

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG(Md) SILVIO GIORDANO DE FREITAS

CENSO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: IMPORTANTE FERRAMENTA NO AUXÍLIO
DA MANUTENÇÃO DA HIGIEDEZ DO MILITAR DA MB

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2013





CMG(Md) SILVIO GIORDANO DE FREITAS

CENSO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: IMPORTANTE FERRAMENTA NO AUXÍLIO
DA MANUTENÇÃO DA HIGIEDEZ DO MILITAR DA MB

Monografia apresentada à Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (RM1-Md) Wilson Alves Pariz

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2013



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e à Marinha do Brasil. A primeira, por todo incentivo que sempre me deu para que pudesse alcançar meus objetivos. A segunda, pela oportunidade de atingir a plena realização profissional.



AGRADECIMENTOS

À minha esposa Sunny, aos meus filhos Gabi, Victor e Pietro, e também as pessoas mais próximas, pelo apoio e compreensão das longas horas de afastamento.

Aos amigos da Diretoria de Saúde da Marinha, do Centro Médico Assistencial da Marinha, do Hospital Naval Marcílio Dias e da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, pela amizade e apoio prestado à elaboração deste trabalho.

Aos colegas médicos que contribuíram com seus conhecimentos, colaborando para a realização deste estudo.

Ao meu orientador e amigo, Capitão-de-Mar-e-Guerra (RM1-Md) Wilson Alves Pariz, meu agradecimento especial, pela gentileza e atenção com que sempre me atendeu, pelo apoio incondicional e pela compreensão das dificuldades inerentes a todas as fases da elaboração desta monografia.



EPÍGRAFE

“A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e

tratamento é frequentemente negligenciado. Levando-se em conta todos os fatores intimamente relacionados ao surgimento e evolução da doença, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos” (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 15, 2006)



RESUMO

A prevalência mundial da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada a principal causa isolada evitável de morte prematura, surge como um alerta para que a política de saúde no Brasil se preocupe cada vez mais com a prevenção. Se no passado havia maior

preocupação em investir basicamente nos tratamentos das doenças estabelecidas, hoje o Ministério da Saúde, por meio de Cadernos de Atenção Básica, enfatiza a importância da prevenção de doenças e em especial da HAS. A Marinha do Brasil, segue a mesma linha do Ministério da Saúde e adota programas de prevenção que englobam várias áreas distintas como o de controle da hipertensão arterial, considerada importante fator de risco para doença coronária aterosclerótica, a doença cerebrovascular e renal crônica. A elevada incidência da HAS, bem como os custos envolvidos com tratamentos, internações e, o de indisponibilidade para o exercício de suas atividades, indicam a necessidade de se ampliar o escopo das ações preventivas, de forma a articular um programa de ataque precoce a fim de evitar o desenvolvimento de complicações.

Palavras chave: hipertensão; arterial; doença; prevenção, risco.



ABSTRACT

The worldwide prevalence of Systemic Arterial Hypertension (SAH), considered to be the main cause isolated preventable cause of premature death, emerges as an alert to health policy in Brazil worry increasingly with the prevention. If in the past there was greater concern in investing primarily in treatments of diseases established, nowadays the Health

Ministry, by means of Service Books Basic Attention, emphasizes the importance of prevention of diseases and in particular of SAH. Following the guidance of the Health Ministry, the Brazilian Navy, adopts prevention programs that encompass several distinct areas such as the control of arterial hypertension, considered an important risk factor for atherosclerotic coronary disease, cerebrovascular disease and chronic renal. The high hypertension incidence, as well as the costs involved with treatments, hospitalizations, and the costs of unavailability for the exercise of their activities, indicate the need to broaden the scope of preventive actions in order to articulate a program to attack early in order to prevent the development of complications.

Key words: hypertension; arterial; disease; prevention, risk.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 SAÚDE NO BRASIL	12
2.1 Breve histórico.....	12
2.2 Política de Atenção Básica	16
3 SISTEMA DE SAÚDE NA MARINHA	19
3.1 O Sistema de Saúde	19
3.2 Programas de Saúde da Marinha	21
3.3 Inspeções de Saúde	23

4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	25
4.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica	28
4.2 Diagnóstico, Classificação e Estratificação do Risco.....	30
5 CUSTOS ENVOLVIDOS NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	36
5.1 Hipertensão e a Incapacidade para Atividades Habituais.....	40
6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO NA MARINHA	44
6.1 Análise do Censo de Hipertensão.....	49
7 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil, após a Constituição de 1988, passou a dar ênfase à assistência integral, em especial, no que diz respeito à medicina preventiva. Com essa nova visão, em acordo com o preconizado no Sistema Único de Saúde(SUS), surgiram através do Ministério da Saúde (MS) diretrizes centrais e definitivas na orientação da política de saúde no país. Essas novas orientações, ressaltaram a importância da prevenção na redução do risco de doenças.

Dentre as medidas de prevenção adotadas, o Ministério da Saúde pôs em prática o Programa de Atenção Básica inserto no Caderno nº 15 da série Normas e Manuais Técnicos que destaca, dentre outros aspectos, a prevenção clínica da hipertensão arterial sistêmica.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma grande preocupação mundial de saúde pública. Em 2000, a prevalência mundial da hipertensão arterial foi estimada em cerca de 26%. Atualmente, dois terços dos 972 milhões de adultos com hipertensão residem em países em desenvolvimento, além disso, estima-se que até ao ano 2025, a prevalência de hipertensão terão aumentado 24% em países economicamente desenvolvidos, mas nos países em

desenvolvimento, um aumento de 80% é previsto. Isso irá, inevitavelmente, trazer tensão aos sistemas de saúde e provocar um aumento substancial dos custos de saúde. (HERNANDEZ, 2010)

A HAS é considerada a maior causa isolada evitável de morte prematura e, na América Latina, é fortemente ligada às graves complicações por acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração. Na verdade, a hipertensão é o fator de risco mais fortemente associado com primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM), em países da América Latina. Além disso, lesão do órgão alvo (por exemplo, rim, sistema vascular periférico) associados à hipertensão e a frequente evolução da doença sem que o paciente perceba seu agravamento, enfatiza a importância da prevenção e detecção precoce. Os achados epidemiológicos da doença, também atingem as Forças Armadas, pois os mesmos fatores de risco a que se submete a população, podem incidir sobre os militares.

A Marinha do Brasil, sempre demonstrou intensa preocupação com o bem estar de seus integrantes, sejam eles militares da ativa, inativos ou simplesmente dependentes com direito a assistência pelo Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Ao longo dos anos, o Sistema de Saúde da Marinha (SSM), responsável pela promoção e manutenção da saúde da população naval, vem demonstrando grande preocupação com os efeitos deletérios da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Por se tratar de doença que se manifesta sem que o paciente perceba claramente seu agravamento e reconhecida como importante fator de risco para desenvolvimento e agravamento de outras patologias, aliado ao fato de poder estar diretamente relacionado com alterações negativas na capacidade laborativa dos militares da ativa, incentivou modificações na política de saúde naval onde se passou a dar maior ênfase à prevenção e profilaxia.

Diante disso, para demonstrar a viabilidade de serem adotadas diretrizes semelhantes, o incremento de todos os meios no âmbito da Marinha do Brasil (MB), em conformidade com

a política adotada pelo MS para a prevenção de riscos da hipertensão arterial sistêmica devem ser incentivados para preservar a capacidade operativa do militar.

Os Programas de Saúde da Marinha já contemplam estratégias destinadas à prevenção de doenças, nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pode contribuir para que a MB amplie determinados programas de prevenção.

Dentro do programa de HAS, a realização sistemática de um censo de HAS, nos moldes das IS especiais com caráter anual, poderá determinar o diagnóstico precoce da doença em militares e, dessa forma, minimizar o surgimento de alterações clínicas que possam causar perda da eficácia e eficiência em atividades operativas e de rotina nas diversas Organizações Militares(OM).

A necessidade de detecção precoce da HAS nos militares da MB, fim instituir medidas preventivas e de promoção de saúde, visa evitar o surgimento de complicações inerentes a evolução insidiosa da doença que podem comprometer a higidez do militar e, conseqüentemente a realização plena das atividades operativas que lhe forem atribuídas.

O objetivo do presente trabalho visa demonstrar a importância da realização sistemática do Censo de HAS como ferramenta de auxílio na manutenção da higidez do militar da MB, pois a inclusão do censo no calendário anual dos programas de promoção de saúde é vital no aprimoramento da higidez física do militar, preservando sua capacidade laborativa para desempenho melhor de suas funções. Não serão analisados nesse estudo os Programas de Saúde da Marinha, nem os custos envolvidos nos tratamentos das doenças cardiovasculares dos usuários do Serviço de Saúde da Marinha (SSM).

2 SAÚDE NO BRASIL

A visão de paraíso descrita por Cabral quando o Brasil foi descoberto, durou apenas até o século XVII. Nessa época as dificuldades materiais encontradas e as frequentes enfermidades já haviam levado a colônia portuguesa a ser alcunhada de inferno. A partir da metade do século XVIII, depois da vinda da corte portuguesa para o Brasil, que teve início a organização do espaço social visando o combate às causas das doenças, mas somente no decorrer do século XIX se inicia uma transformação política e econômica preocupada com a medicina. A partir daí, começam a surgir os embriões das políticas de saúde. (BERTOLLI FILHO, 2008).

No Brasil, a política de saúde pública no que diz respeito as ações de prevenção, caminha no sentido de alcançar em breve a maturidade. A adoção de medidas voltadas quase que exclusivamente para o combate de endemias, no início da República, tem sido substituídas por Programas de Atenção Básica, o que evidencia mudanças nessa política.

2.1 Breve Histórico

Com a República dando seus primeiros passos, devido a predominância de doenças transmissíveis no país, eram organizadas campanhas sanitárias específicas a fim de combater

a insalubridade dos portos e controlar as endemias na tentativa de minimizar os prejuízos econômicos. Em virtude dos problemas de integração nacional e à consciência de interdependência gerada pelas doenças transmissíveis, surge a necessidade de mudança do perfil dos trabalhadores por se entender que as funções produtivas são as fontes geradoras de riqueza. (BERTOLLI FILHO, 2008).

No início da década de 20, um novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, separa a organização da saúde em saúde pública e previdência social. E, em 1923 a Lei Elói Chaves, regulamenta a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) um modelo restrito ao âmbito de grandes empresas e que possuíam administração próprias para seus fundos (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que sucederam a CAP, os trabalhadores foram organizados por ramos de atividades, cujo modelo não era universal, sendo baseado, nos vínculos trabalhistas (CORDONI, 2006).

Na chamada “Era Vargas” que se estendeu de 1930 a 1945, tem início o arcabouço do sistema de proteção social no Brasil. É quando ocorre a criação dos Ministérios da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho que cuidava da medicina previdenciária e saúde ocupacional (BRASIL, 2007).

Na década de 50 em um movimento de modernização no setor de saúde, o hospital assume a posição central na prestação dos serviços de saúde e o Ministério da Saúde incorpora os serviços de combate às endemias (BERTOLLI FILHO, 2008).

A evolução legislativa, permitiu em 1960 a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social. Com as mudanças na política de saúde, originou-se da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde (CORDONI, 2006).

Nessa época, a assistência médica individual, coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), passou a ser dominante em relação as ações de vigilância sanitária e epidemiológica a cargo do Ministério da Saúde.

Neste contexto ocorre uma mudança na organização do trabalho onde os custos da assistência à saúde elevam-se impossibilitando acesso a maioria das pessoas e o Governo passa a financiar a construção de hospitais para a iniciativa privada, o que fortalece a privatização do setor.

A aceleração do crescimento da atenção médica da previdência e o esvaziamento da saúde pública levam ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadas de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema, aparecendo então, experiências, principalmente em áreas que não interessavam à iniciativa privada. (BRAGA, 2006).

O surgimento do Plano de Pronta Ação (PPA) e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), foi uma tentativa de universalizar o atendimento a toda a população nos casos de urgência, porém nesse época já se notava certo declínio nas ações médicas em relação à prevenção (CORDONI, 2006).

Em 1975 cria-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento(PIASS), abrangendo a região nordeste do país. Alguns anos depois o PIASS é expandido para todo o país. É quando se começa a discutir uma proposta de reorientação do sistema de saúde voltada para a atenção primária de saúde (APS) (CORDONI, 2006).

Apesar do esforço em criar uma regulamentação para o Sistema Nacional de Saúde, vários órgãos governamentais eram incumbidos de ações distintas sem que houvesse uma política única que direcionasse todos na mesma direção. Neste contexto, o Estado era o financiador do sistema e, a prestação do serviço era executada pelo setor privado (CORDONI, 2006).

Na década de 80, com a intensificação da crise econômica, houve um esgotamento do modelo sanitário adotado. Ao mesmo tempo as discussões já indicavam a necessidade de ser

dada maior atenção à assistência básica. Buscava-se demonstrar que era melhor evitar o aparecimento de doenças com medidas preventivas geralmente com soluções mais fáceis e menos onerosas que a medicina curativa (CORDONI, 2006).

Ainda assim, com a continuidade da crise, o colapso da medicina curativa financiada pelo sistema previdenciário, foi determinante para que se repensasse o sistema de saúde. Nessa época, as críticas à política de saúde repercutem no governo e começa-se a discutir publicamente a reorientação do sistema de saúde. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é ator fundamental nesse processo (CORDONI, 2006).

Ao buscar uma solução viável, tem início a centralização das políticas de saúde e a descentralização das ações, que passam a ser pulverizadas para outros parceiros que não apenas o Governo Central. Este processo lançou as bases doutrinárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, foi criado pouco antes da constituição de 1988, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou incorporar a universalização, descentralização e democratização dos gestores do sistema (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com a promulgação da constituição em 1988, a saúde é consagrada como produto social. Os municípios passam a ser responsáveis pela política de saúde e é criado o SUS.

Nos anos 90, ocorre a normatização e implantação do SUS com as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS). Nesse cenário a NOB/SUS 96 consolida a municipalização, definindo responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de saúde. Assumia modelos de ação programáticas e vigilância à saúde, privilegiando o financiamento para municípios que desenvolvessem os programas prioritários definidos pelo governo central (ACIOLE, 2006).

A portaria nº 2203/1996, que aprovou a NOB/SUS 96 delinea os primeiros passos da Atenção Básica como observado no texto abaixo:

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais. Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à

saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral). A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993. Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais. As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema (BRASIL, 1996).

A portaria consolida a preocupação da nova política de saúde com o caráter preventivo nas ações de saúde.

2.2 Política de Atenção Básica

A partir da criação do SUS e normatização das políticas de saúde principalmente pelas NOB/SUS, embora vários governos tenham se sucedido, não houve desvios das diretrizes básicas nem alterações na política de atenção à saúde. A manutenção desta linha de condução, fortaleceu a abordagem preventiva nas ações do Ministério da Saúde e abriu caminho definitivamente para criação de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) bem estabelecida e normatizada.

Em 1998, foi aprovado o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS, que atualizou as normas contidas na NOB/SUS 01/96 e por meio da Portaria nº 648 de março de 2006 foi aprovada a PNAB revendo as diretrizes passadas e com foco nos Programas de Saúde da Família.

“A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores

das três esferas de governo. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012).

Pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012).

Passados 20 anos da criação do SUS, ainda são grandes os desafios em relação à Atenção Básica. O almejado acesso universal, a qualificação de suas principais funções e a conquista de legitimidade social ainda requerem, dos movimentos políticos comprometidos com SUS, um esforço concentrado. (BRASIL, 2010)

Na tentativa de estabelecer programas específicos de combate a patologias de elevada prevalência na população principalmente na prevenção, acompanhamento e identificação de fatores de risco, o Ministério da Saúde criou os Cadernos de Atenção Básica.

Os Cadernos de Atenção Básica contribuem no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país. São oferecidos gratuitamente como fonte de informação, com a possibilidade de auxiliar na correta implementação do modelo assistencial de atenção básica. É um importante instrumento de valorização das práticas de saúde (BRASIL, 1999).

Por fim, podemos concluir que a atual política de atenção básica dá grande ênfase a prevenção e, através da capilaridade do sistema, cada vez mais famílias entram em contato com os programas de atenção básica.

Uma vez que os militares da Marinha do Brasil não são assistidos pelo SUS, os programas de atenção básica não atingem a esse público alvo específico. Porém, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, a Marinha do Brasil vem desenvolvendo seus Programas de Saúde a fim de melhor atender os usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Coordenados pelo Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), o SSM desenvolve os seguintes programas de promoção e prevenção de saúde:

- Programa de Imunizações;
- Programa de Controle da Hipertensão Arterial;
- Programa de Controle do Diabetes Mellitus;
- Programa de DST/AIDS;
- Programa de Dermatologia Sanitária;
- Programa de Pneumologia Sanitária;
- Programa de Saúde do Idoso;
- Programa de Saúde Mental;
- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente;
- Programa de Saúde da Mulher;
- Programa de Saúde do Homem;
- Programa de Saúde Bucal;
- Programa de Atenção às Doenças Profissionais;
- Programa de Reabilitação; e
- Programa de Atenção Farmacêutica.

3 SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

A Marinha do Brasil sempre demonstrou preocupação com o estado de higiene de seu pessoal no serviço ativo, inativo e com aqueles que participavam de processos seletivos para ingresso nos seus quadros. Embora nem todos sejam alcançados e beneficiados por programas específicos de prevenção ou promoção de saúde, o controle médico periódico realizado por meio de inspeções de saúde, constituem um instrumento de prevenção para diversas patologias e auxiliam programas específicos de prevenção coordenados pelo Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

3.1 O Sistema de Saúde

Aprovada em Janeiro de 2012, a 3ª revisão da publicação Diretoria Geral de Pessoal da Marinha-401 (DGPM-401), apresenta como propósito “estabelecer procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da MB”.

Para atingir seus objetivos, incluído na DGPM-401, são apresentadas a organização e a estrutura do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Conforme conceituado no documento acima mencionado, “O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil”.

Para melhor atender e coordenar suas atividades, o SSM é composto pelos Subsistemas Assistencial, Médico-Pericial e de Medicina Operativa. O Subsistema Assistencial é o responsável pela prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) e segue os três eixos de ações de saúde: Prevenção e Promoção de Saúde, Atenção Básica e Atenção Especializada subdividida em média e alta complexidade.

As diretrizes que regem a AMH na DGPM-401, demonstram perfeita sintonia com as políticas do Ministério da Saúde conforme observamos no texto abaixo:

Descrição: é representado pelos Programas de Saúde e Campanhas Assistenciais. É de baixo custo para a Instituição e sem emprego de tecnologia, na maioria das vezes. Os Programas de Saúde são desenvolvidos a partir de Linhas de Cuidado, constituídas de modelos matriciais de organização da atenção à saúde, que visam integrar ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, em todos os níveis de atenção;

II) Características básicas: compreende as atividades voltadas à prevenção da doença, quer seja pela promoção de saúde, diagnóstico e tratamento precoce, quer seja pelas ações voltadas à limitação do dano e à reabilitação (BRASIL, 2012)

Respeitando a estrutura organizacional, os Órgãos Técnicos de Execução (OTE) se incumbem da execução das ações de saúde em todos os níveis de atendimento. Em relação aos recursos responsáveis pelo financiamento da prestação da assistência médica para seus usuários, o SSM é custeado da seguinte forma:

- Dotações orçamentárias da Marinha, consignadas no Orçamento da União;
- Receitas extra orçamentárias:
 - a) contribuições mensais para o Fundo de Saúde da Marinha(FUSMA);
 - b) indenizações de atos médicos, paramédico e serviços afins;
 - c) receitas provenientes da prestação de serviços médico hospitalares por meio de convênios e/ou contratos; e
 - d) receitas provenientes de outras fontes.

Tendo em vista a peculiaridade envolvida na arrecadação dos recursos, principalmente em relação ao FUSMA, que se trata de uma contribuição de seus usuários, o SSM é um regime privado e restrito aos seus contribuintes, militares ativos e inativos e seus dependentes, que não fazem parte do Sistema Único de Saúde.

3.2 Programas de Saúde da Marinha

Em consonância com a política nacional adotada pelo Ministério da Saúde, a Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha tem buscado alcançar o melhor nível de saúde de sua população e para isso, tenta garantir a proteção adequada contra os riscos em saúde, efetividade, eficiência e eficácia.

Para alcançar esta meta, na mesma linha dos diversos Cadernos de Atenção Básica elaborados pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o SSM vem criando vários Programas de Promoção de Saúde regulamentados pelo Manual para Aplicação dos Programas de Saúde da Marinha (DSM-1001) que não se distanciam dos enunciados teóricos da Política de Saúde Governamental.

A publicação DSM-1001, apresenta as diretrizes “para que as unidades da rede de assistência se tornem capacitadas a desenvolver, de maneira uniforme, as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos” e, conseqüentemente, para a implantação dos programas de saúde a nível do SSM, como se percebe em sua introdução:

Os avanços científicos e tecnológicos observados nas últimas décadas tornaram a medicina curativa muito dispendiosa, obrigando os gestores de saúde a desenvolverem políticas voltadas à atenção básica. O objetivo é a manutenção da saúde e da qualidade de vida, além de oferecer as condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar a serviço da saúde. Para enfrentar os desafios referentes ao gerenciamento cada vez mais complexo de um Sistema de Saúde que oferece cobertura total aos seus usuários, como é o Sistema de Saúde da Marinha (SSM), a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), órgão normatizador das ações em saúde, concebeu como estratégia assistencial a implantação dos Programas de Saúde da Marinha (PSM), a partir do ano de 2000. Os PSM foram criados com o propósito de desenvolver atividades voltadas à prevenção da doença, quer seja pela promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoces, quer seja pelas ações voltadas à limitação do dano e à reabilitação (BRASIL, 2009)

Dentre os vários programas de promoção de saúde adotados pelo SSM, em virtude da alta prevalência, baixa taxa de controle e ser considerada como um dos mais importantes fatores modificáveis da saúde pública, destaca-se o Programa de Controle da Hipertensão Arterial. Este programa tem como população alvo todos os usuários do SSM a partir de 18 anos e a “a atenção básica, a captação dos pacientes será realizada durante o acolhimento na consulta de enfermagem ou consulta médica ou, ainda, por ocasião das campanhas de promoção da saúde quando serão realizadas ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e distribuição de material educativo” (BRASIL, 2009).

Na conjuntura envolvendo a sistemática empregada no Programa de Hipertensão Arterial, segundo a DSM-1001, os procedimentos convencionam, uma avaliação inicial, aferição da pressão arterial, definição de critérios para diagnósticos, classificação do tipo de hipertensão, estratificação do risco cardiovascular, o tratamento não farmacológico, o tratamento farmacológico e a utilização do escore de Framingham para homens e mulheres.

“A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 44%, dependendo da cidade estudada.” (BRASIL, 2009). Essa

enorme variação, decorre do fato de que o indivíduo não tem conhecimento que é portador de HAS. Este fato, determina a importância de se incentivar a participação nos programas de saúde, principalmente, porque a alteração na pressão arterial pode estar presente sem que haja qualquer sintoma evidente.

De modo geral, essa evolução insidiosa e assintomática da HAS, pode ser percebida apenas quando a doença já se encontra avançada e com lesões em órgãos-alvo, causando tratamentos médicos dispendiosos e sofrimento aos pacientes.

No caso de militares da ativa, a evolução desfavorável da doença que não foi percebida precocemente, pode evoluir para uma situação de reforma do militar ainda na faixa etária em que poderia estar produzindo plenamente. De tal fato, há importante queda na qualidade de vida do militar e onera o sistema por ter de lidar com o tratamento de complicações potencialmente evitáveis com um programa de prevenção.

Como a adesão ao programa tem caráter espontâneo, é preciso criar meios de levar o programa até o indivíduo, e uma das ferramentas que demonstram ser eficientes na realização deste propósito é o Censo Periódico de Hipertensão Arterial. Tal providência, como será demonstrado mais adiante, poderá minimizar os eventos negativos relacionados com a evolução da doença sem controle.

3.3 Inspeções de Saúde

Conforme descrito na DGPM-406 – Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha, em sua 5ª revisão de 2012, no capítulo referente a sua estrutura; “O Subsistema Médico Pericial da Marinha (SMP), integrante do SSM, é o responsável pelo controle e verificação do estado de higiene do pessoal militar e civil em serviço ativo, inativo e a ser selecionado para ingresso na MB.

De fato, este documento é o instrumento que estipula as atribuições e impõe a adoção das ações decorrentes daquela norma, aos diversos organismos que compõem a estrutura organizacional do Subsistema Médico-Pericial da Marinha (SMP).

Constituído por Juntas de Saúde (JS) e Médicos Peritos Isolados (MPI), que funcionam como Agentes Médico-Periciais (AMP), distribuídos nas Organizações Militares de todo o país, e organizados seguindo uma hierarquia funcional, o SMP, sob a supervisão da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), através do Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM), verifica o estado de saúde dos indivíduos submetidos às inspeções de saúde de acordo com o preconizado para cada tipo de inspeção (DGPM-406).

Embora inúmeros tipos de inspeções de saúde para várias finalidades distintas sejam realizados pelo SMP, sem dúvida a mais comum dentre todas é a de controle periódico trienal que “visa verificar se o pessoal já pertencente aos Corpos e Quadros da MB preenche os requisitos de saúde necessários ao desempenho profissional e militar, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.” (DGPM-406).

Se atentarmos aos parâmetros que regem a inspeção de saúde de controle trienal, sem dúvida, esta seria uma excelente ferramenta de diagnóstico precoce e prevenção.

Os padrões de saúde para o controle periódico e permanência no SAM são, basicamente, os mesmos de ingresso, com o atenuante do desgaste fisiológico normal em decorrência da idade, bem como maior tolerância nos índices mencionados no Anexo P. A avaliação médica, diante de uma deficiência encontrada no militar, deve considerar o prognóstico, a possibilidade de recuperação, o tempo de serviço, a especialidade (ou a especialidade principal), o grau hierárquico, bem como a repercussão nas atribuições do militar. Quanto mais precocemente na carreira forem detectadas causas de incapacidade, melhores serão as chances do militar lograr readaptar-se funcionalmente, de acordo com regulamento dos órgãos de pessoal (BRASIL, 2012).

Ao analisarmos a citação acima, uma vez encontrada alguma discrepância, as normas regulamentares para a conduta a ser adotada, não levam em consideração os programas de promoção e prevenção a saúde, e sim, o prognóstico, possibilidade de recuperação chances de readaptação e repercussão na vida do inspecionado.

Na realidade apesar de ser um mecanismo de detecção precoce de alterações patológicas, não há incremento da prevenção, mas de se encontrar uma solução com base na medicina curativa.

Essa assertiva demonstra a necessidade de uma aproximação mais íntima do Subsistema Assistencial voltada para a prevenção e promoção de saúde e o Subsistema Pericial, principalmente se levarmos em conta o problema da hipertensão arterial.

4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

No decorrer do século XX, os estudos têm comprovado que se por um lado, a expectativa de vida do brasileiro cresceu, por outro, várias doenças tiveram aumentos significativos em seus índices, principalmente em relação as doenças cardiovasculares que demonstraram um incremento de situações graves, situação que com frequência afasta muitos pacientes do trabalho.

Esse aumento na prevalência das doenças cardiovasculares, se refletiu diretamente na mudança das causas de óbito não apenas no Brasil, mas em nível mundial e passou a ocupar o primeiro lugar como principal causa mortis no mundo.

Esta situação é evidenciada nesse trecho de um dos mais famosos tratados de cardiologia da literatura médica mundial:

Antes de 1900, as doenças infecciosas e a desnutrição eram as causas mais comuns de morte. Elas foram gradualmente suplantadas, em alguns países graças, em grande parte, ao avanço das medidas nutricionais e de saúde pública, resultando no aumento de expectativa de vida. A longevidade aumentada e o impacto do fumo, de dietas altamente gordurosas e outros fatores de risco para doenças crônicas têm se combinado para fazer do DCV e do câncer as causas principais de morte na maioria

dos países (BRAUNWALD, 2010).

A alta taxa de mortalidade já atribuída as doenças cardiovasculares, aumenta significativamente com a elevação da pressão arterial contínua e persistente e são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de dialise no SUS e 9.486 óbitos em 2007 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Frequentemente, o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos sofrem alterações funcionais e por vezes estruturais devido ao aumento da pressão arterial, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os eventos não fatais relacionados a HAS por deterioração dos órgãos alvo, pode provocar incapacidade temporária e por vezes definitiva em muitos indivíduos.

A HAS desempenha papel plenamente reconhecido na gênese de agravos à saúde, com grande impacto individual e coletivo. Sua potencial repercussão no cotidiano do portador, pode ocorrer através de mecanismos diferentes das lesões de órgãos-alvo. Em primeiro lugar, há a possibilidade da ocorrência de efeitos biológicos diretamente relacionados aos valores elevados da pressão arterial (PA). Em segundo lugar, o uso de terapia farmacológica anti-hipertensiva pode determinar pior qualidade de vida do usuário, decorrente de sintomas induzidos pelas drogas utilizadas. Por fim, um indivíduo hipertenso pode adotar atitudes específicas, como absenteísmo no trabalho e limitação de atividades sociais ou de lazer, simplesmente por reconhecer-se portador de uma doença, num processo conhecido como rotulação (GOFFREDO FILHO, 2010).

A incapacidade temporária para a realização de atividades habituais, definida como uma restrição temporária na capacidade funcional habitual do indivíduo, é um indicador do

estado de saúde recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos populacionais e pode ser útil para determinar o impacto de uma doença ou condição no cotidiano dos indivíduos. (GOFFREDO FILHO, 2010).

A incapacidade laborativa seja ela temporária ou definitiva, determinou o crescimento da medicina pericial que utiliza os conhecimentos médicos apenas para estabelecer o diagnóstico, o prognóstico clínico e mensurar a capacidade laborativa. É claro que as exigências da medicina clínica são diferentes da pericial que deve se adequar ao previsto na legislação para sustentar o parecer pericial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Todo este processo acaba por onerar ainda mais o sistema, e esse prejuízo se soma aos custos de internações prolongadas e tratamentos dispendiosos envolvidos na tratamento da HAS grave com complicações como observado no trecho abaixo:

A medicina pericial exercida atualmente em muito difere da praticada há 30 ou 40 anos. Mais do que nunca, passou-se a exigir a comprovação diagnóstica por meio de uma rigorosa avaliação clínica e comprovação laboratorial (métodos complementares não-invasivos e invasivos), evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo laboratorial, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Para a hipertensão arterial passar a ser considerada cardiopatia grave, não é levado em conta apenas os níveis tensionais, é necessário haver concomitância de lesões em órgãos alvo. Segundo as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia publicadas no documento, II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, “o comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isto ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos.”

Esse aumento da incidência das doenças cardiovasculares, tem como uma das causas já documentadas, seu progressivo aumento abaixo da faixa etária esperada em países desenvolvidos.

Tem se tornado um grande desafio para as autoridades de saúde pública mundiais, reduzir a mortalidade e morbidade das doenças cardiovasculares, principalmente, porque há peculiaridades regionais, comportamentais e metabólicas que influenciam os fatores de risco.

Para se modificar o quadro de maneira que ele se torne favorável a saúde pública, é fundamental a adoção de estratégias de detecção e de vigilância, campanhas de educação e medidas preventivas de baixo custo. Numa segunda etapa, é imperativo a “identificação e a focalização de subgrupos de maior risco da população que se beneficiarão mais das intervenções preventivas moderadas e de baixo custo”. (BRAUNWALD, 2010).

A adoção dessas medidas podem auxiliar o restabelecimento do equilíbrio entre a agitação da vida moderna e a necessidade de equilíbrio para o corpo humano.

4.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

Atualmente, o principal interesse na identificação e controle da HAS consiste na redução de suas complicações, nas quais merecem destaque:

- Doença cerebrovascular;
- Doença arterial coronariana;
- Insuficiência cardíaca;
- Doença renal crônica; e
- Doença arterial periférica.

É de extrema importância que os profissionais de saúde atuem com empenho na definição do diagnóstico, na conduta terapêutica e também se esforcem ao máximo para educar o paciente hipertenso motivando-o a não abandonar o tratamento e siga corretamente todas as orientações. Sem dúvida, esta talvez seja a maior dificuldade que o profissional de saúde enfrenta em relação aos pacientes hipertensos. Para complicar ainda mais a situação, não se pode esquecer que muitos dos portadores de hipertensão arterial também apresentam outras comorbidades, o que reforça o fato de que para se obter êxito o tratamento exige perseverança, motivação e, sem qualquer dúvida, educação continuada (BRASIL, 2006).

Dentre os fatores que mais influenciam no baixo controle da HAS aos níveis considerados normais, estão o grande número de portadores assintomáticos que negligenciam o diagnóstico e o tratamento.

Estudos clínicos demonstram que modificações de hábitos de vida são primordiais na terapêutica e na prevenção tanto da doença, quanto de suas indesejáveis complicações. “Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados,” pois caso o contrário, não se conseguirá alcançar os níveis recomendados de pressão arterial, mesmo doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2006).

Apesar de inegável, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida não demonstram qualquer indício de queda, ao contrário, continuam a crescer e carrear para cima a incidência e prevalência da HAS. “A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial” (BRASIL, 2006).

Dentre os fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica, a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão analisa de forma concisa, os mais consagrados relacionados a HAS conforme transcrito abaixo:

IDADE

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição.

GÊNERO E ETNIA

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação as brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

EXCESSO DE PESO E OBSIDADE

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens.

Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.

INGESTÃO DE SAL

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros ianomâmi, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.

INGESTÃO DE ÁLCOOL

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.

SEDENTARISMO

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.

FATORES SOCIOECONÔMICOS

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

GENÉTICA

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS.

OUTROS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde e gestores a implementação de medidas de prevenção contra HAS. Decididamente a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais eficazes de se evitar as doenças e devem ser a principal meta dos profissionais e programas de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

4.2 Diagnóstico, Classificação e Estratificação do Risco

A única forma de se diagnosticar um aumento da pressão arterial sustentado que caracterizaria a presença da HAS é a medida casual. Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização, porém nem sempre não são realizados adequadamente.

O Caderno de Atenção Básica nº 15, que trata da HAS, orienta que “para se ter valor diagnóstico, a pressão arterial (PA) deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados.” Os procedimentos que devem ser seguidos para a medida correta da PA estão na descritos respeitando-se as recomendações para este procedimento, conforme resumido no Quadro 1.

Quadro 1. Procedimento para a medida da pressão arterial

(continua)

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

Quadro 1. Procedimento para a medida da pressão arterial

(final)

10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do

paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 15

A fim de garantir a acurácia das medidas de pressão arterial, um dos aspectos mais importantes e as vezes negligenciado, é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias. As dimensões recomendadas para o manguito segundo recentes recomendações da AHA-American Heart Association, são:

Quadro 2. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos

Circunferência do braço	Tamanho do manguito	Tamanho
22 a 26 cm	12 a 22 cm	small adult
27 a 34 cm	16 a 30 cm	adult
35 a 44 cm	16 a 36 cm	large adult
45 a 52 cm	16 a 42 cm	adult thigh

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 15

Classicamente, hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. O diagnóstico da HAS não é definido apenas com os níveis tensionais, deve-se levar em conta além das morbidades associadas, o risco cardiovascular. Uma única aferição da PA não pode ser considerada definitiva para corroborar no diagnóstico, pois pode se tratar da conhecida “hipertensão do avental branco” (HVB) ou “síndrome do jaleco branco”, que consiste na elevação da pressão arterial apenas por estar na presença do profissional de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na busca de evitar essa situação, que chega a ser, por vezes, constrangedora para o paciente e motivo de brincadeiras, novas técnicas foram sendo introduzidas como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e a Monitorização Residencial da Pressão Arterial(MRPA). Concomitantemente, foi-se desenvolvendo fluxogramas a fim de dar maior precisão ao diagnóstico de HAS, classificar o comportamento da pressão arterial e definir o encaminhamento a ser dado em cada caso. Como exemplo, na Figura 1 temos uma sugestão

de fluxograma para diagnóstico da HAS proposto pela VI Diretrizes Brasileiras de

Hipertensão.

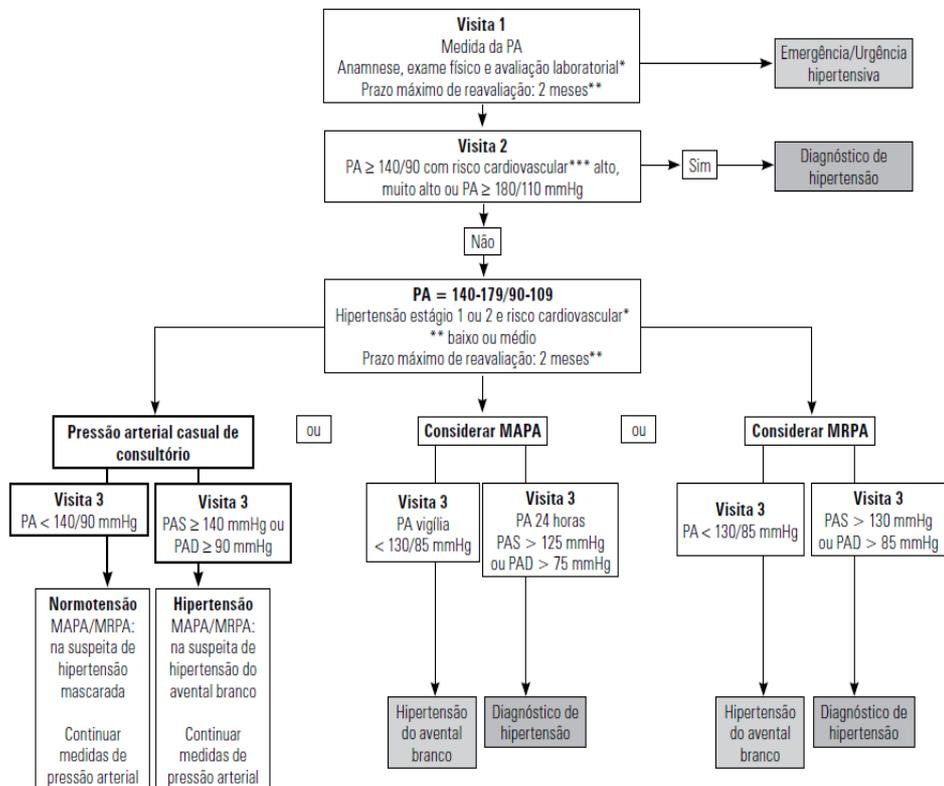


Figura 1. Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial (modificado de sugestão do Canadian Hypertension Education Program). * Avaliação laboratorial. *** Estratificação de risco cardiovascular. (PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; MAPA: monitorização

ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial). Fonte: VI Diretrizes Brasileiras para Hipertensão.

Uma vez detectado a alteração nos nível pressóricos, é mandatório que se classifique o portador de HAS e se estratifique o risco cardiológico.

Quadro 3. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>180	>110

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

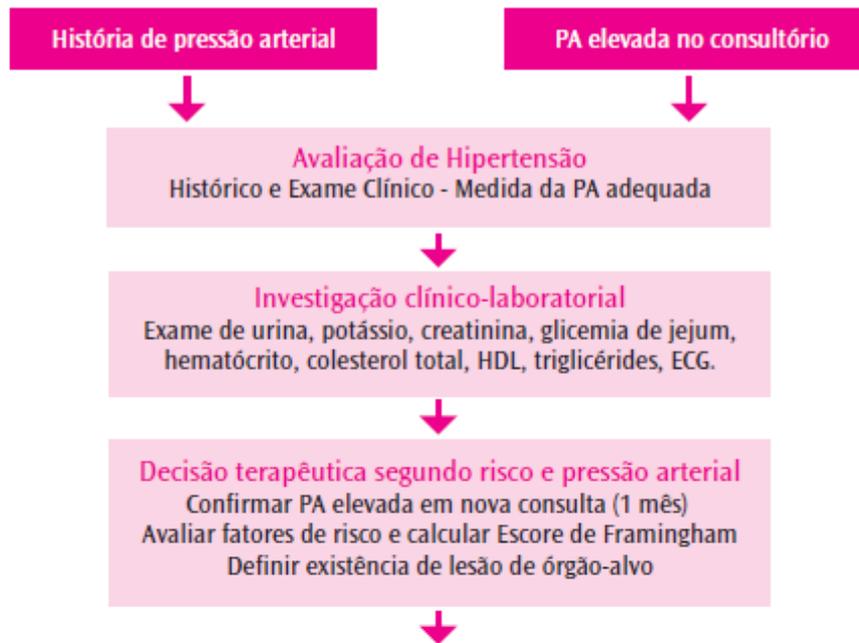
A classificação do tipo de HAS e a estratificação do risco feita a partir do momento que o indivíduo é classificado como portador de pressão arterial, parte de uma avaliação clínica e laboratorial onde os principais objetivos são confirmar o diagnóstico de HAS e estratificar o risco cardiológico global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A história clínica completa e um exame físico minuciosos são fundamentais para o processo. Qualquer indício de alteração em órgãos alvo deve ser considerada importante e alterações metabólicas também devem ser avaliadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Embora a maioria dos casos de hipertensão arterial não apresente uma causa aparente, uma pequena proporção é secundária a causas muito bem estabelecidas e o seu diagnóstico pode promover a remoção do agente etiológico e o controle da pressão arterial. Na suspeita de hipertensão secundária, levantada a hipótese diagnóstica, deve-se fazer o devido encaminhamento a especialistas. Desta forma, um programa de prevenção de HAS bem estruturado e aplicado, mostra-se extremamente útil como coadjuvante no diagnóstico precoce de outras patologias, as quais merecem destaque as doenças renais, endócrino metabólicas e vasculares (BRASIL, 2006).

A avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na hipertensão arterial deve seguir parâmetros já estabelecidos para que a máxima eficácia seja atingida. É muito importante e

desejável a presença de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários



	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (≥160 / ≥100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

HIPERTENSÃO, 2013).

Para este ano a American Heart Association (AHA) a estimativa de gastos com a hipertensão arterial deverá se aproximar de \$70 bilhões. Estes são sem dúvida, números alarmantes, principalmente se levarmos em consideração que consoante o DATASUS, a principal causa de internações em pacientes com mais de 65 anos são doenças

cardiovasculares, que na maioria das vezes se apresentam como complicações da hipertensão arterial mal controlada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

O objetivo deste capítulo, é tentar identificar e caracterizar os custos associados à HAS, que crescem gradativamente ao longo dos anos e assim, reforçar a importância de se dar mais ênfase à medicina preventiva em detrimento da medicina curativa.

Um dos grandes vilões na manutenção dos baixos níveis de controle da hipertensão arterial é a não adesão ao tratamento. Esse tema alcançou destaque e passou a ser discutido em todo o mundo com mais frequência nas últimas décadas do século passado. É preciso esclarecer que o conceito básico que envolve a não adesão ao tratamento, não se refere apenas ao tratamento farmacológico, mas também ao tratamento não farmacológico como as mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares ou práticas de exercícios (VENTURA, 2011)

Embora as causas de não adesão ao tratamento sejam variadas, precisamos identificá-las para desenvolver estratégias para as combater, pois é de conhecimento geral que as taxas de adesão ao tratamento ainda se encontram muito aquém do esperado. Na prática clínica as principais causas descritas são:

- Complexidade dos regimes terapêuticos, na medida que a maioria dos doentes toma mais de um medicamento diferente mais de uma vez ao dia e por vezes em horários diferentes;
- Surgimento de efeitos secundários associados aos medicamentos;
- Esquecimento de que deveria tomar um remédio;
- Se confundem e administram uma dose incorreta, o que pode precipitar efeitos secundários, ou efeito subterapêutico;
- Falta de comunicação entre o doente e o médico, dificultando o entendimento por parte do paciente de que o tratamento é para toda a vida;
- Recusa em aceitar que sofre de uma patologia crônica;
- “Drug Holidays”, quando o doente interrompe a terapêutica durante um período, retomando-a mais tarde;

- “White-Coat Compliance”, quando o doente só toma a sua medicação na proximidade das consultas médicas; (VENTURA, 2011)

Ao considerarmos a morbidade e mortalidade da HAS não controlada, verificamos que a patologia em questão é responsável pelo maior ônus social e econômico à população e ao setor de saúde, com importante repercussão na previdência social (LESSA, 2006).

Medir o impacto da hipertensão arterial não controlada envolve sérias dificuldades pois nos obriga a utilizar metodologias complexas para se levantar os custos das complicações com base em múltiplas fontes de informação como podemos verificar abaixo:

- 1) prevalências da HA, abrangendo: a desconhecida, a conhecida não-tratada, a subtratada (não-controlada), a controlada e a não-adesão ao tratamento;
- 2) incidência dos eventos agudos das complicações;
- 3) registro dos custos hospitalares dos eventos pela HA não-controlada;
- 4) dos custos para o tratamento dos casos graves após a alta hospitalar;
- 5) resultados dos desfechos dos grandes clinical trials, obtidos para hipertensos aderentes e não-aderentes aos tratamentos e para controlados e não-controlados (LESSA, 2006).

Independente dos cálculos necessários para se atingir os verdadeiros valores que são atrelados a HAS mal controlada, é inegável que “o efeito do controle da HA para a sociedade, obrigatoriamente depende da adesão ao tratamento”, e só começará a ser percebido ao longo dos anos com as mudanças nas taxas da morbidade e mortalidade cardiovascular pelas causas específicas (LESSA, 2006).

Se pretendemos identificar os custos envolvidos no controle da HAS, é preciso levantar os custos diretos e os indiretos para que possam ser medidos e assim, conseguirmos subsídios mais fiéis caso seja preciso uma análise com mais profundidade.

Os custos diretos são mais facilmente percebidos, pois estão diretamente relacionados com a doença. Podem ser separados em custos médicos como as despesas hospitalares, honorários médicos, deslocamento para consultas e exames e aquisição de medicamentos. Já os custos não médicos, recaem sobre os gestores do sistema pois são as despesas associadas aos programas de prevenção da doença e diminuição das complicações (VENTURA, 2011).

Os custos indiretos são mais subjetivos, já que resultam da perda de recursos e de oportunidades por parte dos portadores de HAS. Podemos dividi-los em duas categorias, os tangíveis que refletem a perda de produtividade do indivíduo para a sociedade e os intangíveis que se referem a perda de qualidade de vida (VENTURA, 2011).

Os problemas de altos custos com as doenças cardiovasculares, em especial a HAS, não é privilégio de países emergentes como o Brasil. Em estudos realizados analisando em conjunto cinco países da Europa, os custos com as doenças cardiovasculares foram contabilizados em 1,26 bilhões de euros por ano. Outros estudos semelhantes demonstraram gastos elevados em outros países europeus e nos Estados Unidos (LESSA, 2006).

Observando a Tabela 1, verificamos que as internações por causas cardiovasculares na faixa etária de 20 a 64 anos, onde em tese teremos indivíduos que comporiam a população economicamente ativa do país somam 415.018 que corresponde a 49% do total e os custos alcançaram R\$ 645.963.613,40 (33,5% do total).

Tabela 3. Internações e custo hospitalar para HA arterial e suas principais Complicações*, SUS, Brasil, janeiro a novembro de 2005.

Grupos etários	Nº de Internações	Custos (reais)
20 a 24 anos	8.179	10.956.673,7
25 a 29 anos	10.785	15.734.353,7
30 a 34 anos	14.879	25.680.539,1
35 a 39 anos	23.461	44.520.069,4
40 a 44 anos	38.162	72.757.423,6
45 a 49 anos	58.338	100.325.524,6
50 a 54 anos	76.843	117.045.035,4
55 a 59 anos	87.984	125.462.088,3
60 a 64 anos	96.387	133.481.905,6
65 a 69 anos	107.676	118.661.090,1
70 a 74 anos	105.232	97.089.557,7
75 a 79 anos	94.815	100.204.202,3
80 anos e mais	119.606	970.833.489,3
Total	842.347	1.932.751.952,7

Fonte: www.datasus.gov.br. Dados de morbidade

Tabela 2 fica claro que ainda muitas situações adversas precisam ser corrigidas para que os programas de saúde ganhem força e credibilidade com gestão consciente e eficaz. Vale mais uma vez lembrar que o diagnóstico da hipertensão arterial, com frequência só é feito com a doença já em estado avançado, onerando o sistema de saúde. É fundamental enfatizar que a maioria dos fatores de risco para a HAS são modificáveis com boa probabilidade de se atingir o controle.

TABELA 2 - - Comparação da quantidade e custo de anti-hipertensivos para a rede básica

Tabela 4. Comparação da quantidade e custo de anti-hipertensivos para a rede básica, 2004 e 2005*.

Medicamento	2004		2005	
	Nº comprimidos distribuídos	Custo R\$	Nº comprimidos programados	Custo R\$
ECA	1.121.842.135	30.850.658,71	2.243.684.500	61.701.323,75
hidroclorotiazida	1.402.302.669	13.882.796,42	2.804.605.500	31.972.502,70
Propranolol	280.460.534	3.645.986,94	560.921.500	7.684.624,55
Total	2.804.605.338	48.379.442,08	5.609.211.500	101.358.451,00

*Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – coordenação-geral de suporte às ações de assistência farmacêutica. *Tabela adaptada pela autora.*

A relação entre o aumento da pressão arterial e a incapacidade para atividades habituais, ainda não apresenta estudos em número suficiente para que possamos chegar a uma conclusão definitiva.

A maior parte das evidências atuais sugere que a HA, ao menos nas faixas leve a moderada, é assintomática, sendo ainda controversa a existência de relação, por exemplo, entre HA e cefaleia. Em segundo lugar, o uso de terapia farmacológica anti-hipertensiva pode determinar pior qualidade de vida do usuário, decorrente de sintomas induzidos pelas drogas utilizadas. Por fim, um indivíduo hipertenso pode adotar atitudes específicas, como absenteísmo no trabalho e limitação de atividades sociais ou de lazer, simplesmente por reconhecer-se portador de uma doença, num processo conhecido como rotulação (MARINHO et al, 2011).

A Organização Mundial de Saúde recomenda para estudos nonulacionais como um

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo PA aferida e uso de anti-hipertensivo, média e desvio padrão da PA sistólica e diastólica, e prevalência e tempo médio de incapacidade temporária para atividades habituais nos grupos

Grupos	n (%)	PA sistólica (média ± desvio padrão, mmHg)	PA diastólica (média ± desvio padrão, mmHg)	Prevalência de incapacidade temporária (%; IC 95%)	Tempo médio de incapacidade em dias (IC 95%)
PA < 140/90 mmHg, sem uso de medicação	2.263 (76,6)	111,1 ± 11,9	70,3 ± 9,4	23,6 (21,8 - 25,3)	3,6 (3,3 - 4,0)
PA ≥ 140/90 mmHg, sem uso de medicação	238 (8,1)	145,5 ± 15,0	90,5 ± 10,8	16,8 (12,0 - 21,6)	4,1 (2,5 - 5,6)
PA < 140/90 mmHg, usando medicação	295 (10,0)	118,6 ± 11,4	73,8 ± 8,9	31,9 (26,5 - 37,2)	5,2 (4,1 - 6,3)
PA ≥ 140/90 mmHg, usando medicação	157 (5,3)	154,0 ± 17,3	92,1 ± 12,2	23,6 (16,9 - 30,3)	5,9 (3,9 - 7,9)

Tabela 3 - Médias da PA sistólica e diastólica (em mmHg) nos grupos com ou sem incapacidade temporária

	Incapacidade temporária nos últimos 14 dias		
	Ausente	Até 7 dias	8 a 14 dias
PA sistólica (IC 95%)	117,2 (116,4 - 117,9)	115,0 (113,7 - 116,4)	118,5 (114,5 - 122,1)
PA diastólica (IC 95%)	73,6 (73,1 - 74,1)	72,8 (71,9 - 73,8)	74,3 (71,8 - 76,8)

Alguns casos de limitação para exercícios das atividades habituais, parecem estar relacionados não com a doença em si, mas com os efeitos da medicação anti-hipertensiva utilizada. De fato alguns estudos observaram relação direta entre número de drogas usadas e

pior avaliação da qualidade de vida em hipertensos. Este é um fato que preocupa, pois reações desagradáveis associadas ao tratamento são decisivas na não adesão ao tratamento. Na Figura 5 observamos a relação sugerida pelo autor (MARINHO et al, 2011) entre incapacidade temporária e uso de medicação anti-hipertensiva.

Ao contrário dos pacientes que se encontram nas fases iniciais da doença ou estão sob controle adequado, indivíduos em estágio mais avançado da doença ou com lesões em órgãos alvo, tem mais chance de apresentar restrições laborativas. Embora o conceito de incapacidade para o trabalho seja relativo, deve incluir três premissas, o tipo de doença, a profissão ou condições de trabalho e as características do paciente como um todo.

Em geral a avaliação da restrição laborativa de paciente com doença cardiovascular faz-se de acordo com a classificação funcional da NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA), baseada na capacidade do paciente em executar atividades físicas.

A classificação de NYHA, de 1979, avalia o grau dos sintomas provocados por atividades da vida cotidiana, procurando enquadrar o paciente em uma das 4 classes que se seguem:

- Classe Funcional I – pacientes sem limitação aos esforços e que, ao realizarem as atividades habituais, não apresentam dor precordial, palpitação, fadiga ou dispneia;
- Classe Funcional II – pacientes com pequena limitação aos grandes esforços;
- Classe Funcional III – pacientes com moderada limitação aos moderados e pequenos esforços, mas que são assintomáticos em repouso;
- Classe Funcional IV – pacientes com limitações para exercer as atividades habituais, com sintomas mesmo em repouso

O que temos observados em nossa experiência como médico, é que a incapacidade para atividades habituais está intimamente relacionado a qualidade de vida do paciente. Se ele se sente bem, se mantém disposto para suas atividades. A presença de qualquer sintoma, mesmo que de leve intensidade, podem alterar o humor e a disposição do paciente em realizar

até tarefas simples. Esta observação reforça a importância de um psicólogo na equipe multidisciplinar envolvida nos programas de promoção de saúde.

Quanto aos pacientes com sintomas importantes ou com outras comorbidades, a própria deficiência física imposta pela doença determina sua capacidade laborativa.

As normas técnicas para avaliação de incapacidade são genéricas e, desse modo, focalizam a doença em si, não se preocupando em individualizar situações especiais, isso faz com que a perícia médica baseie suas decisões apenas na análise teórica de pareceres médicos e na classificação da NYHA.

6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO NA MARINHA

Diante de tudo que já foi demonstrado, não há dúvida quanto a importância da prevenção na HAS. Programas de avaliações periódicas da pressão arterial, permitindo a criação de um histórico de dados clínicos, facilitam a identificação precoce de situações ou hábitos que contribuem para o surgimento e agravamento da hipertensão.

Uma vez confirmado o diagnóstico, mesmo naqueles indivíduos em que pela classificação necessitam de usar drogas que reduzam os níveis tensionais, é altamente recomendado o início do tratamento não farmacológico associado ao uso de drogas.

Desnecessário dizer que nos casos de HAS leve ou limítrofe, a aplicação adequada do tratamento não farmacológico pode ser determinante para minimizar ao máximo a evolução da doença, pois além de evitar o surgimento de complicações potencialmente graves, evita a associação de um fator deletério no caso do indivíduo possuir outras comorbidades, sejam elas cardiovasculares ou não.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 15, o tratamento não farmacológico deve incluir:

- Controle de peso - acredita-se que 20 a 30% da prevalência da hipertensão possa ser explicada pela presença de excesso de peso.
- Adoção de hábitos alimentares saudáveis - a dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial.
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas - A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial

em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas.

- Abandono do tabagismo - O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação.
- Prática de atividade física regular - Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso.

Sendo uma doença de alta prevalência, custos altos e estar intimamente relacionada a outras patologias com mortalidade elevada, a necessidade de se investir em prevenção é inegável.

Se considerarmos que a população naval, composta de militares da ativa e da reserva, dependentes e civis, são como qualquer indivíduo da sociedade brasileira. Assim, é sensato admitir que as estatísticas da saúde pública no que se referem a HAS também possam incidir sobre o pessoal da Marinha do Brasil.

Em primeiro lugar, precisamos definir a estratégia de combate a ser seguida. Assim é obrigatório identificar a presença da HAS o mais precoce possível e, a partir daí iniciar a prevenção através dos programas de promoção de saúde já existentes.

Mais uma vez, não podemos pensar em identificação precoce de uma doença sem mencionar o censo epidemiológico como ferramenta eficaz para esse propósito. O censo, não podemos deixar de considera-lo, uma pesquisa baseada em critérios bem estabelecidos. Dessa forma, através dessa ferramenta, a obtenção dos dados qualitativos e quantitativos, darão os subsídios necessários para direcionar as medidas preventivas a serem adotadas.

O Sistema de Saúde da Marinha, já possui um Programa de Controle da Hipertensão Arterial, regulamentado pelo MANUAL PARA APLICAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA (DSM-1001) e seus objetivos são:

- Promover ações educativas sobre a doença;
- Realizar ações de busca ativa e captações;
- Facilitar o acesso dos pacientes referenciados para o Programa;
- Capacitar equipe multiprofissional a fim de motivar o paciente à não abandonar o tratamento por meio de ações educativas como mudanças no estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo;
- Acompanhar o paciente no ambulatório de Clínica Médica ou de Cardiologia, visando controlar a pressão arterial e prevenir lesões secundárias;
- Criar fluxo de referência que forneça apoio e tratamento especializado aos pacientes com lesão de órgão alvo;
- Diminuir o atendimento nas Emergências de pacientes em crise hipertensiva ou complicações decorrentes; e
- Reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Este programa é aberto a todos os usuários do SSM acima de 18 anos e funciona em paralelo com o Programa de Diabetes. Sua sistemática de captação e cadastramento é simples, o paciente vai a uma consulta e se for verificado níveis pressóricos acima do normal ele é encaminhado ao programa.

A fim de medir o desempenho e controlar a eficiência do programa foram criados os indicadores de saúde abaixo:

- Número de pacientes inscritos no programa;
- Número de pacientes faltosos no mês;
- Número de pacientes que abandonaram o Programa (ausentes por três meses seguidos); e
- Número de pacientes excluídos (ausentes por período igual ou superior a três anos, tendo sido realizada busca ativa pelo menos três vezes, em intervalos maiores de seis meses entre as chamadas; transferência de área da abrangência assistencial da unidade de saúde; inscrições indevidas – inscrição múltipla ou erro diagnóstico inicial – e óbitos).

Embora o Programa de Controle de Hipertensão seja aberto para todos os usuários do SSM a partir de determinada faixa etária, há que se destacar que a HAS apresenta importante

prevalência na faixa entre 30 e 60 anos. Para agravar essa situação, com as mudanças que vem ocorrendo nos hábitos alimentares, a doença tem se manifestado cada vez mais cedo. Analisando esta informação e extrapolando os dados estatísticos para população naval, é de se esperar que seja encontrado um grande número de militares da ativa portadores de HAS.

No Portal CRIASAUDE que pode ser acessado na internet através do endereço: <http://www.criasaude.com.br/N4766/doencas/hipertensao/estatisticas-hipertensao.html>, uma recente pesquisa do Ministério da Saúde declarou que a proporção de brasileiros diagnosticados com pressão alta cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009. Esse aumento progressivo da doença, preocupa e nos faz questionar a eficiência dos programas de atenção básica, principalmente quando verificamos que a Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que apenas 10% da população faça regularmente acompanhamento médico e siga corretamente as orientações.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença.

5 CUSTOS ENVOLVIDOS COM A HIPERTENSÃO - Word

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR DESIGN LAYOUT DA PÁGINA REFERÊNCIAS CORRESPONDÊNCIAS REVISÃO EXIBIÇÃO

Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*

Capitais / DF	Total (%)	Sexo	
		Masculino (%)	Feminino (%)
Aracaju	22,0	19,2	24,3
Belém	17,5	17,6	17,4
Belo Horizonte	25,5	25,1	25,9
Boa Vista	18,8	14,6	22,9
Campo Grande	23,5	22,1	24,7
Cuiabá	22,0	19,2	24,6
Curitiba	23,0	20,8	24,9
Florianópolis	20,8	18,7	22,6
Fortaleza	21,1	19,7	22,2
Goiânia	21,5	20,0	22,9
João Pessoa	25,4	21,4	28,7
Macapá	19,4	16,9	21,7
Maceió	24,3	20,3	27,6
Manaus	18,1	15,3	20,6
Natal	22,1	18,6	25,0
Palmas	13,8	14,3	13,2
Porto Alegre	25,5	20,7	29,5
Porto Velho	18,3	17,8	18,9
Recife	24,9	23,6	25,9
Rio Branco	23,0	19,6	26,2
Rio de Janeiro	29,2	23,6	33,9
Salvador	21,2	17,9	23,9
São Luís	18,0	16,1	19,5
São Paulo	22,9	19,7	25,8
Teresina	21,0	17,0	24,3
Vitória	24,5	22,1	26,5
Distrito Federal	23,1	28,8	18,1

PÁGINA 3 DE 7 16 DE 2234 PALAVRAS PORTUGUÊS (BRASIL) 02:33 15/08/2013

Essas informações colhidas durante as inspeções de saúde, ficam ainda muito restritas ao ambiente do Subsistema Pericial havendo pouca interação deste com o Subsistema Assistencial que é o responsável pela atenção básica.

Uma compilação dos dados de ingresso e das inspeções posteriores do militar, nos moldes de um prontuário médico, reunidas em um banco de dados único de acesso geral para os profissionais do SSM poderia auxiliar na diminuição dos diagnósticos tardios.

Analisando os protocolos e orientações que constam nos Cadernos de Atenção Básica relacionados as doenças cardiovasculares, concordante com o prescrito nos manuais dos programas de saúde da Marinha, a identificação dos indivíduos portadores de um ou mais fatores de risco consiste no primeiro passo para a prevenção.

Diante da necessidade de promover a identificação dos portadores de HAS o mais precocemente possível, é preciso se dispor de um instrumento com essa capacidade. Tendo em vista que a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e tem se tornado cada vez mais presente entre os adultos jovens, a criação desse instrumento se torna uma verdadeira urgência.

É neste contexto que percebemos a importância da realização do censo epidemiológico. Uma das orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) que deve ser seguida, é sempre que possível, realizar a medida da pressão arterial do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação.

Estudos demonstraram que, entre os profissionais Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem que verificam a PA dos usuários de serviços de saúde, o profissional com o qual o efeito do avental branco foi menos frequente foi nas medidas realizadas pelos Técnicos de

Enfermagem. Portanto, destaca-se a importância do trabalho desses profissionais na verificação da PA em serviços de saúde (SEGRE et al, 2003).

6.1 Análise do Censo de Hipertensão

Preocupados com a evolução da HAS na população naval, principalmente entre os militares da ativa, o SSM em concomitância ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial iniciou um projeto de realização de um censo de hipertensão arterial e de diabetes. Em virtude do escopo desse trabalho ser direcionado à hipertensão arterial, os dados relacionados com a diabetes não serão levados em conta e, somente falaremos dos dados relativos a HAS.

O projeto deste primeiro censo, previa a sua realização em dois setores vitais na Marinha do Brasil: o Comando em Chefe da Esquadra (COMENCH) e a Diretoria de Hidrografia e Navegação (DHN). O público alvo seriam todos os militares da ativa lotados nas Organizações Militares (OM) do Comench e da DHN.

O censo seria executado sob a coordenação do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), e a coleta de dados ocorreu no período de 02 de abril até 31 de maio de 2012, sendo obedecida a seguinte estrutura:

- Unidade Executora – É a OM que possui técnico ou auxiliar de enfermagem para realizar o censo de HAS;
- Unidade de Saúde Apoiadora – É a OM que possui profissionais de saúde (enfermeiro e médico) e é dotada de facilidades, com capacidades de realizar todas as fases do censo de HAS;
- Organização Militar de Saúde de Referência (OMS) – É a OM que oferece apoio e tratamento de casos de maior complexidade.

O CMAM foi responsável por:

- Coordenar o censo de HAS;
- Receber e compilar os dados referentes ao censo de HAS e DM;

- Enviar o resultado do Censo de HAS e de DM à DSM por ofício confidencial, trinta dias após o recebimento dos relatórios das OM.

As OMS de referência serão responsáveis por:

- Apoiar as outras OM no que for de sua competência;
- Receber, tratar e acompanhar os militares a ela referenciados.

As Unidades de Saúde Apoiadoras serão responsáveis por:

- Realizar o próprio censo;
- Programar a entrevista dos militares, sabendo que na primeira fase cada um levará aproximadamente 10 minutos entre ser examinado e responder ao censo;
- Compilar os dados do próprio censo e, semanalmente, enviar os resultados para o CMAM;
- Receber, analisar e acompanhar os dados do censo das OM apoiadas e enviar os resultados para o CMAM

As OM com Unidades Executoras serão responsáveis por:

- Quando possuírem médicos realizar todas as etapas do censo, desde que tenham as facilidades necessárias;
- Quando só possuírem profissionais da área de enfermagem, realizar o próprio censo de HAS;
- Programar a entrevista dos militares, sabendo que na primeira fase cada um levará aproximadamente 10 minutos entre ser examinado e responder ao censo;
- Compilar os dados do próprio censo e, semanalmente, enviar os resultados para o CMAM;

As OM sem Serviço de Saúde:

- Subsidiar as OM apoiadoras/executoras com informações solicitadas e que sejam necessárias para a realização do censo;
- Programar a ida dos militares ao local onde será realizado o censo à OM apoiadora para realizar o censo.

O censo foi executado em uma fase única da seguinte forma: o militar se apresentaria ao técnico ou auxiliar de enfermagem previamente designado pelo Comandante da Unidade Executora, seria entrevistado, teria seu peso e altura medidos e sua pressão arterial aferida. O

militar que naquele momento apresentasse alteração na pressão arterial seria encaminhado ao médico para avaliação e inscrição no Programa de Controle da Hipertensão Arterial e, caso indicado, seria encaminhado para a OMS de referência.

Os militares em uso de medicação anti-hipertensiva rotineira já seriam inscritos no programa de saúde.

A compilação dos dados de cada OM foi feita pelos profissionais que os coletaram. As planilhas com os resultados parciais e finais do censo foram encaminhadas assinadas digitalmente, preferencialmente criptografadas na chave pública da subcoordenadora fim preservar o sigilo médico.

A cada semana o arquivo era ser analisado e substituído pelos dados mais recente recebidos. Ao final da quarta semana, se não houve solicitação de prorrogação, o último arquivo foi enviado e o censo encerrado.

Segundo o CMAM, na Esquadra, num total de 12.037 militares, 11.508 compareceram ao censo, o que representa 96% da tripulação total do Comench. Desses, 1.605 indivíduos (14%) foram surpreendidos com pressão arterial acima dos limites considerados normais na literatura, sendo que 830 militares (51,7%) não faziam qualquer tipo de tratamento.

Na DHN, a situação não se mostrou melhor, ao contrário, o cenário demonstrado foi mais preocupante. De um total de 1.575 militares, 1.457 (93%) compareceram ao censo e desses, 265 apresentaram alterações na pressão arterial, sendo que 188 (70.9%) estavam sem tratamento. Todos os militares flagrados com níveis pressóricos acima do normal foram cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão.

Uma vez realizado o censo, e tendo obtido um resultado que indubitavelmente corrobora com a necessidade de se incrementar o programa de prevenção da HAS, somos impelidos a pensar em qual deve ser o próximo passo. Analisando os dados apresentados acima, podemos imaginar duas linhas de ação pós censo: sensibilizar a tripulação com relação à Hipertensão Arterial e acompanhar o quadro de saúde da tripulação embarcada.

Como formas de sensibilizar a tripulação podemos considerar conforme a própria orientação do CMAM:

1. Promover palestras educativas, por meio do Serviço de Saúde de bordo, com foco na divulgação de ações preventivas e de promoção a saúde, orientações dietéticas, de uso de medicação e de mudança de hábitos (atividade física, redução de consumo de álcool, interrupção do tabaco, acompanhamento frequente do seu quadro de saúde);
2. Divulgar orientações, por meio de cartazes em quadro de aviso, de notas em Plano do Dia e recomendações em parada;
3. Buscar maior interação entre as OM operativas, as OM e Unidades de Saúde locais de apoio (Serviço de Saúde da BACS, PAMESQ, PNSPA e PNN) e o CMAM, no sentido de se desenvolver uma ação de saúde preventiva conjunta e coordenada ;
4. Elaborar um calendário de educação continuada dos profissionais de saúde, em especial as praças EF, das OM operativas, em prevenção e promoção de saúde, no sentido de capacitar estes militares a atuar junto aos seus pares (modelo de educação de pares); e
5. Divulgar as publicações DSM 1001 (2ª Revisão), Manual para a Aplicação dos Programas de Saúde da Marinha, e DSM 1003, Manual da Nova Política Nutricional da Marinha.

Dentre as ações de acompanhamento do quadro de saúde da tripulação embarcada, podemos separá-las em dois grupos: pacientes hígidos e pacientes portadores de hipertensão.

Para pacientes hígidos:

1. Avaliar anualmente o estado de saúde da tripulação, com ênfase nos dados dos programas de saúde de Hipertensão e Diabetes. A avaliação poderá ser realizada à época da data de aniversário do militar ou durante a inspeção de saúde, desde que esta seja anual;
2. Encaminhar todo militar recém embarcado ao Serviço de Saúde de bordo para avaliação inicial do seu estado de saúde, com ênfase nos dados dos programas de saúde de Hipertensão e Diabetes.

Para pacientes portadores de hipertensão:

1. Encaminhar todo militar recém embarcado ao Serviço de Saúde de bordo para avaliação inicial do seu estado de saúde, com relação à sua patologia de base;
2. Realizar avaliação periódica trimestral do estado de saúde destes militares, com ênfase no controle, na aderência ao uso da medicação, nos riscos de co-morbidades e na prevenção de complicações;
3. Realizar avaliação do estado de saúde destes militares, por ocasião da pré-mobilização para comissões de longa duração ou no exterior;
4. Encaminhar estes militares às unidades médicas, relacionadas na DSM 1001 (Rev2), para cadastramento no respectivo programa de saúde;
5. Buscar maior interação das OM operativas com as OM e Unidades de Saúde locais de apoio (Serviço de Saúde da BACS, PAMESQ, PNSPA e PNN) para o acompanhamento dos casos de difícil controle, em especial aquelas OM que não possuem oficiais médicos embarcados;
6. Dar atenção especial aos militares que exercem atividades que podem representar maior risco de descompensação do estado de saúde, principalmente por ocasião de comissões e períodos programados de manutenção;
7. Elaborar relatório médico atualizado ou atualizar o PMI do militar, por ocasião do desembarque destes militares, para que eles o apresentem ao Serviço de Saúde da nova OM, fim manutenção do acompanhamento do seu quadro clínico;
8. Dotar e manter atualizados os estoques dos Serviços de Saúde das OM operativas com medicações para o tratamento de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus; e
9. Orientar os militares portadores de Hipertensão e ou Diabetes a possuírem medicação de uso pessoal compatível com o período da comissão, sempre prevendo uma possível extensão.

Segundo o CMAM, dos 1.870 militares identificados como portadores de níveis alterados de pressão arterial, apenas 575 (31%) compareceram para captação e destes 213 (37%) tiveram o diagnóstico de hipertensão arterial confirmado.

Os dados acima mostram uma adesão muito aquém do desejado, mas infelizmente em concordância com as informações disponíveis em relação a população geral, onde as autoridades em saúde permanecem atribuindo a falta de conscientização e de adesão aos tratamentos um dos mais importantes fatores no crescimento de complicações nas doenças cardiovasculares.

Uma das grandes preocupações do SSM agora é como motivar a captação e posterior adesão aos programas de saúde.

“Quando você pede uma colonoscopia para todos que têm mais de 50 anos, você não está fazendo prevenção, está fazendo detecção precoce do câncer. Quando pede a esta pessoa para comer mais verduras, mais legumes, mais fibras, fazer mais exercícios, você está fazendo prevenção. As pessoas confundem prevenção com detecção precoce. E a gente está atuando muito mais na área de tratamento e diagnóstico precoce que na área de prevenção”. (Dr. Claudio Domênico - ENTREVISTA AO JORNAL O GLOBO, 14-10-2012)

Em primeiro lugar, não podemos nos “assustar” em demasia com o crescimento das complicações tanto em frequência quanto em gravidade e cairmos no mesmo erro comentado acima. A medicina voltada para a área de tratamento e diagnóstico precoce com suas novas tecnologias onera o sistema e não é isenta de complicações.

Para esse convencimento é que se faz primordial a presença da equipe multidisciplinar, pois medidas simples bem trabalhadas por outros integrantes da equipe que não médicos, podem apresentar resultados significativos, alguns estudos mostram que manter o peso na faixa normal pode reduzir aproximadamente a pressão arterial sistólica de 5 a 20 mmHg para cada 10 Kg de peso perdido, reduzir a ingestão de sódio para 2g por dia reduz os níveis pressóricos em 2 a 8 mmHg e habituar-se a prática de atividade física aeróbica como caminhadas, pelo menos, por 30 minutos por dia, 3 vezes por semana pode reduzir a pressão

sistólica de 4 a 9 mmHg. Os objetivos da equipe multidisciplinar a serem perseguidos devem ser:

- Motivar o paciente à não abandonar o tratamento;
- Ação educativa através de palestras;
- Apresentar propostas para mudança no estilo de vida;
- Reconhecimento das complicações associadas à patologia; e
- Correção dos fatores de risco mais comuns.

As principais necessidades de ajustes dentro dos programas de saúde da Marinha, já estão sendo propostas pelo CMAM.

Dentro de escopo do censo realizado para detecção de HAS, fica claro que o militar precisa se conhecer e ter uma ferramenta que lhe facilite o acesso aos programas de saúde quando necessário. A importância do censo neste caso cresce, pois na vida agitada e repleta de exigências do militar a bordo, com frequência uma consulta médica marcada devido a sintomas a princípio leves ou moderados, são negligenciadas em função das necessidades a bordo.

Estreitar cada vez mais os laços do público alvo com as equipes multidisciplinares e incrementar o programa saúde ao seu alcance para incentivar a adesão ao tratamento, reduzir a demanda de consultas nas unidades centrais, reduzir a frequência de agravos e proporcionar melhor a qualidade de vida são metas que devem ser permanentemente perseguidas.

Fortalecer e ao mesmo tempo otimizar os programas de saúde com formação de conselhos gestores com ação na área estratégica, operacional e tática.

Criar um sentimento de comprometimento dos profissionais de saúde com os programas propostos, lembrando que no exercício da profissão todos são executores dos programas de saúde da Marinha.

Criação de uma ferramenta de TI própria para o programa de saúde, interligada ao SIGSAUDE nos moldes apresentados na figura 4 abaixo:



Figura 4 – Fonte Palestra do diretor do CMAM Dez/2012

Inclusão dos diversos serviços de saúde das OMs como executora dos programas, estabelecendo uma cadeia executora do programa.

Elaboração de metas voltadas especificamente para o programa de saúde.

Incorporação de indicador de eficiência voltada para HAS nas emergências e UTI das OM hospitalares.

Avaliação semestral dos resultados e revisão de metas.

Incorporação de profissional de saúde com especialidade na área de saúde pública, pois é fundamental para se gerir adequadamente programas aos moldes dos existentes na saúde pública, de profissionais com conhecimentos sólidos em saúde pública e medicina comunitária.

Elaboração de protocolos de conduta básicas para serem implantados em todas as OMs e unidades de saúde de atendimento básico e de nível médio de complexidade.

Aproveitar a estrutura já montada do censo de HAS e desenvolver um método de aplicação em todas as OMs operativas com periodicidade fixa conforme acontece nas inspeções de controle periódico. Dessa forma criaremos um mecanismo de proteger a capacidade operativa da Força evitando sermos surpreendidos por militares subitamente incapazes temporariamente ou precocemente incapazes em definitivo por subestimar a capacidade de evolução insidiosa e muitas vezes assintomática da HAS.

7 CONCLUSÃO

A HAS é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Aproximadamente 90% dos casos de hipertensão arterial são de causa idiopática, o que chega a ser frustrante para o paciente que recebe a notícia de que é portador de uma doença crônica, sem possibilidade de cura e, caso não siga corretamente o tratamento prescrito apresenta um prognóstico muito ruim.

Em geral, tem alta taxa de prevalência, devido as peculiaridades que envolvem a sua evolução e exigências do tratamento e apresenta baixas taxas de controle. A soma desses dois fatores aliado ao fato da HAS ser o principal fator de risco passível de modificação de doenças em órgãos alvo nobres como coração, cérebro e rins a transformou em um enorme problema para a saúde pública.

As doenças cardiovasculares, tem a sua taxa de mortalidade variando diretamente proporcional ao nível de controle da HAS, ou seja, hipertensos graves, mal controlados são muito mais suscetíveis a complicações fatais das doenças cardiovasculares.

Nesse contexto, fica claro que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para reduzir a frequência e a magnitude dos eventos cardiovasculares. Mesmo em níveis de gravidade menor, a doença pode causar uma importante perda da qualidade de vida, seja por restrições impostas ao paciente pelos sintomas associados a doença, seja por resposta inadequada ao tratamento.

A queda de qualidade de vida, é relacionado em vários estudos com o abandono do tratamento e resistência em seguir as recomendações prescritas, o que reforça a importância do diagnóstico mais precoce possível.

Nos dias atuais, a suspeita diagnóstica e a confirmação da HAS não requerem sofisticadas tecnologias, nem procedimentos dispendiosos. O próprio controle da doença, com frequência, pode ser feito com mudanças de estilo de vida, medicamentos de baixo custo com poucos efeitos colaterais e de fácil aplicabilidade.

Diante do quadro descrito, não seria difícil para qualquer um concluir que a solução está na precocidade do diagnóstico, explicando melhor, na prevenção. Será que é tão simples assim? Infelizmente não. Substituir a medicina curativa pela preventiva não é tarefa que se resolva da noite para o dia.

A ciência médica ao longo do século passado foi sofrendo transformações, evoluindo, se adaptando a novas realidades. Nesse mesmo período a forma de levar a saúde a população também mudou. O que teve início com ações isoladas de poucos abnegados sanitaristas, foi ganhando peso. Com o passar dos anos, aos poucos as autoridades da saúde pública no país, começaram a perceber que era melhor e mais barato, prevenir do que curar.

No decorrer das duas últimas décadas do século XX, importantes mudanças ocorreram na saúde pública e a atenção básica se tornou o objetivo principal do Ministério da Saúde, que

realmente interessados em reestruturar a nova política de saúde lançaram várias publicações para sedimentar os novos conceitos.

A HAS, pela importância já exposta no início deste capítulo, não poderia deixar de ser alvo do Ministério da Saúde que desenvolveu vários programas para minimizar seus efeitos deletérios.

Consoante com a política de saúde governamental, a Marinha preocupada com a higidez de seus integrantes, percebeu na atenção básica uma forma de evitar impactos negativos na capacidade operativa de suas Forças e, a possibilidade de diminuir gastos com tratamentos de última geração, os quais, poderiam ser evitados caso a intervenção tivesse ocorrido precocemente.

Dentre as várias medidas que o CMAM vem implementando na expectativa de fortalecer e otimizar a atividade básica de saúde na Marinha do Brasil, considero em relação a HAS, fundamental a continuidade da realização de censos de hipertensão arterial, preferencialmente em caráter periódico e atingindo todas as OM operativas.

A atenção básica voltada para a prevenção da HAS, decididamente pode identificar indivíduos predispostos a desenvolver complicações e evolução indesejável da doença com a simples ação da equipe multidisciplinar, que atuará nos fatores de risco mutáveis, em sua maioria relacionados aos hábitos de vida.

Melhorar as condições de saúde do militar da ativa, promovendo o diagnóstico e tratamento precoce da HAS, auxilia na manutenção da capacidade operativa dos integrantes da Marinha prevenindo ataques deletérios a higidez de seus homens.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: HUCITEC; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região; 2006. 357p

ARAÚJO, Denizar Vianna, & TEICH, Vanessa. **Estimativa de custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil**. Revista Brasileira de Cardiologia , n. 24. p. 85-94. mar./abr. 2011.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da Saúde Pública no Brasil. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008. 71p

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 2006. 226p

BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401: normas para assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 nov 1996. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf> Acesso em: 30 jul. 2011.

_____. **Manual de Organização da atenção básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. 1999.

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 15.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. 2006.

_____. **Política Nacional de atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica, 2012.

BRAUNWALD. Tratado de doenças cardiovasculares . Editado por Peter Libby, Robert O. Bonow; Douglas L. Mann e Douglas P. Zipes). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CORDONI JR., Luiz. **Políticas públicas de saúde no Brasil.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez., 2006. Disponível em: <http://www.ccs.vei.br/espacoparasaude/v8n1_artigo_3.pdf. > Acesso em: 06 jul. 2013.

GOFFREDO FILHO, Gilberto Senechal de and FAERSTEIN, Eduardo. **Incapacidade para atividades habituais: relação com pressão arterial e terapêutica anti-hipertensiva.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, vol.94, n.4, pp. 472-476.

HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ, RAFAEL *et al*, **Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study.** *Journal of Hypertension* 2010; 28(1): 24–34

LESSA, Ines, **Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.** *Rev Brasileira de Hipertensão* v13(1): 39 1 46, 2006

MARINHO et al, **Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil;**
Arq. Bras, de Endocrinologia metabolismo, 2001; 1;55/6

SEGRE CA, Ueno RK, Warde KRJ, Accorsi TAD, Miname MH, Chi CK, et al. **Efeito hipertensao e normotensao do jaleco branco na liga de hipertensão do hospital das clinicas,** FMUSP. Prevalência, características clinicas e demográficas. *Arq Brás Cardiol* 2003; 80(2): 117–121.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **Cardiopatia Grave** ARQ BRAS CARDIOL VOL.87, Nº 2, AGOSTO, 2006

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arq Bras Cardiol* 2010;95(1 supl.1): 1-51

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, **Doenças do coração elevam custos da saúde no Brasil**, Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=75>, acessado em 20 jul. 2013.

VENTURA, Suzana Mira, **Hipertensão Arterial, A Dimensão Socioeconomica**, 2011, 86f, Dissertação (Mestrado em Gestão em Serviço de Saúde), Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa 2011