

Hipertensão Arterial - A Grande Oportunidade para Prevenção

Lucélia Magalhães

Centrocor; Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Bahia - Brasil

Introdução

Que as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em morbimortalidade, há mais de 5 décadas, no Brasil e no mundo, todos já sabemos. Elas são responsáveis por doenças como Infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVC), morte súbita (MS), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença arterial periférica (DAP) sendo estas as principais. Avaliação recente da mortalidade no Brasil e na Bahia, não tem mostrado redução esperada, ao contrário tem havido tendência de aumento desta referida mortalidade (Figura 1).

Desde a metade do século passado, a magnitude destas doenças cardiovasculares (DCV) tem sido relevante, envolvendo grandes contingentes populacionais e implicando elevado custo social e econômico, o que lhes confere interesse prioritário como objeto de políticas de saúde, especialmente nos países centrais. Desde a década de 40, investigações que buscam entender sua etiologia, seus determinantes, seus padrões de ocorrência e suas formas de prevenção passaram a ser prioridade de algumas importantes comunidades científicas ¹

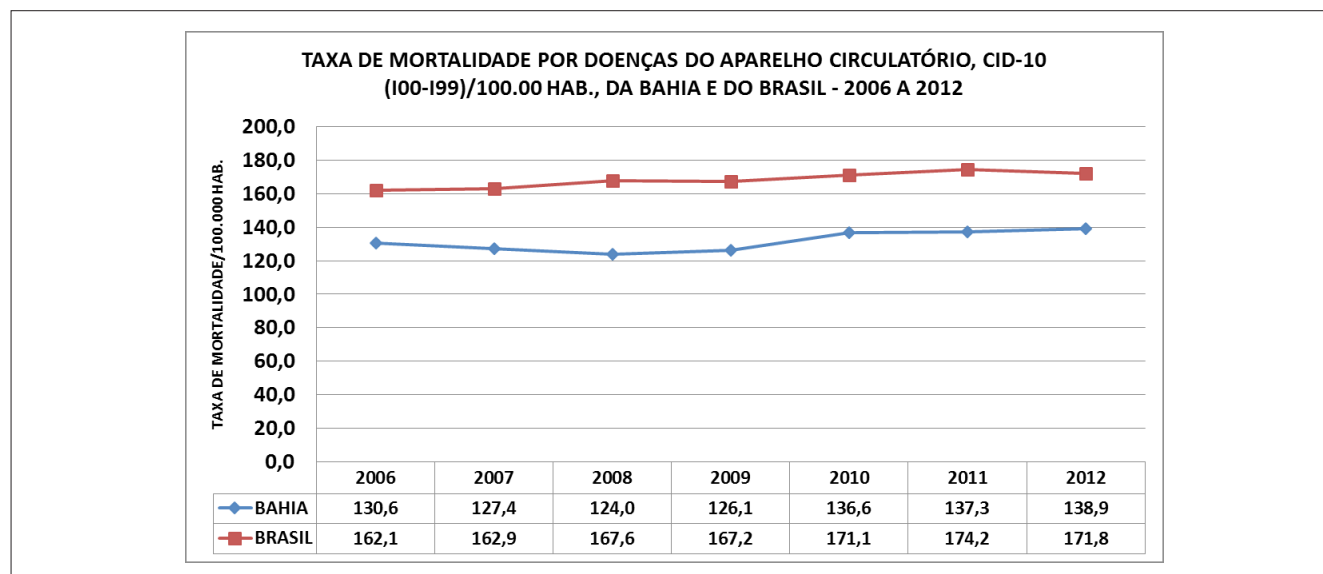


Figura 1

Estudos clínicos e populacionais têm investigado um conjunto de fatores de risco associados à morbimortalidade cardiovascular. Os achados vêm apresentando consistência, plausibilidade biológica e relação temporal esperada, desde os estudos iniciais de Framingham na década de 50², até a investigação mais recente, como o estudo INTERHEART, em 2004³. A maioria dos fatores de risco identificada tem como características principais estarem presentes em grupos de indivíduos aparentemente saudáveis e serem passíveis de prevenção, o que generalizou a difusão do termo fatores de risco⁴. Que etimologicamente é a chance de ocorrer o que não se quer.

O conhecimento acumulado confirma a determinação multifatorial das doenças cardiovasculares, resultantes não só

da predisposição genética mas da presença e da combinação de fatores ambientais ligados aos hábitos de vida como sedentarismo e ingestão de gorduras saturadas/colesterol, ausência da ingestão diária de frutas/verduras ou excesso de calorias e o tabagismo^{5,6}.

Na literatura, dois conjuntos de fatores de risco associados às doenças cardiovasculares podem ser identificados: um primeiro ligado a alterações metabólicas, antropométricas e hemodinâmicas que constituem marcadores biológicos e um segundo referentes a hábitos ligados ao estilo de vida.

Em um clássico estudo multicêntrico de morbidade cardiovascular, Yusuf e cols. ³ revelaram que em 85% dos indivíduos que tiveram o primeiro infarto agudo do miocárdio, pelo menos um fator de risco como hipertensão,

diabetes, tabagismo, estresse emocional ou dislipidemia esteve presente nesta ordem de importância. Para o autor, o estilo de vida parece ser preponderante para a ocorrência desta patologia. Estes fatores, como já referido, podem ser antecipadamente reconhecidos, prevenidos e tratados, antes das suas manifestações clínicas.

Na literatura, a hipertensão arterial foi o primeiro fator de risco identificado, sendo sua associação já bem estabelecida para a maioria das doenças cardiovasculares, principalmente para o desenvolvimento de AVC e ICC. É hoje considerado o mais importante pela última publicação da OMS. Sabe-se que processos aterotrombóticos e degenerativos raramente ocorrem em segmentos da circulação com pressões baixas, ou seja, para que estes ocorram é necessário o aumento da pressão arterial, seja em toda a circulação ou em trechos dela. A pressão arterial elevada está, portanto relacionada ao desenvolvimento da doença cardiovascular, observando-se um clássico gradiente, o que torna difícil o estabelecimento de um ponto de corte para caracterização da hipertensão⁷. A hipertensão é responsável por 70% dos AVC, 55% das Cardiopatias Isquêmicas e aproximadamente 60% das insuficiências cardíacas e 65% dos pacientes em programas de hemodiálise crônica no Brasil pelo SUS. Os pacientes com as respectivas morbidades absorveram 80% dos recursos do SUS⁸.

Estudos populacionais têm revelado prevalências de hipertensão que variam entre mais de 60% – em indivíduos acima de 60 anos, pobres e negros norte-americanos⁹ – a valores muito baixos ou praticamente inexistentes, em populações tais como índios Yanomamis ou tribos isoladas da ilha de Santa Lucia^{10,11}. Estes últimos embora com genes definidores e ou precipitadores de HAS. Seu modo de vida não permitir a expressão desses genes.

No Brasil, em investigações de base populacional sobre hipertensão em adultos, usando a classificação da Organização Mundial da Saúde - OMS (pressão arterial sistólica- PAS ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica- PAD ≥ 90 mmHg), as estimativas de prevalência variaram de 22% em Araraquara-SP a 44% em Catanduva - SP^{12,13}. Em Salvador-Bahia a prevalência foi intermediária de 32% da população adulta¹⁴.

Além da magnitude do problema, Pozzan e cols.¹⁵, em estudo realizado no Rio de Janeiro, mostraram uma precocidade do início do aparecimento deste agravado, ainda na infância e na adolescência. Além disso, Chor e cols.¹⁶, comparando dados de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) e DcV em capitais brasileiras (incluindo Salvador) com outros países, ajustados por idade, mostraram que, nestas capitais, 50% desses óbitos ocorreram em homens

com idade menor que 65 anos, enquanto nos países analisados como Inglaterra e Estados Unidos esta proporção foi de 25%. O risco de morrer por IAM foi três vezes maior em homens e 4 vezes maior em mulheres. Em relação ao AVC, esse risco foi 5 vezes mais elevado em homens e 6 vezes em mulheres. Uma das explicações levantadas pelos autores é de que a hipertensão não diagnosticada e não controlada tem tido grande contribuição para o quadro identificado, convergindo com dados já previamente documentados por Duncan¹⁷ e Lessa¹⁸, acerca da importância da hipertensão não prevenida, não tratada na mortalidade cardiovascular.

Apesar do diagnóstico e o tratamento da hipertensão arterial (HA), estarem bem estabelecidos, as suas taxas de conhecimento, diagnóstico e controle ainda encontram-se muito aquém do desejado no nosso meio¹⁹.

A implementação de estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e controle adequado da hipertensão arterial são os grandes desafios para os profissionais e gestores da área de saúde e a comunidade em geral.

As evidências mostram que as mudanças no estilo de vida reduzem de 2 a 20 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS), que pequenas reduções tanto na PAS como na pressão arterial diastólica (PAD), tem grande impacto da redução da mortalidade cardiovascular, tanto por doença cerebrovascular como por doença arterial coronariana²⁰.

Para o desenvolvimento da HAS, é indiscutível a evidência que aumento do peso, sedentarismo, abuso de álcool, alta ingestão de sal, baixa ingestão de potássio determina o aparecimento da hipertensão arterial. Outros determinantes possíveis podem ser também ligados a baixa ingestão de cálcio, magnésio, fibras e alta ingestão de gordura de origem animal²¹.

Assim, a prevenção primordial (evitar que os fatores de risco apareçam nas populações) ou mesmo a prevenção primária, tratar a hipertensão antes de lesões subclínicas e de órgãos alvo, seriam as melhores estratégias. Além de mais efetivas são mais baratas especialmente para países como o Brasil com sub-financiamento crônico para o setor saúde. Uma consulta médica pelo SUS por médico especialista a nível ambulatorial custa R\$10,00 com o aumento recente e para enfermeiros e nutricionista custa R\$ 6,30. Obviamente que com estes valores, a qualidade e resolutividade desta atividade não é prioridade nem pelo setor público e nem o privado. Recomenda-se 2 consultas para médicos e 3 para equipe multiprofissional por ano. Com um custo anual de em torno de R\$20,00. Vale ressaltar, apenas com exemplo, que uma sessão de hemodiálise pelo SUS custa R\$240,00 e são obrigatórias três por semana. Assim são 144 sessões por

ano ao custo de R\$12.720,00. Outros procedimentos como tratamento da insuficiência cardíaca congestiva, trombólise em acidente vascular isquêmico cerebral, angioplastia percutânea primária na síndrome coronariana aguda, são muito mais onerosos e com pouca acessibilidade pelo pacientes do SUS.

Assim, nos restaria a política pública com gestão eficiente a mais abrangente. Sem dúvida que:

- Focar em medidas para reduzir a quantidade de sal em alimentos industrializados, estimular a atividade física em serviços, fábrica e no comércio.

- Subsidiar alimentos ricos em fibras, potássio e sobretaxar os alimentos ricos em sódio, gordura saturada e o tabagismo seriam medidas bastante impactantes.

- Priorizar uma merenda escolar saudável e apetitosa desde a pré-escola até o fim do ensino de 1º grau, seria definidor de hábito saudável na fase adulta. Tendo como agenda federalizada.

Infelizmente a nível do Ministério da Saúde e da Educação, observamos alguns documentos produzidos porem nada ainda implementado. Obviamente todas estas políticas sustentadas com uma ampla base de conhecimento através de Informação, Educação e Comunicação (IEC).

Do contrário continuaremos a ver falta de leitos do SUS, sobretudo para os pacientes cardiovasculares, amontoando-os em corredores e quando atendidos já necessitando de cuidados de alta complexidade que o SUS não prioriza em disponibilizar.

Referências

1. Lopez AD. Assessing the burden of mortality from cardiovascular disease. *World Hlth. Statist. Quart.* 2003; 46:91-96.
2. Chockalingam A. Balaguer-Vinó I. Impending global pandemic of cardiovascular disease. Challenges and opportunities for a prevention and control of cardiovascular disease in developing countries and economies in transition World Heart Federation- Introduction-White Book.1999; 11-50.
3. Yusuf S. Hawken S. Ôunpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364:937-52.
4. Marmot Elliot P. Introduction in Coronary Heart Disease Epidemiology from aetiology to public health eds. Oxford University. Press University 1999
5. Marmot M .Elliot P. Introduction in Coronary Heart Disease Epidemiology from aetiology to public health eds. Oxford University. Press University 1999.
6. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005; 365: 217-23.
7. Luepker RV. Evans A. McKeigue P. Reddy KS. History of cardiovascular Epidemiology pages 3-7 in Cardiovascular Survey Methods. Third Edition. World Health Organization, Geneva 2012
8. Magalhães LBNC Coordenação do grupo de trabalho da hipertensão arterial: A importância do problema Capítulo IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Hipertensão* 2002; 6:1-2.
9. Stamler, J., Stamler, R., Neaton, J.D. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risk: US population data. *Arch Intern. Med* 1993; 153:598-615.
10. Epstein FH, Eckhoff RD. The epidemiology of high blood pressure-geographic distributions and etiologic factors. Em Stamler J. Stamler R, Pullman TN, eds. *The epidemiology of Hypertension*, New York : Grune and Stratton; 1967:155-166
11. Maddocks I. Possible absence of essential hypertension in two complete Pacific island population. *Lancet* 1961; 20:396-399.
12. Lólio CA. Prevalência de Hipertensão Arterial em Araraquara (SP). *Arq. Bras. Cardiol.* 1990; 55(3): 167 – 73.
13. Freitas OC, Resende de Carvalho F, Marques JN, Veludo PK, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of Sao Paulo, Brazil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2001; 77(1):9-21
14. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida-Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6):747-56.
15. Pozzan R Brandão AA Silva SLD et al. Hyperglycemia, Hyperinsulinemia, Overweight and high blood pressure in young adults- The Rio de Janeiro Study. *Hypertension* 1997;30:650-653;
16. Chor D. Fonseca MLM. Andrade CR. Mortalidade cardiovascular: Comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil *Arq Bras Cardiol.* 1995; 64:15-19.
17. Duncam BB. Schmidt MI Polanczyk CA et al. Alto coeficientes de mortalidade em populações adultas brasileiras-uma comparação internacional. *Rev.Ass Med Brasil.* 1992;38:138-144
18. Lessa I. Aspectos sociais da mortalidade precoce (15 a 59 anos) por doenças cerebrovasculares. *Revista. Panamericana de Saúde* 1990; 48:296-300.
19. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27 (5):963-75.
20. Page LB. Epidemiologic evidence on the etiology of human hypertension and its possible prevention. *Am Heart J* 1976; 91:527-534.
21. Messerli FH. Hypertension: uncontrolled and conquering the world [editorial]. *Lancet* 2007; 270: 359.