

Controle da hipertensão arterial: velho problema com novas soluções?

Carlos Alberto Machado

*Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial
e ao Diabetes Melito/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde
Comitê Estadual do Plano de Reorganização da Atenção à
Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melito/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Liga de Hipertensão Arterial do Belém-SP/Secretaria
de Estado da Saúde de São Paulo
Departamento de Hipertensão Arterial da
Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002-2003)*

As doenças cardiovasculares (DC) são as responsáveis pelo maior número de óbitos no Brasil. Em 2000, segundo dados do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram por DC. Essas doenças foram responsáveis também por 15,2% das internações realizadas no SUS, na faixa etária entre 30 e 69 anos, e, do total de casos, 17,7% foram relacionadas ao acidente vascular encefálico (AVE) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM). A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as DC.

O fato de o tratamento da HA reduzir a morbimortalidade cardiovascular começou a ser demonstrado com a publicação do clássico *Veterans Administration Cooperative Study* em 1967, mostrando que o tratamento com a combinação de diurético, vasodilatador e um simpatolítico reduzia dramaticamente a morbimortalidade hipertensão relacionada quando comparado com

placebo; seguiram-se as publicações do *United em States Public Health Services Study* em 1977, *Australian Therapeutic Trials in Mild Hypertension* em 1982, *Medical Reserch Council* em 1985, evidenciando que o tratamento da hipertensão diastólica em indivíduos de meia-idade, reduzia AVE em aproximadamente 40% sem redução significativa de IAM e doença arterial coronariana (DAC). Foi demonstrado posteriormente, através dos estudos *European Working Party in the Elderly (EWPHE)* de 1985, *Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)* de 1991, *Swedish Trial of Old Patients (STOP-Hypertension)* de

1991, *Medical Research Council Trial – Elderly (MRC-E)* de 1992 e *Systolic Hypertension in Europe (Syst-EUR)* de 1997, uma consistente redução em AVE, DAC, insuficiência cardíaca (IC) e todas as doenças cardiovasculares quando eram tratados indivíduos idosos (Tabela 1).

Os estudos *Hypertension Detection and Follow-up Program (HDFP)* de 1979, *Hypertension Optimal Treatment (HOT)* de 1998 e o *United Kingdom Prospective Diabetics Study (UKPDS)* de 1998 mostraram que uma abordagem mais agressiva da hipertensão arterial reduz a morbimortalidade cardiovascular.

**Tabela 1 – Efeitos da terapêutica em idosos com hipertensão arterial
(% redução do risco relativo)**

	<i>EWPHE</i>	<i>STOP-Hypertension</i>	<i>MRC</i>	<i>SHEP</i>	<i>Syst-EUR</i>
AVE	36	47	25	33	42
DAC	20	13	19	27	26
IC	22	51	ND	55	29
Todas CVD	29	40	17	32	31

ND: Não disponível

O Programa Nacional de Educação em Hipertensão Arterial (NHBPEP), coordenado pelo National Heart, Lung and Blood Institute dos National Institutes of Health dos EUA, implementado a partir de 1972, vem obtendo sucesso em seu objetivo de aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HA naquele país. Os dados do *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II 1976–1980)* ao *NHANES III (fase 2) 1991–1994* mostraram um aumento de 51% para 68,4% no diagnóstico, de 31% para 53,6% no tratamento e de 10% para 27,4% no controle da HA. Apesar de ser baixo o percentual dos diagnosticados e em tratamento que têm os níveis pressóricos controlados, o impacto epidemiológico foi importante, pois reduziu a taxa de óbito por acidente vascular cerebral em 60% e doença arterial coronariana em 53%.

Pelos dados acima demonstrados, fica evidente a necessidade de se desenvolver estratégias visando reduzir a morbimortalidade cardiovascular em nosso país. É isso o que está sendo feito no momento com a implantação do **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melito**, pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em parceria com os Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão, Diabetes e Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão e Diabetes.

O que é o plano de reorganização

O plano é uma estratégia que visa aumentar a prevenção, o diagnóstico,

o tratamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes melito através da reorganização da rede básica dos serviços de saúde/SUS (aproximadamente 40 mil unidades), dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento.

Objetivo

Reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular com a conseqüente melhoria da qualidade de vida da população.

Está sendo implantado através das seguintes ações

- Capacitação de multiplicadores para a atualização, em hipertensão arterial e diabetes melito, dos profissionais que atuam na rede básica do SUS.
- Campanhas de detecção de casos suspeitos de HA e DM, visando o diagnóstico precoce e o intenso incentivo à adoção de hábitos saudáveis de vida.
- Confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início da terapêutica.
- Cadastramento e vinculação às unidades básicas de saúde dos portadores de HA e DM para o tratamento e acompanhamento.

Situação da implantação do plano

- Foram capacitados inicialmente 13.859 profissionais de saúde como multiplicadores em hipertensão arterial e diabetes melito,

mas este processo continua em andamento. Em abril de 2002, após a assinatura de Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, terá início uma nova etapa de capacitação visando os municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes. A meta é capacitar aproximadamente 14.800 profissionais/multiplicadores (2 por unidade básica de saúde).

- **Campanhas** – A Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes que ocorreu nas unidades básicas de saúde (UBS) em todo o Brasil, no período de 6 de março a 7 de abril de 2001, realizou mais de 20 milhões de glicemias capilares, identificou quase 3 milhões de suspeitos, dos quais aproximadamente 1 milhão são portadores de diabetes e hipertensão, portanto, de grande risco. No período de 5 de novembro de 2001 a 31 de janeiro de 2002, aconteceu a etapa de Detecção de Casos Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida que teve como público-alvo a população com idade igual ou superior a 40 anos usuária do SUS. Os dados parciais até dia 26/3/2002 mostram que, dos 3.161 que informaram seus dados da campanha à Coordenação Nacional, foi verificada a pressão arterial de 9.431.516 indivíduos, dos quais 3.379.853 (36%) foram diagnosticados como suspeitos de hipertensão arterial e destes 1.429.435 são do sexo masculino (15%) e 1.950.418 (21%) do sexo femi-

nino, faltando ainda 2.400 municípios informarem seus números.

- **Promoção à saúde** – O sedentarismo está presente em mais de 70% da população brasileira e do mundo. Estudos apontam que o sedentarismo mata mais que a obesidade, a hipertensão, o tabagismo, a diabetes e o colesterol alto. A falta de atividade física e a alimentação não balanceada são responsáveis por 54% do risco de morte por infarto e 50% do risco de morte por derrame cerebral, sendo essas as principais causas de morte na população mundial. Além de levar à morte, o sedentarismo custa caro: sabe-se que não só nos países ricos, como nos países do terceiro mundo 70% dos gastos com saúde são para cobrir custos das doenças originadas pelo sedentarismo como diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, infarto, osteoporose e depressão, entre outras. O custo com o tratamento médico devido à inatividade física pode variar entre 2,4% e 9% do total dos custos médicos do setor de saúde.

Com esse preocupante panorama e considerando que a mudança para um estilo de vida ativo reduz em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares, foi lançado oficialmente, pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, o Programa Agita São Paulo, coordenado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre os benefícios da atividade física para a saúde, promovendo assim uma maior adesão à prática desta atividade na população.

Seguindo o modelo do Agita São Paulo, o Ministério da Saúde criou

uma estratégia nacional, o Programa Agita Brasil, que vem estimulando a criação de programas semelhantes em todos os Estados brasileiros.

Em função do sucesso do modelo do programa (reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como um modelo de promoção da saúde), foi decidido durante a 54ª Assembléia Mundial da Saúde que o tema do Dia Mundial da Saúde de 2002 seria a promoção da atividade física e a nutrição saudável, e para tanto o *slogan* da campanha deveria ser “Agita Mundo”, inspirado no Agita São Paulo e no Agita Brasil. No dia 7 de abril – Dia Mundial da Saúde – aconteceu uma grande mobilização mundial e a cidade de São Paulo foi o foco das ações desse evento, cujo objetivo foi mobilizar a população de forma global, em uma grande caminhada para sensibilizar e incentivar a adoção de um estilo de vida ativo e de hábitos nutricionais saudáveis como forma de manter a saúde.

- **Confirmação** – Neste momento está acontecendo a confirmação diagnóstica dos suspeitos de diabetes e hipertensão com a vinculação dos confirmados às UBS.
- **Assistência farmacêutica** – O Ministério da Saúde editou a portaria nº 371/GM, publicada no *Diário Oficial da União*, de 6/3/2002, página 88, criando o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Melito, em que são garantidos pelo Ministério da Saúde, após o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos pelos municípios, os seguintes medicamentos: glibenclamida 5 mg, metformina 850 mg, insulina para os diabéticos e hidroclortiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg para os hipertensos.

Cadastramento

Para a última etapa, que é o cadastramento e a vinculação dos portadores de HA e DM às UBS e a reorganização da rede de atendimento, foi editada pelo Ministério da Saúde a portaria conjunta da Secretaria Executiva e da Secretaria de Políticas nº 002, publicada no *Diário Oficial da União* de 6/3/2002, Seção 1, à página 91, criando o SISHIPERDIA, um cadastro nacional de diabéticos e/ou hipertensos (veja o *site*: www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd), o que possibilitará aos gestores federais, estaduais e municipais planejarem recursos necessários para o atendimento desta clientela, pois o banco de dados a partir deste cadastramento permitirá saber quantos são, como estão sendo acompanhados e tratados e estratificá-los de acordo com o risco individual.

Acompanhamento

Coordenação nacional do plano de reorganização

Criada em maio de 2001, pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS, tem como responsabilidade a gerência de todas as ações de implantação do plano de reorganização desenvolvidas em nível nacional, além da assessoria contínua aos Estados e municípios, desenvolvidas por um grupo de oito consultores, que visitam periodicamente os Estados.

Comitês

Com o objetivo de dar suporte técnico e acompanhar a implantação do plano, foi criado um comitê nacional com representação do Ministério da Saúde, Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão, Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão e Diabetes,

CONASS e CONASEMS e comitês estaduais com a mesma representatividade, conforme a realidade de cada Estado. Esses comitês têm como finalidade o assessoramento e o acompanhamento da implantação do plano de reorganização em nível nacional e nos seus respectivos Estados.

Avaliação de impacto

Pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia estão desenvolvendo estudos para avaliação do impacto das estratégias desenvolvidas pelo plano.

Conclusão

Acredita-se que o Brasil, neste momento, está dando um grande exem-

plo para os demais países do mundo de como resolver um velho problema com uma solução relativamente simples e com um custo não muito alto.

A reorganização da rede básica de saúde, porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), local que presta atendimento a 75% da população brasileira, dando-lhe resolutividade e qualidade, levará sem dúvida ao aumento na prevenção, no diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial no Brasil.