

REFLEXÃO SOBRE SITUAÇÃO DA HIPERTENSÃO EM PORTUGAL COM BASE NA FERRAMENTA BI-CSP

COMMENTS ON HYPERTENSION STATUS IN PORTUGAL BASED ON BI-CSP TOOL

Nuno Capela # & Jorge Polonia*

Especialista de Medicina Geral e Familiar na USF Serpa Pinto, no Porto,

Prof Catedrático de Medicina Interna da Faculdade Medicina do Porto, Consultor Senior de Hipertensão da Unidade Local saúde Matosinhos

<https://doi.org/10.58043/rphrc.109>

A hipertensão arterial (HTA) é reconhecidamente o fator de risco modificável que mais contribui para a morbimortalidade cardiovascular em Portugal e no mundo e as projeções para o ano 2040 mantem esta posição¹. Múltiplos estudos de intervenção mostraram que o tratamento adequado da HTA e o seu controlo é eficaz na prevenção de eventos cardiovasculares². Acresce que o controlo da HTA em todo o mundo e em Portugal é modesto¹⁻⁴ (inferior a 40%) o que compromete os benefícios provados com o seu controlo adequado.

“As estatísticas internacionais dizem-nos que, a nível global, ainda temos uma grande população hipertensa não tratada (cerca de 30%) e outra fração tratada, mas não controlada (aproximadamente 35%)³. Recentemente foram propostos^{5,6} novos alvos terapêuticos mais exigentes face aos benefícios adicionais que são deste modo obtidos. Tal significa que será ainda menor a taxa de doentes com níveis desejáveis de controlo.

Há várias causas para o controlo insuficiente da PA: não adesão pelos doentes às terapêuticas prescritas, regimes terapêuticos não consonantes com as *guidelines*, inércia médica na prescrição de terapêuticas cuja eficácia está demonstrada, baixa literacia dos benefícios do controlo da pressão arterial, etc. Segundo as *guidelines*^{7,8} salvaguardando raras exceções (idosos frágeis e hipertensão estadio 1 abaixo de 150/95 mm Hg) a terapêutica deverá iniciar-se por associação em comprimido único de medicamentos de ação complementar (moduladores do sistema renina-angiotensina com ou antagonistas do cálcio dihidropiridínicos ou com diureticos tiazida like i.e. clorotalidona ou indapamida). Como se observa na Figura 1 entre 2021 e 2022 a maioria dos antihipertensores de primeira linha foi administrado em

monoterapia ou em associação livre e muito menos vezes cumprindo o recomendado nas *guidelines*. Inclusive, continua elevado o peso relativo da associação losartan + hidroclorotiazida i.e. de dois fármacos de curta duração de ação em detrimento de associações com fármacos de perfil mais conveniente.

Registos dos cuidados primários revelam que fatia significativa de hipertensos podia beneficiar de terapêuticas “assertivas”

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), os médicos de família acompanham mais de 80% dos doentes hipertensos.

Ao recorrer à plataforma digital BI-CSP – ferramenta que permite visualizar dados provenientes de registos feitos pelos profissionais dos CSP – é possível elaborar um retrato de como está a ser gerida a HTA nas unidades de saúde do país. De acordo com o BI-CSP, em final de 2022, estavam codificadas nas unidades funcionais dos CSP como hipertensas mais de dois milhões e trezentas mil pessoas, com mais de metade dos doentes abaixo do limiar dos 74 anos. Não raras vezes, afirmamos que a nossa população é muito idosa e que, desta forma, a assertividade da abordagem terapêutica pode ser condicionada pelas síndromes de fragilidade concomitantes. Porém, estes dados dão-nos uma noção mais concreta de que a maioria dos doentes será elegível para uma abordagem farmacológica assertiva. Em 2022, foram registados mais de 4,3 milhões de contactos a pessoas com hipertensão, dos quais 3,4 milhões corresponderam a consultas presenciais, englobando mais de 1,7 milhões de utentes. Da análise dos indicadores de desempenho existentes, foi



possível compreender que 52,3% (figura 2) das pessoas hipertensas com idade inferior a 65 anos que foram alvo de vigilância e que vieram a consultas, apresentavam valor de PA inferior a 150/90 mmHg.

No mesmo intervalo etário, ao aumentar a exigência em relação à meta terapêutica (PA < 140/90 mmHg), a percentagem de doentes controlados passa para 34,3% (figura 3). Deste modo, e por comparação entre indicadores, constata-se que 18% dos hipertensos que mediram a PA nos CSP possuem uma PA entre 140/90 mmHg e 150/90 mmHg.

Ainda com base na plataforma BI-CSP, é possível visualizar o perfil de prescrição dos especialistas de MGF relativamente à HTA. Um total de 61,2% das prescrições a pessoas com HTA e para controlar em específico esta doença são associações fixas embora como se mostra na figura 1 é possível que nem sempre sejam as mais convenientes.

Portanto, a inércia terapêutica é certamente um dos diversos aspetos que interferem num adequado controlo tensional. Desenvolver estratégias para a ultrapassar é parte da solução e uma oportunidade para os médicos de família aumentarem a sua efetividade na prestação de cuidados.

É nossa opinião que estes dados merecem reflexão. São importantes ao revelarem um lado da situação da abordagem da HTA onde ela é mais prevalente, i.e. ao nível dos CSP. Porém como é sabido, este tipo de registos clínicos, embora contemplem informação importante, têm reconhecidas limitações, p.ex. na representatividade da realidade nacional (nem todos os utentes têm médico de família), por não incluírem no cálculo da prevalência aquela percentagem de doentes que desconhecem ter HTA por ausência de diagnóstico e que em alguns estudos¹⁻⁴ atinge 23-32% e porque os registos tensionais, para serem comparáveis aos estudos que estimam a prevalência e o controlo tensional⁴, deverão ser auditados externamente i.e. confirmados por examinadores exteriores ao seguimento normal dos doentes. De qualquer forma, mesmo com alguma supra estimação dos níveis de controlo tensional a verdade é que ainda há muitos doentes por controlar, ainda há múltiplas terapêuticas (monoterapias, associações de medicamentos de curta duração de ação) em total desacordo com o estipulado nas *guidelines* e por isso sem

otimizar os benefícios atribuíveis ao controlo tensional adequado.

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018;392(10159):2052-2090. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5.
2. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists C. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet* 2021;397(10285):1625-1636. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00590-0.
3. Asher MI, Rutter CE, Bissell K, et al. Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study. *Lancet* 2021;398(10311):1569-1580. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01450-1.
4. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens* 2014;32(6):1211-21. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000162.
5. Group SR, Lewis CE, Fine LJ, et al. Final Report of a Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2021;384(20):1921-1930. DOI: 10.1056/NEJMoa1901281.
6. Zhang W, Zhang S, Deng Y, et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension. *N Engl J Med* 2021;385(14):1268-1279. DOI: 10.1056/NEJMoa2111437.
7. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension* 2020;75(6):1334-1357. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018;36(10):1953-2041. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001940