



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **42º CONSELHO DIRETOR**

### **52ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., 25 a 30 de setembro de 2000*

*Tema 4.7 da Agenda Provisória*

CD42/11 (Port.)

18 julho 2000

ORIGINAL: ESPANHOL

### **DOENÇAS CARDIOVASCULARES, ESPECIALMENTE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Em sua 125ª Sessão, o Comitê Executivo solicitou que o Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) passasse em revista o tema das doenças cardiovasculares, dando especial ênfase à hipertensão arterial. O SPP examinou a situação do problema na Região, bem como as oportunidades e os óbices ao desenvolvimento de programas destinados a reduzir a mortalidade prematura por causas cardiovasculares. Posteriormente, em sua 126ª Sessão, o Comitê Executivo discutiu a análise e as recomendações do SPP e preparou um projeto de resolução a ser considerado pelo Conselho Diretor (ver Resolução CE126.R6, anexa).

Com fundamento nas discussões do Comitê Executivo, considera-se que existe suficiente evidência para apoiar o fortalecimento dos programas de prevenção e controle da hipertensão arterial, dado que têm potencial para exercer impacto a médio prazo. Dá-se especial ênfase à consideração das desigualdades tanto de posição social como de sexo na implementação desses programas.

Em atenção à Resolução CD120.R11, do Comitê Executivo (1997), que recomenda que seja fortalecido o apoio técnico às iniciativas concretas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis, o Programa de Doenças Não Transmissíveis da OPAS formulou uma abordagem que integra a promoção da saúde, a prevenção primária e a gestão das doenças não transmissíveis em conjunto. Justifica-se o anterior pelo fato de que tais problemas de saúde têm fatores de risco e estratégias de controle comuns, e de que suas ações devem ser orientadas para os mesmos grupos de população. Enquadra-se nesse contexto a iniciativa para o controle da hipertensão arterial.

Solicita-se ao Conselho Diretor analisar a necessidade de apoiar o desenvolvimento da vigilância de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, bem como o fortalecimento de programas de prevenção e controle, e formular suas recomendações pertinentes.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introdução .....	3
2. A carga da doença .....	3
2.1 Magnitude do problema .....	3
2.2 Tendências .....	5
3. É difícil atuar sobre um problema quando só se tem conhecimento parcial de sua magnitude e distribuição .....	6
3.1 Vigilância da hipertensão e fatores de risco associados .....	6
3.2 Desigualdades em doenças cardiovasculares .....	6
4. Embora seja possível o controle da hipertensão arterial, os países da América Latina e do Caribe têm dificuldade em implementá-lo .....	8
4.1 Respostas nacionais à hipertensão arterial .....	8
4.2 Incorporação do manejo da hipertensão na atenção primária .....	9
4.3 Conseqüências econômicas.....	10
5. A prevenção primaria de hipertensão arterial requer ação simultânea sobre os fatores de risco para o conjunto de doenças não transmissíveis .....	11
5.1 O papel da dieta, da atividade física e do tabagismo .....	11
5.2 Os projetos de intervenção comunitária (CARMEN).....	11
6. Em muitos países da Região existem recursos para abordar o problema das doenças cardiovasculares, os quais, porém, requerem melhor organização para aumentar sua eficácia e sua eficiência.....	12
6.1 Iniciativa Pan-Americana de Hipertensão Arterial .....	12
6.2 Seis razões para fortalecer e desenvolver programas de prevenção e controle da hipertensão arterial .....	13
7. Pontos para discussão.....	14

## 1. Introdução

A hipertensão arterial é um dos mais significativos fatores de risco para as principais doenças cardiovasculares e as doenças isquêmicas do coração. Estas constituem as principais causas de morte prematura de adultos na Região das Américas, particularmente mulheres. Apesar disso, não se conta hoje com ações concertadas e sustentáveis, que permitam aos sistemas e serviços de saúde, especialmente na América Latina e no Caribe, desenvolver estratégias e programas eficazes e eficientes. São analisadas adiante a magnitude do problema, as dificuldades resultantes de não dispor de informações atualizadas para a tomada de decisões e a organização de programas, bem como as barreiras à sua implementação. Não obstante, é também dada ênfase ao fato de que a evidência existente e a infra-estrutura de saúde dos Estados Membros apresentam suficiente justificativa para uma abordagem integrada da prevenção e controle das doenças cardiovasculares em geral e da hipertensão arterial em particular, como estratégia para diminuir as mortes prematuras de adultos e melhorar a qualidade da vida.

## 2. A carga da doença

### 2.1 *Magnitude do problema*

Segundo se estima, ocorrerão nos próximos 10 anos aproximadamente 20,7 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares na Região das Américas.<sup>1</sup> Já se estimou que 2,4 milhões dessas mortes podem ser atribuídos à hipertensão arterial. Na América Latina e no Caribe, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 31% de todos os óbitos. No ano 2000, ocorrerão 180.000 mortes de mulheres adultas de 15 a 69 anos por doenças cardiovasculares, com o que estas constituiriam a principal causa de morte para esse grupo de idade. Por outro lado, em homens da mesma faixa etária, os 253.000 óbitos anuais representam o segundo lugar, depois das causas externas. As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares variam de 413,3 por 100.000 habitantes no sexo masculino e 352,8 por 100.000 no feminino, no Paraguai, a 178,1 por 100.000 habitantes do sexo masculino e 149,0 no México por 100.000 do feminino no Canadá.<sup>2</sup> As taxas de mortalidade ajustadas por idade segundo o sexo para os países da Região são apresentadas na tabela 1.

Entre as doenças cardiovasculares, as duas mais importantes são as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares. Está estabelecido que aquelas e estas podem ser evitadas mediante o controle e a prevenção de fatores de risco primários,

---

<sup>1</sup> Murray CJL, Lopez AD, *The Global Burden of Disease*, Organização Mundial da Saúde, Harvard School of Public Health, Banco Mundial, Harvard University Press, 1996.

<sup>2</sup> Organização Pan-Americana da Saúde, *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos de salud 1999*, Programa Especial de Análisis de Salud, OPaS/OMS, 1999.

**Tabela 1. Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o sexo, 1990-1994 (ajustadas por idade, por 100.000 habitantes)**

	Homens	Mulheres
Argentina	369,5	246,1
Bahamas	226,2	191,3
Barbados	290,9	236,2
Brasil	381,0	293,3
Canadá	217,1	149,0
Chile	208,5	165,6
Colômbia	284,8	272,2
Costa Rica	195,5	153,3
Cuba	263,9	219,8
El Salvador	192,7	190,7
Equador	211,3	185,4
Estados Unidos da América	264,3	197,7
Ilhas Turcos e Caicos	237,7	220,5
México	178,1	160,2
Nicarágua	246,5	240,7
Paraguai	413,3	352,8
Porto Rico	225,6	162,2
Suriname	285,9	223,6
Trinidad e Tobago	345,7	293,8
Venezuela	293,0	225,5

dentre os quais os mais significativos são o tabagismo, a dieta inadequada e a falta de atividade física. Ao mesmo tempo, o controle desses fatores de risco resulta numa redução de fatores de risco secundários, como a hipertensão arterial. Esta é por si mesma um importante fator de risco para aquelas doenças. Já se demonstrou, em estudos controlados, que a redução da pressão arterial numa média de 5-6 mm de mercúrio pode reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares em até 35%-40% e por doenças isquêmicas do coração em 15%-20%.<sup>3</sup> Observam-se também significativas reduções da mortalidade de pessoas de 65 anos ou mais que se submeteram a tratamento farmacológico em virtude de hipertensão arterial. Nesse grupo populacional, as doenças cerebrovasculares podem ser reduzidas em até 34%, as doenças isquêmicas do coração

<sup>3</sup> Pasty BM, Smith NL, Siscovick DS, *et al.* Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis, *JAMA* 1997; 277:739-745.

em 19%, o que implicaria uma redução de 23% de todas as mortes por causas cardiovasculares.<sup>4</sup>

## 2.2 Tendências

Embora a mortalidade por doenças cardiovasculares aumente com a idade, é importante conhecer a mortalidade prematura, que, em tese, poderia ser evitável. Objetivando avaliar as variações na mortalidade prematura, foram estimados os anos potenciais de vida perdidos (APVP) com base na mortalidade registrada e na variação observada de 1960 a 1994, em 11 países que tinham informação disponível para aquele período<sup>5</sup> e um sub-registro de óbitos inferior a 15% (Tabela 2). Observa-se uma diminuição significativa dos APVP por doenças isquêmicas do coração nos Estados Unidos, Canadá, Argentina e Chile. Nos demais países, não se observam variações significativas nos óbitos por essa causa, excetuado o México, que consigna um aumento dos APVP. No mesmo período, as doenças cerebrovasculares acusam baixa significativa na maioria dos países, exceto Cuba e Venezuela.

**Tabela 2. Variação quinquenal média das taxas de anos potenciais de vida perdidos (APVP), 1960-1994<sup>6</sup>**

	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cardiovasculares
Diminuição das taxas de APVP	Argentina Canadá Chile Estados Unidos	Argentina Barbados Canadá Chile Colômbia Costa Rica México Trinidad e Tobago Estados Unidos
Variação não significativa das taxas de APVP	Barbados Colômbia Costa Rica Cuba Trinidad e Tobago	Cuba Venezuela

<sup>4</sup> MacMahon S, Rodgers A, The effects of blood pressure reduction in older patients: an overview of the randomized control trials in elderly hypertension. *Clin Exp Hypertens* 1993;15:967-978.

<sup>5</sup> Organização Pan-Americana da Saúde, *La salud en las Américas*, Edição de 1998. Publicação Científica No. 569, Vol. I, Washington D.C. 1998.

	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cardiovasculares
Elevação das taxas de APVP	Venezuela	
	México	

Não obstante a diminuição observada nos anos potenciais de vida perdidos por doenças cardiovasculares, não há dúvida de que, face às variações na estrutura etária da população em todos os países da Região, o número de casos está crescendo, fato que representa uma significativa carga imposta aos serviços de saúde. Ademais, os países com taxas mais altas têm uma mortalidade prematura quatro vezes maior do que os países com as taxas mais baixas, e essa brecha está aumentando nas doenças cardiovasculares.

### **3. É difícil atuar sobre um problema quando só se tem conhecimento parcial de sua magnitude e distribuição**

#### **3.1 *Vigilância da hipertensão e fatores de risco associados***

Embora se haja demonstrado que a manutenção de uma pressão arterial normal pode ter significativo impacto na redução da mortalidade cardiovascular, não há dúvida de que isso constitui significativo desafio para a saúde pública. Uma das barreiras ao desenvolvimento de programas eficientes é o fato de somente dispormos de informação parcial sobre a magnitude do problema nos países da Região. Seria necessário estabelecer sistemas de vigilância de fatores de risco, que permitissem atentar para a sua distribuição na população e assim identificar grupos para os quais deveriam ser orientadas as ações.

Já se realizaram várias pesquisas de fatores de risco na América Latina e no Caribe. Dois países da Região, Cuba e Colômbia, tiveram cobertura nacional. No Caribe, realizaram-se pesquisas em Barbados, Jamaica, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago.<sup>6</sup> Não obstante, a falta de uma metodologia padronizada e as diferenças na informação coligida impedem que os resultados sejam comparáveis. Ademais, essas pesquisas transversais geralmente foram realizadas somente uma vez, o que impossibilita a avaliação de tendências e a identificação de grupos populacionais nos quais ocorrem mudanças na prevalência de fatores de risco e outras condições, como a hipertensão.

---

<sup>6</sup> Organização Pan-Americana da Saúde, Programa de Doenças Não Transmissíveis, Networking for the Surveillance of Risk Factors for Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C., setembro de 1999 (PAHO/HCP/HCN/99.08).

Com base nos dados dessas pesquisas, avaliou-se que a prevalência de hipertensão arterial na América Latina e no Caribe oscila entre 8% e 30%.<sup>7</sup>

### 3.2 *Desigualdades em doenças cardiovasculares*

Por outro lado, a qualidade dos registros de óbitos representa também uma barreira à avaliação da existência de um gradiente social da mortalidade cardiovascular e das diferenças por sexo, que contribuiriam para alertar sobre brechas tanto na ocorrência como no acesso à atenção a esse problema. Não somente ocorre significativo sub-registro em vários países, como ele se distribui desigualmente nos diferentes grupos de população, sendo geralmente mais alto entre aqueles que têm menor renda e mais baixo nível de instrução. O Chile é um dos países com melhores estatísticas de mortalidade. Naquele país, são informadas taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração de 101,1 por 100.000 habitantes no sexo masculino e 74,4 por 100.000 no feminino; e taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares de 71,2 por 100.000 habitantes no sexo masculino e 69,5 por 100.000 no feminino, no período 1994-96. Essas cifras referem-se a médias nacionais e escondem significativas diferenças entre pessoas de diferentes níveis de instrução. A Tabela 3 mostra as taxas de mortalidade ajustadas por idade para homens e mulheres, segundo os anos de instrução escolar. Tanto para as doenças isquêmicas do coração como para as doenças cerebrovasculares, no sexo feminino, verifica-se um gradiente claro, com taxas mais baixas nos grupos mais instruídos. No sexo masculino, esse gradiente é claramente definido para as doenças cerebrovasculares. O coeficiente de risco indica a brecha existente entre o grupo com mortalidade maior e o de mais baixa mortalidade. Para ambas as doenças, a brecha segundo os anos de instrução escolar é maior no sexo feminino do que no masculino, e mais ampla para as doenças cardiovasculares. A mortalidade por esta causa é maior entre homens do que entre mulheres em grupos com mais alto nível de instrução, mas essa relação se inverte em grupos de instrução mais baixa, entre os quais o sexo feminino acusa taxas de mortalidade mais elevadas.

---

<sup>7</sup> Orduñez PO, Espinosa A, Cooper R, Kaufman J, Nieto J. Hypertension in Cuba: Evidence of narrow black-white difference. *J Hum Hypertes*, 12:111-116, 1998.

**Tabela 3. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Chile  
segundo o nível de instrução escolar e o sexo, 1994-96  
(taxas por 100.000 habitantes de 20 anos ou mais, ajustadas por idade)**

	Homens		Mulheres	
	Taxa	Coefficiente de risco	Taxa	Coefficiente de Risco
<b>Doenças isquêmicas do coração</b>				
<i>Anos de instrução escolar</i>				
Nenhum	85,5	1,2	78,8	2,3
1 – 8	99,8	1,4	79,9	2,3
9 – 12	129,4	1,8	69,5	2,0
13 ou mais	73,9	1,0	34,3	1,0
<b>Doenças cardiovasculares</b>				
<i>Anos de instrução escolar</i>				
Nenhum	84,5	2,6	93,6	3,4
1 – 8	75,4	2,3	72,4	2,7
9 – 12	70,5	2,1	59,3	2,2
13 ou mais	32,9	1,0	27,4	1,0

Como já se descreveu, é nas doenças cerebrovasculares que se tem maior oportunidade de intervir mediante adequado controle da pressão arterial, dado que os estudos controlados mostram reduções da mortalidade de até 40% em adultos. Cumpriria verificar se essa mesma situação ocorre em outros países da Região, se essas desigualdades devem-se a diferenças na incidência da doença ou a diferenças na prevalência de fatores de risco primários, ou se há desigualdade no acesso ao controle e prevenção desses fatores de risco e aos serviços de saúde.

#### **4. Embora seja possível o controle da hipertensão arterial, os países da América Latina e do Caribe têm dificuldade em implementá-lo**

##### **4.1 Respostas nacionais à hipertensão arterial**

Entre 1997 e 1998, o Programa de Doenças Não Transmissíveis da OPAS realizou nos países da Região um estudo para conhecer a situação organizacional e o desenvolvimento de atividades de prevenção e controle da hipertensão arterial. Participaram 21 países, onde vivem 88% da população da Região. Com uma exceção, todos os países declararam ter programas nacionais de prevenção e controle da hipertensão. Quatro têm um programa dedicado exclusivamente a isso. Nos outros 16, as atividades relativas à hipertensão se desenvolvem no âmbito dos programas dedicados à saúde do adulto ou à prevenção das doenças crônicas, sem uma clara prioridade dentro

deles (10 países) ou como parte de um programa exclusivamente estruturado em torno dos serviços de saúde (6 países). Seis dos países que têm programas nacionais têm orçamento específico dedicado à hipertensão

Na maioria dos países, os programas nacionais foram criados recentemente, a grande maioria na presente década. Os objetivos programáticos em quase todos os países são semelhantes e atendem a critérios básicos. Não obstante, somente oito países indicaram que o propósito do programa era integral, isto é, tanto preventivo como de controle e manejo da hipertensão. Em outros sete, o propósito era unicamente preventivo, e em cinco, procuravam somente o controle e manejo clínico de casos. Um aspecto significativo é o fato de que todos os programas nacionais fazem uso da infra-estrutura de serviços de saúde do país, sendo, porém, muito raros os que desenvolvem atividades fora desses serviços. Existem Guias de manejo clínico em 15 países, 10 dos quais foram desenvolvidos em forma consensual; e em sete realizam-se reuniões de trabalho periódicas para revisão e planejamento de atividades.

Muito embora o controle efetivo da hipertensão exija a participação da comunidade e das organizações profissionais, menos da metade dos programas nacionais inclui o setor não governamental. De 20 países, apenas 6 mantêm grupos de trabalho nos quais o setor não governamental colabora ativamente.

#### **4.2 *Incorporação do manejo da hipertensão na atenção primária***

Dada a magnitude atual e futura da hipertensão arterial, a sua incorporação na estratégia de atenção primária de saúde passa a ser um desafio e uma necessidade. A atenção de casos, muitos deles diagnosticados tardiamente, só atende a parte do problema. Para atingir as metas de diminuir a sua prevalência, reduzir os riscos cardiovasculares, reconhecer a tempo casos de hipertensão arterial e melhorar as possibilidades de tratamento, será necessário ativar os mecanismos de atenção primária de saúde já utilizados para outro tipo de problemas.

Embora esta proposta já tenha sido formulada há vários anos, não há dúvida de que o êxito dos programas parece ser limitado. A Tabela 4 mostra resultados de pesquisas demográficas em três países da Região: Estados Unidos, Chile e Cuba, nas quais foram feitas perguntas sobre antecedentes da hipertensão, tendo sido também medida a pressão arterial. Vale assinalar que, do total de pessoas com hipertensão arterial, 32%, 37% e 39%, respectivamente, não sabiam que tinham hipertensão; mais grave ainda é que uma significativa proporção (entre 15% e 19% dos hipertensos) sabia que tinha hipertensão mas não estava em tratamento. Entre os hipertensos que estavam sendo tratados, aproximadamente a metade não estava controlada. Isso dá a entender que, nos Estados Unidos, Chile e Cuba, somente 24%, 22% e 21%, respectivamente, de todas as pessoas com hipertensão arterial estão controlados.

**Tabela 4. Proporção de hipertensão detectada segundo seu estado de tratamento e controle, nos Estados Unidos, Chile (Valparaíso) e Cuba**

	Estados Unidos	Chile	Cuba
	%	%	%
Não sabem que são hipertensos	32	37	39
Sabem que são hipertensos			
Não são tratados	16	19	15
São tratados			
- não estão controlados	19	22	25
- estão controlados	24	22	21
Total	100	100	100

Fonte: Pesquisa CARMEN em Valparaíso, Chile (adultos de 25 a 64 anos, 1997); Pesquisa nacional de fatores de risco (adultos 18+, 1997), NHANES III nos Estados Unidos (adultos de 18+ anos, 1991-1994).

Qualquer ação visando criar ou revitalizar programas de controle da hipertensão arterial e seus fatores de risco associados deve partir do reconhecimento do potencial dos serviços de saúde. Atualmente, existe uma importante infra-estrutura, dado que se estima que 75% da população da Região das Américas têm, de uma ou outra forma, acesso aos serviços de saúde.<sup>8</sup> Em muitos países, já é praticado algum tratamento e controle da hipertensão arterial. Em geral, o pessoal de saúde tem conhecimentos básicos, que só teriam de ser atualizados, e considera essas atividades como parte do seu desempenho funcional, e não as percebe como uma demanda externa adicional. Devido a isso, justificar-se-ia uma estratégia para aumentar a detecção e melhorar o manejo da hipertensão arterial.

### **4.3 Conseqüências econômicas**

Em vários países foi demonstrado que a prevalência de hipertensão arterial é de três a seis vezes maior quando se comparam grupos sem instrução escolar com os que têm educação superior.<sup>9</sup> Entre esses grupos, o baixo nível de renda diminui consideravelmente a possibilidade de adquirir os medicamentos nas doses necessárias. Em alguns casos, os medicamentos podem chegar a custar US\$100 por mês, tornando

<sup>8</sup> Organização Pan-Americana da Saúde, *Las condiciones de salud en las Américas*, Publicação Científica No. 549, OPAS/OMS, Washington DC, 1994.

<sup>9</sup> Banco Mundial. *Invertir en salud. Indicadores de desarrollo mundial*. 1993 (pág. 45).

impossível a sua aquisição em países onde a renda média mensal pode ser da ordem de \$50 a \$200.

Faltam atualmente estudos que possam proporcionar informações sobre as conseqüências econômicas das doenças cardiovasculares em países da América Latina e do Caribe. Não obstante, sabe-se que, nos Estados Unidos, o custo total desse grupo de doenças representa aproximadamente 20% do produto interno bruto.<sup>10</sup> No Canadá, num estudo sobre o custo das doenças, verificou-se que 21% desses custos podem ser imputados a doenças cardiovasculares, as quais absorvem anualmente Can\$12 bilhões. Esses custos abrangem tratamento, atenção e custos indiretos, tais como perdas de renda devidas à incapacidade e morte. Calculou-se também que as doenças cardiovasculares seriam responsáveis pela mais alta proporção (32%) de rendas não auferidas devido a mortes prematuras.<sup>11</sup>

## **5. A prevenção primária de hipertensão arterial requer ação simultânea sobre os fatores de risco para o conjunto de doenças não transmissíveis**

### **5.1 *O papel da dieta, da atividade física e do tabagismo***

As modificações do estilo de vida são particularmente importantes na prevenção da hipertensão. Os pacientes devem ser motivados no sentido de adotar essas modificações, especialmente quando apresentam fatores de risco adicionais, tais como lipemia ou diabetes mellitus. Mesmo para os casos em que as modificações do estilo de vida não são suficientes, a adoção de práticas adequadas no regime alimentar e na atividade física, bem como a cessação do tabagismo, pode levar a uma redução da quantidade e da dosagem de medicamentos anti-hipertensivos. Reconhece-se que obter e manter mudanças de estilo de vida não é fácil tarefa. A mudança deve partir de uma perspectiva de promoção da saúde e prevenção de doenças que inclua concomitantemente a detecção e o controle de fatores de risco específicos.

Em geral, quando se estudam os fatores de risco, estes tendem a se aglomerar em determinados grupos populacionais. Isso ocorre não somente em países industrializados, como também em países de renda mais baixa, como demonstram os dados de uma recente pesquisa apoiada pelo Programa de Doenças Não Transmissíveis em três cidades da Bolívia. A Tabela 5 mostra como a prevalência de todos os fatores de risco cardiovascular é mais alta entre as pessoas com hipertensão do que entre as pessoas não hipertensas.

---

<sup>10</sup> American Heart Association, *Heart and Stroke Facts Statistics*, Dallas, AHA, 1993.

<sup>11</sup> Health Canada, *Cost of Illness*. Health Canada, 1996.

**Tabela 5. Presença de fatores de risco cardiovascular entre pessoas com e sem hipertensão arterial em três cidades da Bolívia, 1999**

Fator	Hipertensos	Não hipertensos
Excesso de peso IMC $\geq 25$ *	80,0 %	55,3 %
Obesidade centrípeta **	48,5 %	38,9 %
Inatividade física	60,3 %	49,8 %

\* IMC (Índice de massa corporal)  $\geq 25$  = excesso de peso e obesidade

\*\* Índice Cintura-quadril  $> 1,0$  em homens e  $> 0,85$  em mulheres

## 5.2 Os projetos de intervenção comunitária (CARMEN)

Nas duas últimas décadas foram desenvolvidos programas de intervenção comunitária visando a prevenção dos fatores de risco para doenças não transmissíveis. Dessas iniciativas, existem hoje duas que estão começando a formar uma rede mundial, a CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention – Intervenção Nacional Integrada para Doenças Não-Transmissíveis), que foi organizada na região européia e na qual participam 24 países; e o (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Doenças Não Transmissíveis), que está sendo organizada nas Américas e à qual pertencem atualmente cinco países. Ambas são coordenadas sob a liderança da Organização Mundial da Saúde, razão pela qual o funcionamento da Rede CARMEN nas Américas é coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde.

A finalidade do projeto CARMEN é a redução da prevalência dos fatores de risco associados com as doenças não transmissíveis, mediante ações combinadas e coordenadas de promoção da saúde e prevenção de doenças, no âmbito da comunidade e de seus serviços de saúde.

As medidas visando reduzir os fatores de risco escolhidos baseiam-se nos princípios gerais de integração e intersectorialidade. A ação integrada pressupõe intervenções orientadas no sentido de reduzir simultaneamente um conjunto de fatores de risco comuns às doenças não transmissíveis, no nível tanto individual como comunitário, mediante uma combinação de esforços dos serviços de atenção de saúde preventiva e das intervenções de promoção da saúde dirigidas para a população geral. O CARMEN reconhece, portanto, a necessidade de abranger várias instituições e organizações sociais, tanto dentro como fora do setor da saúde, e coordenar seus esforços. Isso proporciona um contexto para a incorporação das ações para a prevenção e controle da hipertensão.

**6. Em muitos países da Região existem recursos para abordar o problema das doenças cardiovasculares, os quais, porém, requerem melhor organização para aumentar sua eficácia e sua eficiência**

**6.1 *Iniciativa Pan-Americana de Hipertensão Arterial***

Com o objetivo de promover um esforço organizado, o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue, dos Estados Unidos, e a Organização Pan-Americana da Saúde propuseram a criação da Iniciativa Pan-Americana de Hipertensão Arterial, à qual se juntaram a Fundação Interamericana do Coração, a Sociedade Interamericana de Cardiologia, a Sociedade Interamericana de Hipertensão, a Liga Mundial contra a Hipertensão e a Rede Pan-Americana de Programas CARMEN. Os objetivos dessa iniciativa são aumentar a detecção de pessoas com pressão arterial elevada em todos os serviços de saúde e melhorar a adoção e a aderência ao tratamento em todas as pessoas que tenham sido detectadas com hipertensão arterial (ver declaração anexa). Para isso, será preciso adotar e adaptar guias clínicos adequados, preparar pessoal de saúde e avaliar a efetividade da educação do paciente. Isso deve ocorrer no contexto do desenvolvimento de políticas públicas e do desenvolvimento de sistemas de saúde que permitam a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis em conjunto, bem como uma clara decisão de abordar o tema da saúde dos adultos.

**6.2 *Seis razões para fortalecer e desenvolver programas de prevenção e controle da hipertensão arterial***

Em 1998, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou um estudo realizado por uma equipe de especialistas internacionais sobre o controle de doenças cardiovasculares nos países em desenvolvimento.<sup>12</sup> O relatório conclui que os programas de controle da hipertensão arterial em países em vias de desenvolvimento constituem um ponto de partida eficaz para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares, pelas seguintes razões:

- A hipertensão arterial é um fator de risco tanto para as doenças isquêmicas do coração como para as doenças cerebrovasculares;
- Esses programas oferecem vantagens atraentes tanto para os provedores de saúde como para a comunidade;
- Os objetivos são facilmente mensuráveis;

---

<sup>12</sup> Howson CP, Reddy S, Ryan TJ, Bale JR. (Orgs.), Institute of Medicine, *Control of Cardiovascular Diseases in Developing Countries: Research, Development and Institutional Strengthening*. National Academy Press, Washington DC, 1998.

- O impacto do conhecimento da hipertensão, a melhoria do tratamento e o nível de controle podem ser avaliados em curto prazo (cinco anos);
- Os programas oferecem terreno fértil para uma coalizão de várias categorias de provedores de saúde, cada qual com um papel importante na detecção e manejo da hipertensão e suas seqüelas;
- O conceito de redução integrada de problemas cardiovasculares como parte do manejo da hipertensão permite a incorporação de estratégias orientadas para a modificação de outros fatores de risco cardiovascular, como o uso do fumo, as hiperlipemias, o diabetes e a obesidade.

Com relação ao último ponto, a experiência na Região demonstrou que o programa CARMEN que incorpora as estratégias de prevenção primária de diversos fatores de risco vai mais além, uma vez que mostra a redução do risco não somente das doenças cardiovasculares, como de todas as doenças não transmissíveis.

Em resumo, a prevenção e controle das doenças cardiovasculares, e especialmente da hipertensão arterial, pode-se beneficiar de um enfoque integrado no qual as intervenções comunitárias de prevenção primordial e primária sejam combinadas com intervenções de prevenção clínica para indivíduos de alto risco.

## **7. Pontos para discussão**

Submetem-se à consideração do Conselho Diretor as seguintes propostas:

- Apoiar o desenvolvimento da vigilância de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, inclusive a hipertensão arterial.
- Levar a cabo projetos de intervenção controlados que permitam:
  - aumentar o conhecimento do problema na comunidade;
  - avaliar o desenvolvimento e a implementação de guias de manejo da hipertensão, bem como os respectivos custos;
  - melhorar a educação das pessoas com hipertensão;
  - disseminar as melhores práticas.

- Favorecer as alianças com diversos atores a nível regional e nacional para apoiar a incorporação de estratégias de controle da hipertensão arterial nos programas de doenças não transmissíveis. A Organização Pan-Americana da Saúde atuaria no papel de coordenadora, objetivando utilizar sua infra-estrutura para a plena participação dos Estados Membros nessa iniciativa.
- Criar e apoiar um grupo de trabalho sobre hipertensão arterial no âmbito da Rede Pan-Americana de Programas CARMEN.
- Fortalecer o desenvolvimento de programas de prevenção e controle integrado de doenças não transmissíveis.

Anexo: Resolução CE126.R16



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 26-30 junho 2000

CD42/11 (Port.)  
Anexo

## *RESOLUÇÃO*

### *CE126.R16*

#### **DOENÇAS CARDIOVASCULARES, ESPECIALMENTE A HIPERTENSÃO ARTERIAL**

##### *A 126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,*

Tendo analisado o relatório sobre as doenças cardiovasculares, e especialmente a hipertensão arterial (Documento CE126/13);

Tendo em vista a magnitude dos problemas cardiovasculares e levando em conta a efetividade/custo das intervenções para prevenir e controlar ditas doenças, e especialmente das intervenções para controle da hipertensão arterial; e

Considerando que o Subcomitê de Planejamento e Programação examinou as alternativas para melhorar o controle e a prevenção da hipertensão arterial e expressou seu apoio aos enfoques apresentados para responder a esse problema,

#### ***RESOLVE:***

Recomendar ao Conselho Diretor que aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

##### ***O 42º CONSELHO DIRETOR,***

Levando em conta a informação contida no Documento CD42/11, sobre doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão arterial;

Tendo em vista a magnitude dos problemas cardiovasculares, que constituem a principal causa de morte e incapacidade em todos os países das Américas;

Levando em conta a efetividade/custo das intervenções para prevenir e controlar ditas doenças, e especialmente das intervenções para controle da hipertensão arterial; e

Reconhecendo a necessidade de adotar medidas de prevenção e controle das doenças cardiovasculares em geral e da hipertensão arterial em particular,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros a:
  - a) implementar sistemas de vigilância de fatores de risco de doenças cardiovasculares e doenças não transmissíveis em geral;
  - b) atualizar suas políticas de saúde, visando fortalecer e dar prioridade tanto às intervenções comunitárias como às dos serviços de saúde, sobretudo de atenção primária, que conduzam à prevenção e controle das doenças cardiovasculares, e particularmente da hipertensão arterial;
  - c) desenvolver e fortalecer planos nacionais de prevenção e controle de hipertensão arterial.
2. Solicitar ao Diretor que:
  - a) estabeleça as medidas necessárias de mobilização de recursos para a cooperação técnica que permitam a criação ou o fortalecimento de planos nacionais de prevenção e controle da hipertensão arterial no contexto de uma estratégia integrada de prevenção e controle das doenças não transmissíveis;
  - b) fomenta o estabelecimento de parcerias com sociedades científicas e profissionais, organizações comunitárias e agências de cooperação e desenvolvimento tanto multilaterais como bilaterais, para que apoiem os enfoques propostos e levem a cabo pesquisas para melhorar a prevenção e o controle da hipertensão.

*(Sétima reunião, 29 de junho de 2000)*