

Comunicação Breve

COVID-19 e doença hipertensiva no Brasil: possibilidade de uma tempestade perfeita

COVID-19 and hypertensive disease in Brazil: possibility of a perfect storm

Daniela Oliveira de Melo – melo.daniela@unifesp.br, ORCID 0000-0001-8613-7953 ,
Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo,
Diadema, São Paulo, Brasil

Tatiane Bonfim Ribeiro – tatianeribeiro6@gmail.com, ORCID 0000-0003-4434-748X,
Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São
Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil

Guilherme Brasil Grezzana - gbgrezzana2@gmail.com, ORCID 0000-0003-1310-9075 ,
Del Cuore e Hospital São José, Antônio Prado, Rio Grande do Sul, Brasil

Airton Tetelbom Stein - airton.stein@gmail.com – ORCID 0000-0002-8756-8699,
Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências de Saúde de
Porto Alegre, Porto Alegre, RS - Brasil

Autor correspondente: Airton Tetelbom Stein, Av. Neusa Goulart Brizola, 600/1001.
CEP 90460-230, Porto Alegre, Rio Grande do Sul - Brasil. E-
mail: airton.stein@gmail.com.

Os autores declaram que não há conflito de interesses

O texto não foi financiado

Todos os autores colaboraram com a concepção, elaboração e revisão do manuscrito.

PERSPECTIVA

Em meio ao bombardeio de informações sobre a pandemia, não tem havido destaque para a necessidade da manutenção das intervenções efetivas e conhecidas para controle de doenças crônicas. Houve redução de aproximadamente 40% nas admissões hospitalares por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST-T (IAM c/ SST) e acidente vascular cerebral (AVC) nos departamentos de emergência dos Estados Unidos e Espanha durante o período de epidemia (1,2). Estima-se que tenha havido retardo da busca por cuidados médicos adequados devido a fatores como o distanciamento social ou preocupações quanto à aquisição de COVID-19 no ambiente hospitalar, além da perda de diagnósticos de doença cardiovascular (DCV) com a redução dos procedimentos eletivos e aumento na utilização de reperfusão farmacológica, resultando em perda de oportunidade de atendimento precoce crítico.

A experiência da China, Itália e Estados Unidos (EUA) demonstra que a COVID-19 pode levar ao caos do sistema de saúde, mesmo em países com bons recursos financeiros. Ademais, a infecção e medidas adotadas em seu enfrentamento têm o potencial de promover ou agravar comportamentos não saudáveis que também impactariam no desenvolvimento e/ou agravamento de DCV - aumento no consumo de álcool e tabaco, redução da atividade física e da ingestão de frutas e verduras. É imperioso começarmos a reorganizar o sistema de saúde para o atendimento das demandas não diretamente relacionadas ao COVID-19. Entre as ações de curto prazo,

podemos destacar o reforço na orientação de que pacientes com doenças crônicas devem procurar manter seu quadro clínico controlado e que aqueles com sintomas de IAM deveriam procurar atendimento médico tão logo seja possível, por exemplo.

A telemedicina tem sido uma alternativa bastante empregada em vários países do mundo para manutenção da prestação de cuidados. Nos EUA, houve ampliação da oferta e regulamentação desses serviços e do seu reembolso. A *American Academy of Family Physicians* (AAFP) publicou uma diretriz e mantém um website atualizado com orientações sobre tele saúde (3). No Brasil, há iniciativas locais e avanços como o reconhecimento da consulta virtual durante a pandemia de COVID-19, pelo Conselho Federal de Medicina, e a publicação da Portaria 467/2020 do Ministério da Saúde que dispõe sobre a telemedicina em caráter excepcional e temporário. Inclusive, foi anunciada parceria entre a Secretaria de Atenção Primária à Saúde com o Hospital Albert Einstein para disponibilizar consultas médicas e de enfermagem na atenção primária a saúde (APS) já a partir de maio de 2020. No entanto apenas a consulta não é efetiva: como se promove a adesão aos medicamentos e como será o acesso para os pacientes que participarem de teleconsultas?

As farmácias e drogarias tem sido mantido abertas por serem consideradas estabelecimentos essenciais de saúde. Como medida para manter o acesso dos pacientes a medicamentos por meio do programa “Farmácia Popular do Brasil”, o projeto de Lei 928/20, permite que um representante com firma reconhecida em cartório retire o medicamento no lugar do paciente. Há também programas na rede de APS do Sistema Único de Saúde (SUS) que promovem acesso a medicamentos com entrega a domicílio. Por outro lado, nos EUA, há relato de que farmácias que fecharam devido à pandemia e há propostas para ampliação dos sistemas de entrega de medicamentos comprados via telefone ou internet (esse tipo de venda representa hoje menos de 10% de todas as

receitas de venda no varejo naquele país). No Brasil, deve-se levar em conta que o lançamento do programa para autenticar assinatura digital dos médicos é recente e que as vendas remotas estejam restritas aos centros urbanos. Além disso, mesmo havendo dispensação de medicamentos no SUS, é bem conhecido o problema de desabastecimento da Assistência Farmacêutica no Brasil (4,5), que pode ser agravado em ocasião da recessão financeira.

Uma revisão de 2013 caracterizou como heterogêneo o controle da hipertensão no Brasil, sendo 57,6% o maior índice descrito e 10,1% o menor (6). No contexto da pandemia, os pacientes menos estáveis é que precisariam de maior atenção, mas como acessá-los? A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental, diretrizes especiais foram emitidas pela Ministério Saúde a fim de orientar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mencionando que a visita domiciliar deve priorizar “pacientes de risco (pessoas com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença renal crônica, asma, DPOC, doença cardíaca, imunossuprimidos, entre outras)” (7).

É bastante conhecido que determinantes sociais impactam significativamente na prevalência de doenças cardiovasculares e que a desigualdade social tende a ser agravada durante e após a pandemia de COVID-19 (8). O fortalecimento de ações do âmbito da APS e da ESF pode aumentar o controle da hipertensão e outras doenças crônicas, reduzindo tanto o risco para infecções respiratórias agudas graves, como a COVID-19, quanto custos com o cuidado de complicações no futuro. O problema de subfinanciamento do SUS é crônico e, a médio e longo prazo, vai se agravar em decorrência das emendas constitucionais de 2015 e 2016 (Emendas Constitucionais 86/2015 e 95/2016) (9,10).

Considerando o contexto brasileiro, uma revisão sistemática de estudos transversais e de coorte estimou que a prevalência de hipertensão nos anos 2000 era de 28,7% (26,2 - 31,4% - critério JNC8) (11). Os gastos com hospitalização por hipertensão já representavam US\$ 15,2 milhões com financiamento público em 2012, valor que não inclui as complicações das DCV.

O gerenciamento de questões tão sensíveis em contexto de epidemia, remete à metáfora com a tempestade inflamatória desencadeada pelo COVID-19, onde os sistemas homeostáticos perdem o controle estrutural no enfrentamento à infecção. Este ambiente fica ainda mais complexo para melhorar os indicadores de saúde, assim como reduzir as iniquidades e eliminar barreiras de acesso aos serviços de saúde. Portanto, está se anunciando uma tempestade perfeita, principalmente por termos uma agenda incompleta no sistema de saúde brasileiro. Para evitar a tempestade perfeita durante a pandemia, é essencial aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sendo que a hipertensão é um fator prognóstico modificável para ser infectado pela COVID-19 e que pode ser promovido na atenção primária com medidas de custo baixo. É essencial que resgatemos os princípios que nortearam a construção do SUS, com o fortalecimento da rede de atenção à saúde centrada na atenção primária. As questões relacionadas ao cuidado, desde o atendimento emergencial até consultas por telemedicina e a promoção do acesso aos medicamentos com menor risco possível para os pacientes deve estar na agenda dos gestores, profissionais de saúde e dos pacientes. Estas reflexões subsidiam elementos para um debate sobre a complexidade das circunstâncias atuais no sistema de saúde, o qual deve ser orientado na perspectiva do fortalecimento do SUS e do direito à saúde, com uma atenção primária em saúde, cujas bases se sustentam em práticas integral, resolutivas e respondendo as necessidades da comunidade local.

Referências

1. Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020. Disponível em: <https://www.onlinejacc.org/content/early/2020/04/07/j.jacc.2020.04.011> Acesso em 25/05/2020
2. Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez B, Ojeda S, Martín-Moreiras J, Ramón Rumoroso J, López-Palop R, et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC Interv Cardiol*. 2020. Disponível em: <https://www.recintervcardiol.org/es/articulo-original/impacto-de-la-pandemia-de-covid-19-sobre-la-actividad-asistencial-en-cardiologia-intervencionista-en-espana> Acesso em 25/05/2020
3. American Academy of Family Physician. Using Telehealth to Care for Patients During the COVID-19 Pandemic. 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/patient-care/emergency/2019-coronavirus/telehealth.html> Acesso em 25/05/2020
4. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2008 Apr;13(suppl):603–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700009&lng=pt&tlng=pt Acesso em 25/05/2020
5. Nascimento RCRM do, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 Sep

22;51(suppl.2). Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139736> Acesso em 25/05/2020

6. Pinho N de A, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em publicações Brasileiras. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2013.
7. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19 [Internet]. 2020. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf Acesso em 25/05/2020.
8. Yusuf S et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2020;395((10226)):795–808.
9. Lima RTS. Austerity and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS): health in perspective. *Health Promotion International*. 2019 Mar;34(Supplement_1):i20-i27. DOI: 10.1093/heapro/day075.
10. Paes-Sousa R, Schramm JMA, Mendes LVP. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 May 26]; 24(12): 4375-4384.
11. Picon R V., Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One*. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048255> Acesso em 25/05/2020.

Recebido em 15/05/2020

Revisado em 27/05/2020

Aprovado em 03/06/2020