

Inércia Clínica

Therapeutic Inertia

Aloyzio Cechella Achutti

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS - Brasil

A hipertensão arterial é certamente um importante problema de saúde pública, facilmente detectável e suscetível de controle por múltiplos recursos disponíveis dentro de uma perspectiva de abordagem individual.

Na edição anterior dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, o artigo "Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção básica à saúde no município de Joinville"¹ estuda alguns serviços de cuidados primários e chama atenção para o prejuízo no controle adequado do problema.

Na análise dos prontuários, foram consideradas características demográficas e fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, história familiar, bem como comorbidades.

É válida a preocupação frente à inércia dos profissionais de saúde no controle da pressão arterial, motivo pelo qual foram sugeridos programas de educação continuada, ferramentas de ensino, treinamento e intervenção sobre estudantes, residentes e outros profissionais da saúde, seguindo exemplos bem sucedidos relatados na literatura médica.

Além das naturais limitações de um estudo retrospectivo baseado em análise de prontuários de uma clientela oriunda de demanda espontânea sem base populacional, é preciso considerar as características e as condições psicossociais das pessoas estudadas pela progressiva consciência de sua relevância como determinante de saúde e doença, inclusive na cardiologia.

Se a inércia clínica com relação a um fator de risco preocupa-nos, a inércia em considerar as condições responsáveis por maior prevalência de todos os demais fatores de risco não poderia passar despercebida, bem como o agravamento de qualquer doença associada ou não. A inexistência de registros sobre as características psicossociais e econômicas dos pacientes nos prontuários também deveria nos sensibilizar.

Houve época em que nem prontuários existiam nos ambulatórios, não se media ou não se registrava a medida da

pressão arterial. Quem sabe, um dia vamos também aprender a valorizar as condições básicas nas quais vivem as pessoas dentro da sociedade.

A simples observação de variáveis isoladas, de resultados de exames de laboratório ou de imagem, de pacientes atendidos em ambulatório ou hospitalizados, longe do ambiente onde vivem e trabalham, dá-nos a ilusão sobre os elementos essenciais para controlar seus problemas de saúde^{2,3}.

Para nos tirar da inércia, pode servir como exemplo a imagem a seguir, publicada em artigo desta mesma revista⁴, na qual estão representados os coeficientes de mortalidade e o risco de morrer precocemente (dos 45 aos 64 anos) por doenças cardiovasculares, no período de 2000-2004, conforme os bairros e sua categorização socioeconômica, na cidade de Porto Alegre. Quase a metade das mortes precoces poderia ser atribuída a tais fatores, mais de três vezes superiores quando comparados moradores de bairros de pior localização inferior e os de localização privilegiada ou satisfatória.

Já em 1978, em amostra representativa de toda a população adulta (20-74 anos) do Estado do Rio Grande do Sul, e, posteriormente em 1987, em amostra da população de mais de 18 anos da cidade de Porto Alegre, em artigo publicado nesta mesma revista⁵, demonstramos a importância da inserção dos indivíduos no contexto social e sistema de produção, sobre a prevalência de hipertensão arterial e de outros fatores de risco, conforme pode ser visto nas seguintes figuras, retiradas da publicação.

É importante salientar que não somente a prevalência de hipertensão arterial, mas também as médias de pressão arterial, sistólica e diastólica, padronizadas por sexo e idade, variaram significativamente na razão inversa do privilégio social.

Se considerarmos que a hipertensão arterial é meramente um problema fisiopatológico restrito, e suficiente sua abordagem farmacológica, nunca vamos conseguir controlá-la, e, mesmo que se consiga reduzir os níveis de pressão arterial, sem tocar no restante do complexo causal, os resultados serão muito pobres, parciais e não sustentáveis.

A inércia atual baseia-se na nossa satisfação com a posição social por nós alcançada, na pressão exercida pelos interesses econômicos da indústria farmacêutica e na inoperância política que tende a esconder as mazelas sociais e voltar atenção para as fontes de recursos que tendem a manter o *status quo*.

Três citações podem nos ajudar a vencer nossa inércia clínica, tanto com relação a fatores de risco isolados, quanto com relação a seus determinantes básicos:

1 - Sir Michael Marmot, em sua recente revisão do assunto,

Palavras-chave

Hipertensão, prevalência, inércia, registros médicos, atenção primária à saúde.

Correspondência: Aloyzio Cechella Achutti •

Av. Bastian, 212 - Menino Deus - 90130-020 - Porto Alegre, RS - Brasil

E-mail: achutti@cardiol.br, achutti@gmail.com

Artigo recebido em 26/04/10; revisado recebido em 26/04/10; aceito em 07/05/10.

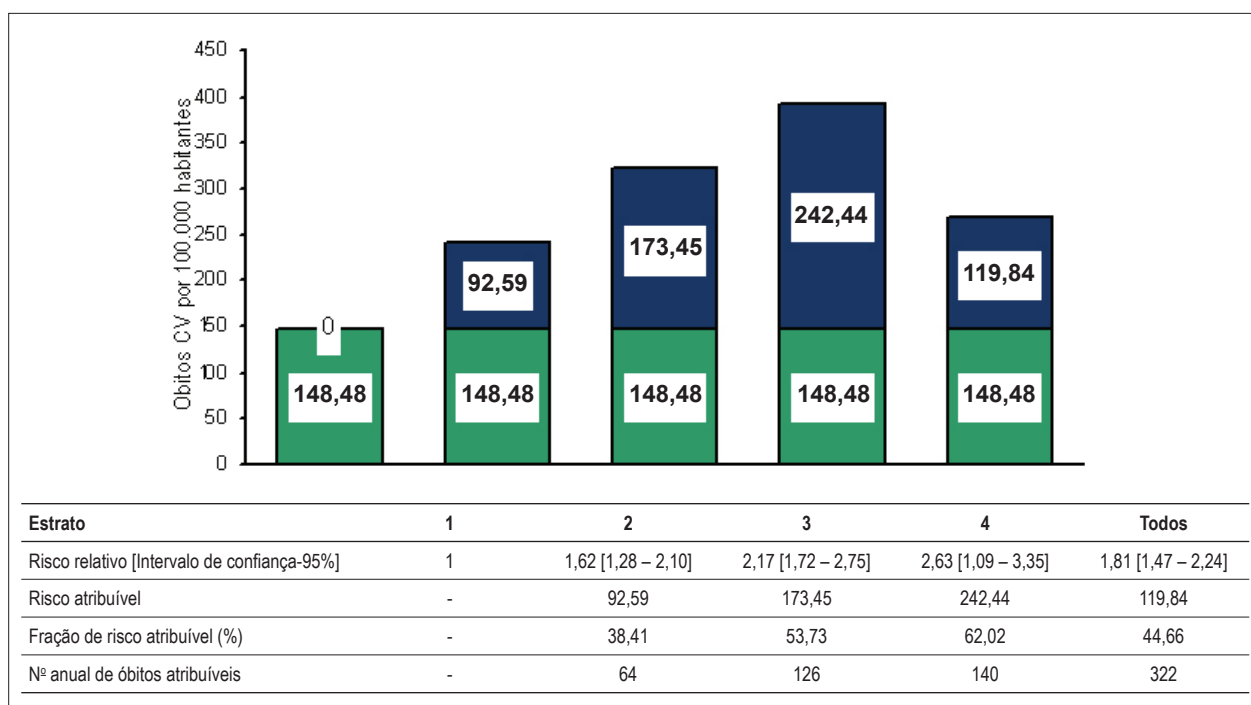


Fig. 5 - Coeficiente de mortalidade por doenças cardiovasculares na faixa dos 45 aos 64 anos de idade, risco relativo, risco atribuível, fração de risco atribuível e número anual de óbitos atribuíveis, segundo os estratos socioeconômicos; Porto Alegre, 2000-2004.

Tabela XI - Prevalência crescente de hipertensão proporcional à posição ocupada pelos indivíduos dentro do sistema de produto

Grupos de relação de trabalho padronizadas em %	Razões de prevalência
Proprietários rurais	76,50
Parceiros	81,17
Aluguéis e pensões	92,86
Funcionários públicos	94,34
Donos de empresas	95,29
Arrendatários	98,43
Assalariados rurais, comodatários e posseiros	101,44
Ajudantes e agregados rurais	103,27
Ajudantes e empregados de pessoas físicas	114,67
Autônomos e biscateiros	120,87
Assalariados do setor privado	121,11
Todos os rurais	85,10
Todos os não-rurais	113,79

Fonte: A. Achutti e cols.⁵

Tabela XII - Prevalência de fatores de risco conforme níveis educacionais em Porto Alegre, 1987

Educação	Hipertensão	Álcool	Obesidade	Fumo	Exercício
Universidade	6,6	9,8	10	46	74,7
Secundária	8,0	18,2	18	47	79,1
Primária	19,9	18,1	31	55	85,3
Illetrados	27,8	33,3	47	72	87,3

Fonte: World Bank A. Achutti⁵.

diz que “reduzir as desigualdades é matéria de bem-estar e justiça social, e que as desigualdades são assuntos de vida ou morte, de saúde e doença, de bem-estar e miséria”⁶.

2 - Ao definir metas para 2020, a Associação Americana de Cardiologia, através de seu comitê de planejamento estratégico e estatística, “estabelece que sejam monitorados pela primeira vez as condições de vida na ausência de doenças cardiovasculares como uma medida de saúde cardiovascular”.

“O comitê e a Associação reconhecem a importância de melhorar a qualidade de vida (não somente reduzindo doenças) como um importante componente de saúde cardiovascular no impacto global para 2020. O conceito de HRQOL (indicador de qualidade de vida) geralmente vai além das medidas tradicionais de mortalidade e morbidade,

e pode incluir funcionamento físico, mental e social, bem como bem-estar geral”⁷.

3 - Por fim, para minimizar a sensação de culpa, sem nos tirar a responsabilidade, vale lembrar uma das frases lapidares do saudoso professor Geoffrey Rose.

“Quem é responsável? É claro que os médicos têm somente uma responsabilidade limitada pela saúde da nação. Nosso papel, e o papel da educação para a saúde, é não manipular, mas informar, orientar, desafiar e dar apoio. Isto é certamente importante, seu impacto sobre o peso médio da população, estilo de vida e uso de bebidas alcoólicas estão condicionados por outras e mais importantes forças. Médicos são conselheiros especializados da sociedade, mas nós não somos responsáveis por suas escolhas”⁸.

Referências

1. Hoepfner C, Franco SC. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95 (2): 223-9.
2. Leka S. Impact of psychosocial hazards at work: an overview. *WHO Bulletin.* 2010; (in print).
3. Chow CK, Lock K, Teo K, Subramanian SV, McKee M, Yusuf S. Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: a review. *Int J Epidemiol.* 2009; 38 (6): 1580-94.
4. Bassanesi SL, Azambuja MIR, Achutti A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90 (6): 403-12.
5. Achutti A, Achutti VR. Fatores de risco para aterosclerose: elementos para descrição da situação no Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63 (5): 427-31.
6. Michael Marmot Reviews: Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. [Acesso em 2010 fev 10]. Disponível em <http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>.
7. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation.* 2010; 121 (4): 586-613.
8. Rose G. Population distribution on risk and disease. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 1991; 1: 37-40.