

Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão

Strategies to implement measures for primary prevention of hypertension

Carlos Alberto Machado¹, Edson Kayanuma²

RESUMO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença altamente prevalente, com custo social elevado, e que, apesar dos avanços no conhecimento da sua fisiopatogenia e tratamento, continua a manter baixas taxas de adesão e controle, com consequentes repercussões nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular relacionadas a ela. Traçar estratégias visando melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HA deve ser objetivo de todos os profissionais de saúde que atuam na rede pública, privada e de seus gestores. No Brasil, a única forma de organização dos serviços na rede básica ou atenção primária, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é o Programa de Saúde da Família. As Ligas de Hipertensão Arterial e as Associações de Assistências às Pessoas com Hipertensão (APAHS) podem ser uma estratégia a ser usada de forma complementar na organização dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde onde o Programa de Saúde da Família (PSF) é a estratégia, ou como alternativa de organização de serviço na rede não PSF.

PALAVRAS-CHAVE

Prevenção primária em hipertensão, estratégias para implementação, ligas de hipertensão, associações de pessoas com hipertensão.

ABSTRACT

Hypertension is a highly prevalent disease with a high social cost that despite advances in knowledge, its pathogenesis and treatment continue to maintain low rates of compliance and control with consequent implications for high rates of cardiovascular morbidity- and mortality-related hypertension. Devising strategies to improve prevention, diagnosis, treatment and control of hypertension should be aimed at by all health professionals who work at public and private services including management. In Brazil, the only form of organization of services in basic or primary care, gateway to the Health System – SUS, is the Family Health Program (FHP). The League of Hypertension and the Associations for assistance to people with hypertension – APAHS may be a strategy to be used in a complementary way in the organization of health services in health units where the FHP is the strategy, or as an alternative service organization in the network outside the FHP.

KEYWORDS

Hypertension primary prevention, implementation strategies, hypertension leagues, associations of people with hypertension.

INTRODUÇÃO

O tratamento da hipertensão foi um dos maiores sucessos da medicina na segunda metade do século passado, entretanto a hipertensão continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública, sua prevalência vem aumentando e o número

de pessoas com pressão arterial não controlada também está aumentando, apesar dos avanços terapêuticos¹.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) (Figura 1).

Recebido: 16/4/2010 Aceito: 3/6/2010

1 Cardiologista, coordenador da Liga de Hipertensão Arterial do Belém – SP do Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia, disciplina de Cardiologia, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM).

2 Cardiologista da Liga de Hipertensão Arterial do Belém – SP do Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia, Unifesp/EPM.

Correspondência para: Carlos Alberto Machado. Rua Serra do Japi, 259, ap. 61, Tatuapé – 03309-000 – São Paulo, SP. E-mail: carlos.a.machado@uol.com.br

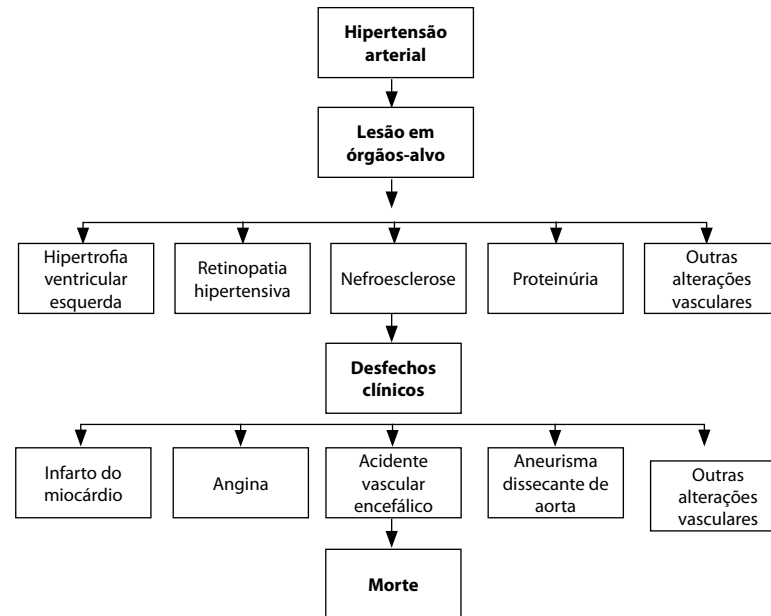


Figura 1. Hipertensão arterial, lesões em órgãos-alvo e desfechos clínicos.

A prevalência de hipertensão arterial é de 21,6% (21,3;22,0), maior entre as mulheres (24,4% vs. 18,4%), variando de 15,1% em Palmas a 24,9% em Recife (PE). As prevalências aumentaram com as categorias idade e nutrição. Estimou-se haver no Brasil um total de 25.690.145 adultos que referem ter hipertensão²; como é morbidade autorreferida, a prevalência real deve ser um pouco maior que o mostrado pelo Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença^{3,4}. No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por doenças crônicas, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas^{4,5}.

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortalidade por DCNT.

Em 2007, entre todas as causas específicas de óbito por doenças do aparelho circulatório, os óbitos por doenças cerebrovasculares foram a primeira causa (30,0%), seguidos pelas doenças isquêmicas do coração (31,4%). A doença hipertensiva foi uma causa importante de óbito e correspondeu a 12,8% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório.

Existe uma forte e linear associação entre os aumentos da pressão arterial sistólica e diastólica e as doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares⁶⁻⁸ (Figuras 2 e 3).

A doença isquêmica do coração, a cerebrovascular e a hipertensiva respondem por 74,2% dos óbitos por DCV (Figura 4); considerando-se que a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% daquelas por doença coronariana^{9,10} (DAC), percebe-se que se trata de uma doença altamente prevalente e com alto custo social (Figura 5).

Os custos anuais totais para cada caso de DCV grave são significativos. Estima-se que tanto os custos *per capita* como aqueles correspondentes ao subgrupo de pacientes com DCV grave aumentem significativamente à medida que a população envelhece e a prevalência de casos graves aumente¹¹.

Estudo recente foi publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, estado que tem 4.425 Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que corresponde a uma proporção de 3,19 UBS por 30.000 habitantes, local mais adequado para o tratamento de 80% dos hipertensos, pois se trata da porta de entrada do Sistema Público de Saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) do nosso país e responsável por aproximadamente 75% dos atendimentos. Essa importante publicação mostrou as principais causas de internações sensíveis a ações da atenção básica (UBS).

As internações sensíveis à atenção básica são aquelas que deveriam ser evitadas se os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis, o que na prática não acontece, pois o acesso às UBS é difícil, os profissionais que nelas atuam são mal remunerados, desmotivados e algumas vezes não adequadamente atualizados, traduzindo essa realidade (Figura 6 e Tabela 1).

Observa-se que das 20 causas analisadas, a hipertensão e a angina pectoris mostraram aumento significativo e as doenças cerebrovasculares, aumento discreto¹².

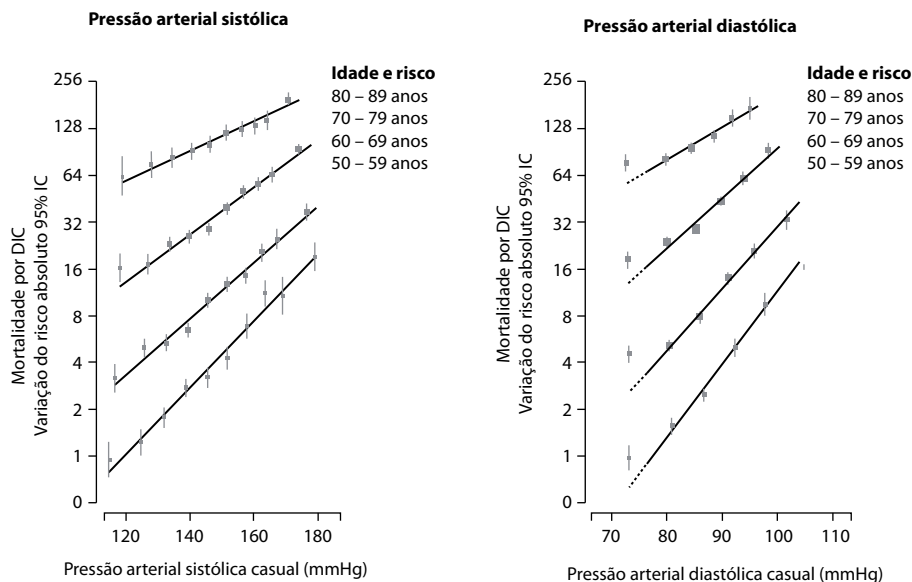


Figura 2. Relação entre hipertensão arterial sistólica e diastólica e DIC.

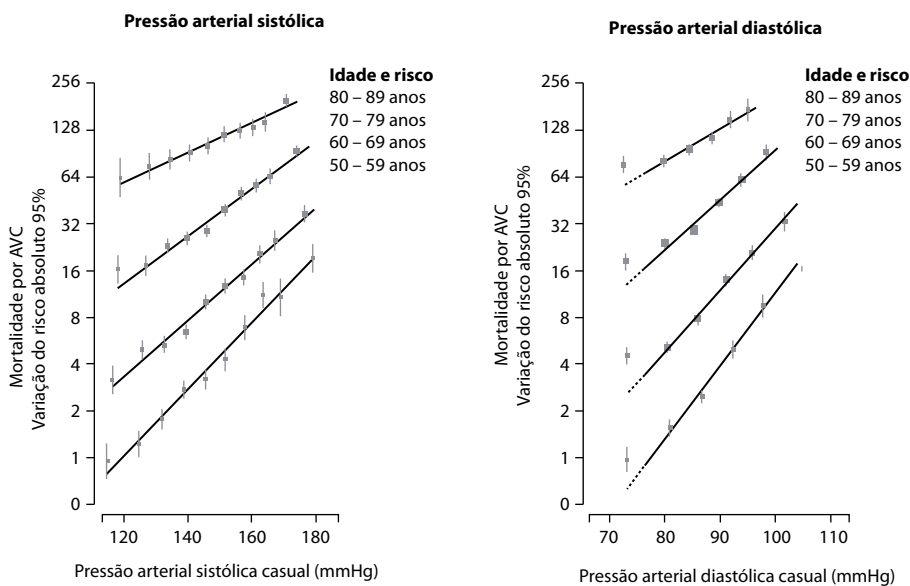


Figura 3. Relação entre hipertensão arterial sistólica e diastólica e AVC.

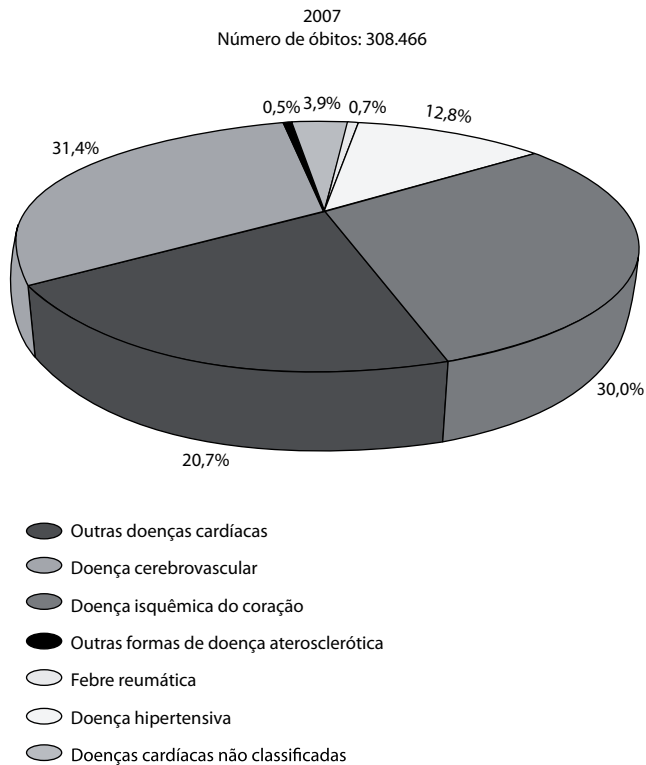
A realidade mostrada no estado de São Paulo pode ser igual ou talvez pior em outros estados.

ESTRATÉGIAS PARA ALTERAR A REALIDADE ACIMA DESCRITA

Apesar do diagnóstico e do tratamento da hipertensão arterial (HA) estarem bem estabelecidos, as suas taxas de conhecimento, diagnóstico e controle ainda se encontram muito aquém do desejado, visto que a HA é um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular.

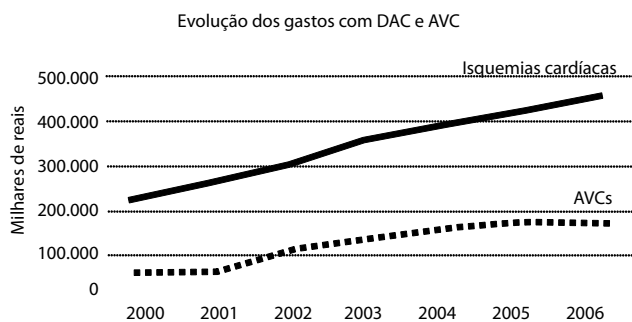
A implementação de estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial é o grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde.

As evidências mostram que as mudanças no estilo de vida reduzem de 2 a 20 mmHg na pressão arterial sistólica^{9,10} (PAS), que pequenas reduções tanto na PAS como na pressão arterial diastólica (PAD) têm grande impacto para a redução da mortalidade cardiovascular, tanto por doença cerebrovascular como por doença arterial coronariana¹³⁻¹⁶.



Fonte: SIM/DATASUS/MS – 2009.

Figura 4. Causas de óbito por doenças do aparelho circulatório no Brasil – 2007.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS: Ministério da Saúde, 2006.

Figura 5. Gastos com doença arterial coronariana e cerebrovascular no Brasil, 2000-2006.

No Brasil, a assistência à saúde é feita na maior parte, 75%, segundo o Ministério da Saúde, pela rede pública, ou seja, pelo Sistema Único de Saúde (SUS); o Sistema da Saúde Complementar (seguradoras, UNIMEDs, autogestão e medicinas de grupo) assiste cerca de 46,5 milhões¹⁶ e um menor número é assistido pelo serviços privados.

As estratégias que tenham como objetivos ações de prevenção primária da HA devem ser desenvolvidas sempre

que possível em parcerias entre as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e entidades de pessoas com HA, com todos os segmentos de atendimento à saúde da população acima elencados.

Considerando que a maioria da população é atendida pelo SUS, que possui umas das maiores redes de atendimento do mundo, acredita-se que esse sistema deva merecer atenção diferenciada.

A "Atenção Primária"¹⁷ ou rede básica de saúde (posto de saúde ou centro de saúde) é o local adequado para o desenvolvimento de todas as ações de diagnóstico precoce e tratamento dos hipertensos, bem como o desenvolvimento de ações de prevenção primária da doença e de promoção à saúde.

A estratégia principal de organização de serviço na atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF), que contava, em 2008, com 220.080 agentes comunitários de saúde, 27.764 médicos, 28.712 enfermeiros, 16.740 dentistas, 29.071 técnicos e auxiliares de enfermagem¹⁷, portanto um verdadeiro exército de profissionais de saúde, que devem ser capacitados para estarem aptos para o desenvolvimento de todas as estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial.

Passados 15 anos do início de implantação do PSF, foi alcançada uma cobertura expressiva, particularmente nos municípios de menor porte populacional¹⁸. Nos municípios de grande porte e nas regiões metropolitanas onde a implantação do PSF encontra maiores dificuldades, na maioria das situações existem as duas estratégias, PSF e a rede convencional.

O PSF com uma equipe multiprofissional, que é o ideal no enfrentamento das doenças crônicas, mostra ser a situação mais adequada para a abordagem da hipertensão arterial.

Na rede convencional e também no PSF, a formação de Ligas de Hipertensão Arterial e Associações de Assistência às Pessoas com Hipertensão Arterial pode ser uma alternativa a ser usada¹⁹⁻²¹.

Liga de Hipertensão Arterial é uma reunião de profissionais de saúde em torno de um desafio: aumentar a prevenção, a detecção, o tratamento e o controle da hipertensão arterial.

Associações de Assistência às Pessoas com Hipertensão (APAHS) são entidades sem fins lucrativos, dirigidas por pessoas hipertensas, e têm por objetivos:

- luta pela melhoria de acesso da população a serviços de saúde, resolutivos e de qualidade;
- garantia de acesso a medicamentos eficazes e seguros, conforme preconizado pelas várias diretrizes de tratamento publicadas por sociedades científicas nacionais e internacionais;
- educação da população sobre a prevenção, detecção, tratamento e controle da hipertensão arterial;
- diminuição da morbidade e mortalidade por DCV.

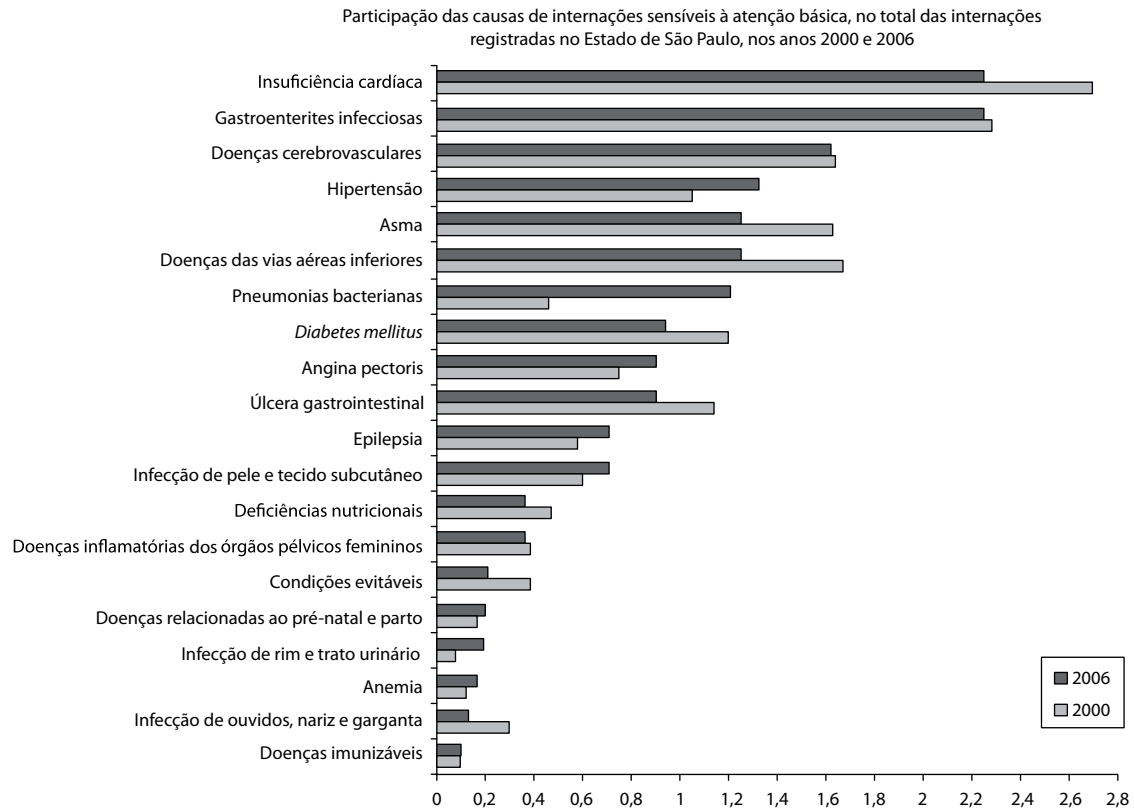


Figura 6. Causas de internações sensíveis à ação da atenção básica no estado de São Paulo.

Tabela 1. Número e percentual de internação por causas sensíveis à atenção básica selecionadas sobre o total de internações, segundo DRS – São Paulo, 2000-2006

DRS	Internação por hipertensão arterial			
	2000		2006	
	Nº	%	Nº	%
Araçatuba	605	1,30	573	1,07
Araraquara	882	1,44	621	1,18
Baixada Santista	794	0,88	984	1,16
Barretos	463	1,25	549	1,68
Bauru	1.501	1,11	1.537	1,21
Campinas	1.972	0,90	2.769	1,35
Franca	649	1,52	537	1,24
Grande São Paulo	7.175	0,82	12.664	1,28
Marília	1.495	1,28	1.637	1,65
Piracicaba	713	0,87	1.098	1,45
Presidente Prudente	466	0,80	1.129	1,88
Registro	180	1,08	105	0,69
Ribeirão Preto	1.275	1,50	1.770	2,07
São João da Boa Vista	947	1,10	988	1,30
São José do Rio Preto	1.473	1,13	1.523	1,23
Sorocaba	1.767	1,12	1.255	0,78
Taubaté	2.100	1,58	1.264	1,03
Total Estado	24.457	1,03	31.003	1,29

A implementação de ações educativas como dia nacional de prevenção e combate à hipertensão, ações nas indústrias, entidades religiosas e escolas (dirigidas às crianças e adolescentes) deve contar com redes de parcerias construídas entre as sociedades científicas, o governo e a sociedade civil organizada.

CONCLUSÃO

Como a tarefa a ser desenvolvida é grande e complexa, deve-se ter um envolvimento constante das sociedades científicas, universidades, sociedade civil organizada, entidades de pessoas hipertensas e os governos municipais, estaduais e federal, lembrando-se sempre de que a abordagem multiprofissional, desenvolvendo ações na comunidade e na família, é a chave do sucesso dessas iniciativas.

REFERÊNCIAS

1. Chobanian AV. The hypertension paradox – more uncontrolled disease despite improved therapy. *N Engl J Med*. 2009;361:878-87.
2. Schmidt MI, Duncan BD, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43(Supl 2):74-82.
3. World Health Organization. World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
4. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. World Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
6. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham study. *Am J Hypertens*. 1994;7:7S-12S.
7. Kannel WB. Framingham study insights into the hypertensive risk of cardiovascular disease. *Hypertens Res*. 1995;18:181-96.
8. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al.; for Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.
9. 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):2560-72.
10. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(4):256-312.
11. Azambuja MIR, Foppa M, Maranhão MFC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(3):163-71.
12. Souza RR, Costa VLC, et al. A atenção à Saúde no SUS São Paulo – uma perspectiva regional. Secretaria de Estado da Saúde/Fundap; 2008.
13. Eastern Stroke and Coronary Heart Disease Collaborative Research Group. Blood pressure, cholesterol, and stroke in eastern Asia. *Lancet*. 1998;352:1801-7.
14. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al.; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002;288(15):1882-8.
15. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart. *Lancet*. 1990;335:765-74.
16. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dez 2009.
17. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
18. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Machado CA. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*. 2008;15(4):220-1.
20. Mion Jr D, Machado CA. Associações de pacientes e ligas de hipertensão. In: Nobre F, Pierin A, Mion Jr D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001, p. 85.
21. Jardim PCBV. A contribuição das associações de pacientes hipertensos para o controle da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2002;9(2):201-2.