

José Augusto de Aguiar *

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA

A hipertensão arterial constitui um problema de importância crescente, em termos de saúde da população. Aspectos conceituais e dificuldades várias na avaliação de sua prevalência foram objeto de trabalho anterior¹. De forma extremamente conservadora, pode ser calculado que existam, no país, mais de sete milhões de pacientes hipertensos, demandando cuidados médicos, tanto diagnósticos quanto terapêuticos. Acresce que, salvo para uma pequena minoria de portadores de doença reversível, a enfermidade, uma vez diagnosticada, representa a necessidade de uso de medicação por toda a vida.

Um aspecto da maior importância a considerar nos pacientes hipertensos é a elevada taxa de abandono do tratamento. Em estudo publicado por colaborador nosso² foi verificado que um percentual importante dessa deserção entre os doentes tratados em instituições públicas foi o alto custo (quadro I). O propósito deste trabalho é mostrar que esse custo pode ser reduzido a cifras perfeitamente aceitáveis, não só do ponto de vista individual dos pacientes de baixa renda, como das instituições públicas que os atendem.

Quadro I - Causas de abandono de tratamento da hipertensão arterial.

Causas	Doentes Institucionais	Doentes particulares
Relação médico/paciente inadequada	74%	29,2%
Custo elevado	57%	10,4%
Efeitos colaterais	40%	45,8%

Segundo Zaltmen e col.², reproduzido com permissão.

Custo da investigação - Uma vez verificada a elevação tensional, o paciente deve ser submetido a uma rotina mínima de investigação que permita separar o pequeno grupo de doentes nos quais se justificará estudo mais aprofundado para detetar causas cuja remoção possa levar à cura da doença: hipertensão renovascular, coarctação

da aorta, aldosteronismo primário, pielonefrite unilateral, feocromocitoma, etc. Essa investigação pode ser equacionada de forma a ser realizada em regime de ambulatório, em prazo não maior do que 24 horas, e a um custo inferior à metade do salário-mínimo vigente (tab. I).

TABELA I - Tratamento da hipertensão arterial em populações de baixa renda - custo de Investigação sumária (INAMPS, Novembro, 1980).

Laboratório	U. Serv. (US) *	Cr\$
Creatinina,	5	96,25
Glicose	5	96,25
Colesterol	5	96,25
Potássio	5	96,25
Hematócrito	3	57,75
Vel. Hemosseimentação	3	57,75
		Total 522,50
Outros exames		
Radiografia de tórax	12	231,00
Eletrocardiograma	18	346,00
Fundo de olho	6	115,50
		Total 692,50
Urografia venosa	70	1.347,00
	1	Tota 2.540,50

* Valor da US = Cr\$ 19,25

Na dependência dos resultados dos exames complementares ou em hipertensão súbita acelerada, ou iniciada antes dos 30 ou após os 60 anos, indicar isoladamente ou em diferentes combinações: radiografia de tórax, tomografia lombar, urografia venosa, arteriografia, radionuclídeos, renina plasmática e nas veias renais, pós-furosemide: ionograma, ph e gasometria, proteinograma, ácido vanilmandélico, catecolaminas, 17-ceto e 17-hidroxicorticosteróides, sódio e potássio na urina, urocultura quantitativa.

Esquemas terapêuticos - Diagnosticada a hipertensão arterial e estabelecido o seu grau e potencial evolutivo, o paciente estará incluído em uma das classes expostas no quadro II. A grande maioria dos casos surpreendidos em uma primeira consulta se situará nos três primeiros grupos. O tratamento adequado nestas fases impedirá que, salvo raras exceções, eles

* Chefe do Serviço de Nefrologia, Hospital Universitário, UERJ. Diretor do Instituto de Nefrologia, Santa Casa, Rio de Janeiro.

evoluam para uma forma grave, de curso rapidamente acelerado. Um capítulo à parte são os casos em que a hipertensão está associada à insuficiência renal crônica, que não serão aqui abordados.

Quadro II - Esquematização de tratamento conforme a gravidade da hipertensão

1. Hipertensão lábil
Regime higieno-dietético
Bloqueadores; beta-adrenérgicos
2. Hipertensão arterial branda (diastólica 90, 110)
Regime higieno-dietético
Diurético
Eventualmente, beta-adrenérgico
3. Hipertensão arterial moderada (diastólica 110, 120)
Regime higieno-dietético
Diurético
Bloqueador beta-adrenérgico
Bloqueador alfa-adrenérgico
4. Hipertensão arterial grave (diastólica 120)
Hospitalização Inicial
Dieta
Bloqueador beta-adrenérgico
Bloqueador alfa-adrenérgico
Vasodilatador
5. Hipertensão arterial com insuficiência renal crônica.
Hospitalização inicial
Dieta
Diurético
Diurético "de alça"
Bloqueador beta-adrenérgico
Bloqueador alfa-adrenérgico
Vasodilatador
Diálise - hemofiltração
Nefrectomia bilateral - transplante renal

Verifica-se que o regime higienodietético faz parte de todos os esquemas propostos. Embora fuja ao escopo deste trabalho, cabem algumas considerações a respeito. A higiene de vida pode representar um problema maior nas populações de baixa renda, dadas as condições de trabalho vigentes. Instruções simples podem ser de ajuda, mesmo porque, na ausência de comprometimento orgânico detectável, não há razão para limitar a atividade física, salvo para exercício manual exaustivo. A necessária restrição de sódio, contrariando hábitos alimentares arraigados, poderá trazer problemas contornáveis mediante esclarecimento. Cabe aqui assinalar que, embora não existam dados precisos, parece que, em certas áreas do país, o consumo de sódio é dos maiores do mundo.

Trabalho feito pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), "Estudo Nacional da Despesa Familiar", em 1974³, mostrou dados surpreendentes sobre o consumo de sal de nossa população, como se verifica no quadro III, construído com dados retirados do referido estudo.

Quadro III - Consumo de cloreto de sódio por comensal, gramas/dia, nas diversas regiões*.

Alimentos	I	II	III	IV	V	VI	VII
sal	13	13	16	14	11	10	11
Carne de boi, seca	4	2	2	1	9	2	5
Salsicharia	5	8	8	3	0	3	2
Peixe salgado do mar	2	1	1	1	3	1	1
Peixe salgado do rio	0	0	0	0	3	0	4

I - Rio de Janeiro; II - São Paulo; III - Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul; IV - Minas Gerais e Espírito Santo; V - Nordeste; VI - Distrito Federal; VII - Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Goiás, e Mato Grosso.

* Dados do "Estudo Nacional da Despesa Familiar", 1974 - IBGE

Do ponto de vista dos medicamentos em uso no tratamento da hipertensão arterial crônica pode ser verificada, na tabela II, a variação de custos entre as drogas fornecidas pela CEME (Central de Medicamento da Previdência Social)⁴ e aquelas à venda no comércio (Brasíndice, 1980⁵). Para as populações de baixa renda é possível escolher drogas cujo custo representa uma fração ínfima do salário-mínimo, mesmo quando, como é freqüentemente necessário, está indicado o uso de esquemas duplos ou mesmo triplos. As faixas de variação habituais em termos de doses e emprego de múltiplas drogas só muito excepcionalmente atingem, em termos máximos, o valor de um salário-mínimo (tab. III).

TABELA II - Custo mínimo dos medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão arterial.

		CEME	Brasíndice ¹
Outubro, 1980: custo por comprimido, Cr\$...			
Hydroclorotiazida,	50 mg	0,15	1,57 - 2,12
Furosemida	40 mg	0,27	2,98 - 4,03
Clortalidona	100 mg	1,29	4,10 - 5,51
Propranolol	40 mg	0,10	1,67 - 2,26
Betabloqueador	A ²		4,64 - 6,27
	B ²		9,50 - 12,82
	C ²		17,91 - 24,18
Guanetidina	25 mg	1,76	3,85 - 5,20
Metildopa	250 mg	1,05	2,79 - 3,77
Hidralazina	50 mg	2,16	
Reserpina	0,25	0,10	0,29 - 0,40
Prazosin	2 mg		6,16 - 8,12
Clonidina	0,150		1,31 - 1,77

1 Preço de Custo - Venda

Em alguns casos de preços variáveis, foi escolhido a produto de preço menor

2 Beta-Bloqueadores patenteados

TABELA III - Variação aproximada do custo anual.

Dose única	Cr\$
Diurético	
Hydroclorotiazida	27 - 216
Furosemida	49 - 194
Bloqueador beta-adrenérgico	72 - M
Metildopa	758 - 3029
Esquema duplo	
Hydroclorotiazida + bloqueador beta-adrenérgico	99 - 5%
Furosemida + - bloqueador beta-adrenérgico	121 - 772
Hidralazina + bloqueador beta-adrenérgico	850 - 5250
Metildopa + diurético	790 - 326
Reserpina + diureético	45 - 360
Esquema triplo	
Diurético + bloqueador beta-adrenérgico + Hidralazina	876-50
Diurético + bloqueador beta-adrenérgico + metildopa,	657-40

Salário mínimo anual (13 salários): Cr\$ 75.244,00

Custo anual: 0,035% a 7%.

Conclusão - O manuseio médico dos portadores de hipertensão arterial nos segmentos da população de baixa renda pode ser reduzido a um nível de gastos perfeitamente aceitável não só em termos de orçamento individual como também para a comunidade. Isso é verdadeiro não só para os procedimentos diagnósticos como também para os medicamentos utilizados. Cabe aos médicos não se alienarem desse aspecto de custo financeiro, ao estabelecerem

as rotinas diagnósticas e as prescrições para os seus Pacientes hipertensos. Será assim facil-mente evitada esta causa, comum de abandono de tratamento do qual depende a segurança e o bem estar de um número avultado de doentes.

Agradecimentos

O autor agradece ao Dr. J. B. Burle de Figueiredo, superintendente de Estudos Geográficos Sócio - Econômicos do IBGE e ao Farm. Levy Gomes Ferreira, chefe do Serviço de Farmácia do Hospital universitário, UFRJ, por dados fornecidos.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar, J.A. - Pressão arterial. Hipertensão arterial sistêmica. Doença arterial hipertensiva um conceito Rev. Ass. Med. Brasil. 23: 39, 1980.
2. Zaltmec, C., Monteiro, R. J.; Collares, R.; Ornellas, J. F. R. - Esquema terapêutico básico no tratamento da hipertensão arterial. J. Bra. Nefrol. 2: 73, 1980.
3. Estudo Nacional da Despesa Familiar. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1972.
4. CEME (Central de Medicamentos da Previdência Social).
5. Brasindice, outubro, 1980.