N, et al. Workplace social capital and adherence to antihypertensive medication: a cohort study. *PLoS One.* 2011;6(9):e24732.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Sistema de Informação Hipertensão [on-line]. [Acesso em 2011 out. 20] Disponível em: <http://hipertensao.datasus.gov.br>.
7. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [on-line]. 2011. [Acesso em 2011 set. 12] Disponível em: www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302.
8. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):279-89.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1 supl.1):1-51.
10. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zilmer JG, Ludtke I. Perfil dos usuários do Hipertensão de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúch enferm.* 2011;32(2):323-9.
11. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc São Paulo.* 2010;19(3):614-26.
12. Romanelli RJ, Schiro TA, Jukes T, Wong KS, Ishisaka DY. Disparities in blood pressure control within a community-based provider network: an exploratory analysis. *Ann Pharmacother.* 2011;45(12):1473-82.
13. Thoenes M, Bramlage P, Zhong S, Shang S, Volpe M, Spirk D. Hypertension control and cardiometabolic risk: a regional perspective. *Cardiol Res Pract.* 2012;2012:925046.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE. Prevention of cardiovascular disease at population level [on-line]. 2010 [acesso em 2011 out. 20] Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/PH25>.
15. Nair KV, Belletti DA, Doyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. *Patient Prefer Adherence.* 2011;5:195-206.
16. Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada em Evidência;2004.p.9-16.

17. Souza LG, Menandro MC. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis*. 2011;21(2):517-39.
18. Pierin AM, Marroni SN, Taveira LA, Benseñor IJ. [Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil]. *Cien Saúde Colet*. 2011;16 Suppl 1:1389-400.
19. Rosário TM, Scala LC, França GV, Pereira MR, Jardim PC. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres — MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):672-8.
20. Duarte MT, Cyrino AP, Cerqueira AT, Nemes MI, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2603-10.
21. Cesarino CB, Cípullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(1):29-35.
22. Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo da prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em indivíduos hipertensos da cidade de Brusque, SC, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(3):219-22.
23. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 1994;63(6):473-9.
24. Muxfeldt ES, Nogueira Ada R, Salles GF, Bloch KV. Características clínicas e demográficas dos pacientes hipertensos acompanhados no ambulatório de clínica médica de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. *São Paulo Med J*. 2004;122(3):87-93.
25. Freitas JB, Tavares A, Kohlmann O Jr, Zanella MT, Ribeiro AB. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina — Unifesp. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(2):123-8.
26. Gus I, Harzhein E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul e fatores de risco associados. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):424-8.
27. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(4):261-7.
28. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):543-50.
29. Teixeira ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006;10(3):378-84.
30. Silva TR, Feldmam C, Lima MH, Nobre MC, Domingues RZ. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2006;15(3):180-9.
31. Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, Cutler JA, et al; ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010;362(17):1575-85.
32. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Petersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003;348(5):383-93.
33. Carvalho Filho FS, Nogueira LT, Viana LM, Costa AC, Silva AC. Programa Hipertdia: uma análise de aspectos de vulnerabilidade de usuários da atenção primária à saúde [on-line]. 2012 [Acesso em 2012 set.14]. Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcent/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I38083.E10.T7279.D6AP.pdf>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Consulta pública n.º 13 e 16, de 24 de setembro de 2012 [on-line]. [Acesso em 2012 nov.10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/25/cp16.pdf>.