



Expectativas para a abordagem da hipertensão no Brasil, com a mudança do século

7

ELY TOSCANO-BARBOSA
Ministério da Saúde
Brasília, DF

A importância da hipertensão arterial (HA) como doença humana deve-se a conhecimentos científicos solidamente estabelecidos. Entre eles, ressaltam as complicações clínicas, a morbidade e a mortalidade, e a incidência, bem como os pesados encargos impostos ao paciente, à família e aos cofres públicos. Já a solução do “problema HA”, especialmente enquanto “problema de Saúde Pública”, exige medidas específicas às circunstâncias brasileiras.

Realmente, poucas enfermidades são responsáveis de tão frequentes e tão graves complicações como as que resultam da HA: o acidente vascular cerebral e as insuficiências coronária, cardíaca, renal e vascular periférica. Não menos importante é a HA como “causa mortis”: estima-se que metade dos óbitos ocorridos em pacientes com idade superior a 50 anos seja devida a doenças cardiovasculares, sendo 80% delas HA⁽¹⁾. Na outra metade dos óbitos após os 50 anos, 30% ocorrem em portadores de HA, porcentagem que cresce significativamente com a idade, em especial acima dos 70 anos.

Em que pese o volume de trabalhos versando sobre o assunto em nosso meio⁽²⁻⁹⁾, a magnitude do “problema HA”, no Brasil, é estimada mediante taxas estabelecidas em trabalhos internacionais⁽⁶⁻¹⁰⁾. Com base em projeção do senso do IBGE de 1990, somos hoje 90 milhões de brasileiros com idade superior a 20 anos. Tomando-se como 20%* a prevalência da HA, conclui-se que, no mínimo, 18 milhões de brasileiros sejam hipertensos, dos quais 50% ignoram ser portadores da doença. Somente 2 milhões são tratados adequadamente e outros 2 milhões são portadores de HA secundária, tratados com fármacos e desnecessariamente (Tabela I).

A análise dessa tabela nos dá a certeza decepcionante, frustrante e alarmante de que 16

Tabela I. Assistência médica aos hipertensos, no Brasil.

Ignoram sua doença	9.000.000 (50,0%)
Não recebem qualquer tratamento	5.000.000 (27,7%)
HA secundária, tratados inadequadamente	2.000.000 (11,1%)
Tratados corretamente	2.000.000 (11,1%)
Total de hipertensos	18.000.000

milhões (88,8%) dos nossos hipertensos estão à espera de assistência médica adequada.

O ambicioso objetivo de solução do “problema HA” tem, de um lado, a tarefa humanitária de salvar essa população brasileira exposta às graves complicações e, de outro, minimizar os pesados encargos socioeconômicos decorrentes de uma das mais onerosas doenças que a história da humanidade já conheceu.

Mais da metade da vida perdida pela morte prematura e 80% dos anos perdidos por incapacidade laborativa devem-se a enfermidades cardiovasculares, câncer e causas externas. Ora, dentre as primeiras, a HA é a mais freqüente⁽¹²⁾.

No Brasil, as tentativas de controle das graves conseqüências da HA não têm sido eficientes, apesar das constantes e maciças campanhas educativas, objetivando não somente a população em geral como também a classe médica em particular. O “problema HA”, além de medidas educativas, exige, no Brasil, procedimentos adicionais para sua plena solução: 1) IDENTIFICAR (prevalência), CICLICAMENTE (incidência), em busca ativa, os milhões de pacientes que ignoram portar ou tratar a doença; e 2) TRATAR, SOB CONTROLE CONTINUADO, esse contingente da população brasileira.

As Ligas de Hipertensão, agora organizadas em Departamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), têm se constituído em instrumento de suma importância no tratamento, satisfazendo, inclusive, a continuidade, condição indispensável à solução do “problema HA”. São, entretanto, movimentos pontuais, tanto no que

* Valor subestimado considerando-se as sugestões do VI JNC⁽¹¹⁾, que estabelece o limite inferior de idade do adulto aos 18 anos, e hipertensão arterial a partir de 140 mmHg e 90 mmHg para as tensões sistólica e diastólica, respectivamente.

diz respeito a seu objetivo (tratar a HA) como na sua distribuição geográfica.

Na atualidade, entretanto, O BRASIL DISPÕE DE UMA ESTRUTURA CAPAZ DE PROPORCIONAR SOLUÇÃO AMPLA AO “PROBLEMA HA”. **Trata-se do mais poderoso instrumento de educação, promoção à saúde e prevenção e tratamento de doenças** de que se tem notícia na área da saúde: o “PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA” (PSF), do Ministério da Saúde (MS). Consta o PSF, **na atualidade**, de uma organizada rede, com uma dezena de milhares de equipes de profissionais da saúde, constituídas de quatro a seis agentes comunitários, um corpo de enfermagem — uma enfermeira e um ou mais auxiliares de enfermagem — e um médico. **Até o ano 2002 são previstas 20 mil equipes**, disseminadas por todo o território nacional, cobrindo uma população de 80 milhões de brasileiros, 55% dos quais adultos (mais de 18 anos). As inestimáveis **contribuições do PSF** na melhoria da **assistência básica à saúde** representam uma fração mínima do potencial desse programa. **O Prodatha (Programa de Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial)** foi elaborado em 1996, **utilizando o potencial residual do PSF**, propondo-se a **identificar e tratar, sob controle continuado**, o imenso contingente de hipertensos que vive à margem dos recursos médicos neste país.

A associação PSF/Prodatha fundamenta-se no treinamento em serviço específico, na área do conhecimento da HA, de cada membro da equipe do PSF, **em especial o agente comunitário, habilitando-o a medir a tensão arterial**. Poder-se-á, assim, até o ano 2002, **identificar a HA**, uma doença de simples e preciso diagnóstico, em 44 milhões de brasileiros, **em busca**: a) **ativa**; b) **sistemizada**; c) **continuada**; d) **em adulto** (acima de 18 anos); e e) **em população rural e urbana**. Trata-se da **primeira busca ativa, sistemizada e continuada** da HA, cobrindo todo o território nacional. A cobertura médico-assistencial do programa, ao fazer diagnóstico e propiciar tratamento à HA, ainda que sendo sua atividade fim, **não é exclusiva**.

O Prodatha, em sua implantação e operacionalização com a equipe 1, de Sobradinho II, Brasília, em 1998, **mostrou ser também um programa de pesquisa epidemiológica**, capaz de, mediante questionário simples e específico, determinar os fatores de risco, as principais complicações, bem como documentar a verdadeira magnitude da HA no Brasil, até hoje não conhecida. Não menos importante tem sido o Prodatha

na indispensável, urgente e necessária **capacitação das equipes do PSF**, além de servir de **modelo para implantação em outras doenças** (diabetes, neoplasia, etc.), bem como fornecer subsídios para campanhas educativas (fumo, estilo de vida, de trânsito, etc.).

O manual operacional do Prodatha (MARN — Manual de Rotinas e Normas), elaborado com a experiência adquirida com a equipe 1 de Sobradinho II, tem permitido **a rápida capacitação (dois dias) das equipes do PSF** segundo os objetivos do Prodatha, tornando-as, em **multiplicação geométrica**, a cada seis meses, agentes treinadoras do processo que possibilitará a **qualificação das 20 mil equipes do PSF até o ano 2002**.

Utilizando-se esse método, com o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Coordenação de Doenças Crônicas e Degenerativas do MS, a partir de julho de 1999 **foram treinadas equipes do PSF** em Campo Grande (MS), Cataguases (MG) e Leopoldina (MG), estando **já agendadas** implantações em São Bernardo (ABC Paulista), Caxias e Teresópolis (RJ), Porto Alegre (RS), Belém do Pará e a retomada das atividades em Brasília**.

Os **primeiros resultados** obtidos no município de Cataguases, com a equipe PSF 1 — áreas Cataguarino/Glória/Sereno — com cinco agentes comunitários, em zonas urbanas e rurais, são vistos na **Tabela II**.

Algumas conclusões imediatistas são permitidas. De uma população de 2.690 habitantes, **59% são adultos**, com idade superior a 18 anos, e 79% da população adulta tiveram sua **TA aferida**. Desses, **76,9% eram normotensos e 23,1% (19,2% ± 3,9%) eram hipertensos**, dos quais **17% ignoravam ter sua TA anormal**, ou seja, 3,9% do total da população aferida (1.254). Nessa área, um programa de tratamento (busca passiva) da HA está implantado há quatro anos. Saliente-se a importância e a qualidade desse programa de controle da hipertensão em Cataguases, já que a **adesão ao tratamento**, após a implantação do Prodatha, **foi de 73%**. Em Brasília, a espontânea manifestação da importância do programa de busca ativa, em domicílio, por parte da população, já fazia prever **a surpreendente adesão ao tratamento** — 73%, sem precedente na literatura médica — verificada nos resultados iniciais da associação PSF/Prodatha (tanto **em Brasília como em Cataguases**). O V

** O programa foi suspenso por motivos políticos em fevereiro de 1999.

Tabela II. Primeiros resultados obtidos no município de Cataguases, com a equipe PSF 1 — áreas Cataguarino/Glória/Sereno.

Cataguases — MG Programa de Saúde da Família — Equipe I Microáreas — Cataguarino, Sereno e Glória (5 agentes) Capacitada pelo Prodatha Julho — 1999			
População total	2.690 (100,0%)		
População > 18 anos	1.594 (59,0%)	1.594 (100,0%)	
População com TA não avaliada		340 (21,0%)	
População com TA avaliada		1.254 (79,0%)	1.254 (100,0%)
População com TA normal		964 (76,9%)	
População com HA já cadastrada		241 (19,2%)	241
População com HA constatada pela primeira vez		49 (3,9%)	49
Hipertensos em tratamento*			73,0%

TA = tensão arterial; HA = hipertensão arterial.

* Avaliação só dos agentes das microáreas **Cataguarino e Glória**.

JNC⁽¹³⁾ mostra que, em 15 anos (1976-80 — NHANES II a 1988-91 — NHANES III, fase I), a adesão ao tratamento aumentou de 31% para 55%, decrescendo para 53,6% na fase II do NHANES III (1991-94). **Esses resultados** permitem antecipar a acentuada **redução nas taxas de mortalidade** por acidente vascular cerebral e arterial coronariano⁽¹³⁾ **bem como o impacto socioeconômico** com o PSF/Prodatha, na primeira década a partir do ano 2000. **Em cinco meses de busca ativa**, em Brasília e em Cataguases, a porcentagem da **população que se negou a medir a TA, por motivos diversos** (uso de bebida alcoólica e medo de depressão sexual, por serem assintomáticos) **ou por desencontro do agente comunitário com o habitante de sua área, foi surpreendentemente alta: em Brasília, 30%; em Cataguases, 21%**. Esse percentual menor em Cataguases está pro-

vavelmente relacionado ao tempo do programa preexistente de controle da HA.

Um **completo levantamento epidemiológico**, que inclui fatores de risco, complicações da HA, idade, sexo, etc., um dos objetivos do Prodatha, servirá, ademais, de **base para os estudos comparativos subseqüentes**, em especial a análise dos resultados do programa.

O Prodatha foi oficialmente adotado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia desde 1998, pela Coordenação de Doenças Crônicas e Degenerativas do MS e pela Organização Pan-Americana de Saúde, incorporando-o ao projeto CARMEN. Diante dos resultados iniciais, sua factível programação de implantação em 20 mil equipes do PSF, até o ano 2002, **está na dependência, tão-somente, de futuras decisões políticas nas áreas municipal, estadual e federal**.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Fabíola de Aguiar Nunes, que, mediante sua competência e influência, possibilitou a transformação do Programa Prodatha em instrumento útil à saúde pública.

Ao Dr. J. Coêlho de Souza, pela revisão, sugestões e ensinamentos na arte de escrever.

N. do E.: Por sugestão do autor, as palavras-chave de seu artigo foram impressas em negrito, visando à leitura mais rápida, à fixação e à memorização mais prontas e duradouras, e à consulta mais acessível de minúcias. O autor solicita aos prezados leitores análises críticas e sugestões a respeito, que poderão redundar em vantagens para a nossa revista e para todos os que dela se utilizam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lessa I. Estudos Brasileiros sobre Epidemiologia da Hipertensão Arterial: Análise crítica dos estudos de prevalência. Informe Epidemiológico do SUS 1993;3:57-75.
2. Klein CH. Hipertensão arterial em estratos geoeconômicos do Rio Grande do Sul. (Tese de Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1981.
3. Costa EA. Hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. Ciência e Cultura 1983;35(11):1642-9.
4. Achutti A. Hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: tratamento. Ciência e Cultura 1983;35(11):1649-54.
5. Lotufo PA. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelos teóricos. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1996;6:541-7.
6. Santello JL, Krasilsic S, Mion Jr D. O papel da hipertensão arterial na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1996;6:575-9.
7. Lotufo PA. A mortalidade elevada associada à hipertensão no Brasil: um fator diastólico? J Bras Nefrol 1996;3:18.
8. Klein CH, et al. Relatório de pesquisa: Hipertensão Arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, MFRJ/ENSP/Fiocruz, 1992.
9. Brandão AP, Brandão AA, Araújo EMM, et al. Familial aggregation of arterial blood pressure and possible genetic influence. Hypertension 1992;19(supl II):214 -7.
10. Krakoff LR. Management of the Hypertensive Patient. USA: Churchill Livingstone; 1995. p.7-12.
11. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (JNC VI). Arch Intern Med 1997;157: 2413-46.
12. Protocolo y Directrices — Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles — Carmen — Cindi — Organización Panamericana de La Salud. Original inglês HCN/HCP/98.001, 1997.
13. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993;153: 154-83.