



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

TACIANA AUGUSTA SERRA LOPES PINTO SANTOS

Hipertensão Arterial em Portugal – O Custo do Controlo

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação científica de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO CRUZ FERREIRA
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

NOVEMBRO / 2019

Hipertensão Arterial em Portugal – O Custo do Controlo

Taciana Augusta Serra Lopes Pinto Santos ¹

Professor Doutor António Cruz Ferreira ²

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago ³

¹ Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

² Assistente de MGF; USF Mealhada; Assistente convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

³ Professor Associado com Agregação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar. ORCID: 0000-0002-9343-2827.

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000 – 548 Coimbra

Índice

Lista de abreviaturas e siglas	4
Resumo	5
<i>Abstract</i>	7
Introdução	9
Métodos	11
Resultados	13
Discussão	16
Conclusão	20
Agradecimentos	21
Referências	22

Lista de abreviaturas e siglas

PA - Pressão Arterial

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

HTA - Hipertensão Arterial

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB - Produto Interno Bruto

AVC - Acidente Vascular Cerebral

SNS - Serviço Nacional de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

PVP - Preço de Venda ao Público

ARS - Administração Regional de Saúde

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

USF - Unidades de Saúde Familiar

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

Resumo

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) apresenta uma crescente prevalência mundial. Em Portugal tem uma prevalência de 36% e é a principal causa de morte. O controlo adequado é o melhor método na redução deste problema. Efetuou-se estudo para analisar o custo do tratamento da HTA, percebendo as diferenças entre doentes com e sem controlo. Adicionalmente, avaliaram-se assimetrias regionais, quanto ao cumprimento do cenário ideal: o melhor controlo da doença, pelo menor custo possível, no ambiente dos Cuidados de Saúde Primários.

Métodos

Realizou-se estudo observacional pela recolha de dados públicos na plataforma “Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários”. Compararam-se dois indicadores: 352 – Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial e 353 – Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial controlada. Foi estudado o censo dos resultados nos anos de 2017 e 2018, no mês de Dezembro, em indicador flutuante e, para cada região de Saúde, numa amostra significativa e representativa dos ACeS. Realizou-se estatística paramétrica dada a normalidade dos dados: teste T de Student e ANOVA, definindo-se significado estatístico com $p=0,001$.

Resultados

Em cada ano houve uma diferença significativa entre os dois indicadores, sendo o valor mais elevado na situação de controlo. O custo da terapêutica num doente com HTA controlada é significativamente maior do que na situação não controlada. Em €, em 2017, $78,14 \pm 7,98$ vs. $90,05 \pm 9,12$, com $p < 0,001$; em 2018, $82,99 \pm 8,93$ vs. $95,74 \pm 9,39$, com $p < 0,001$. No ano de 2018, mas não no de 2017, verificou-se diferença significativa no valor da HTA controlada por regiões, sendo mais elevado o valor no Alentejo, seguido de Centro e Algarve. Opondo-se, como de menor custo, ficaram as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo.

Discussão

Como o controlo da HTA apresenta um custo mais elevado, implica ponderar se as medidas não farmacológicas são insuficientes e/ou pouco valorizadas e implementadas na sociedade. Sendo os indicadores construídos em função do prescrito e não do comprado, as diferenças socioeconómicas podem ser um entrave à compra da medicação, que poderá não ser cumprida. As diferenças regionais poderão ser explicadas pelos contrastes de escolaridade,

poder financeiro e distribuição do acesso e tipo de cuidados de saúde primários, bem como da idade e polifarmacoterapia.

Conclusão

O custo da terapêutica da HTA controlada é significativamente maior que o da HTA não controlada. As diferenças regionais devem ser alvo da atenção de entidades competentes para a sua modificação.

Palavras-Chave: hipertensão arterial; custos; controlo; terapêutica; gestão da doença; medicina; economia.

Abstract

Introduction

Arterial hypertension (AHT) has an increasing worldwide prevalence. In Portugal, it's prevalence is of 36%, being AHT the main cause of death. AHT control is the best way to prevent its health outcomes. The aim of this study was to analyze the cost of treatment of controlled hypertension, understanding the differences between patients with and without control. In addition, regional asymmetries were assessed in terms of compliance with the ideal scenario: the best control of the disease, at the lowest possible cost, in the Primary Health Care environment.

Methods

An observational study was made collecting public data on the "Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários" platform. Two indicators were compared: 352 - Cost of treatment for patients with arterial hypertension; 353 - Cost of treatment for patients with controlled arterial hypertension. The universe of the Portuguese people attended in the National Health Service in Portugal was studied by two indicators in December 2017 and 2018, and a representative randomized sample of units for each Portuguese health region. The indicators are based on the value of retail prices of the prescribed anti-AHT medicines prescribed and not on the purchase value. Data distribution being normal, Student's T test and ANOVA were applied, with statistical significance defined as $p < 0,001$.

Results

A significant difference between the two indicators, with higher values for the control situation was found in the years of 2017 and 2018. The cost of therapy in a patient with controlled hypertension is higher than in the uncontrolled situation. In 2017, there was no significant difference between regions. However, in 2018, a highest costs of AHT control in Alentejo and Centro region was found as opposed to the less costly regions of Norte and Lisboa e Vale do Tejo.

Discussion

Control of AHT is more costly, possibly because non-pharmacological measures are not yet sufficiently valued and implemented in society. Higher cost of prescription may be due to socioeconomic differences that can be a barrier to the purchase of medication. Regional differences can be explained by contrasts in education, economic power and distribution of access and type of primary health care.

Conclusion

The cost of medications for controlled ATH is significantly higher than that of uncontrolled hypertension. Regional differences should be addressed by the competent authorities in order to modify them.

Keywords: *arterial hypertension; cost; control; therapeutic; disease management; medicine; economy*

Introdução

A Pressão Arterial (PA) é avaliada pela pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). O diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se como a elevação persistente, em várias medições e ocasiões, da PAS igual ou superior a 140 mmHg e/ou da PAD igual ou superior a 90 mmHg [1], determinados profissionais treinados e aparelhos calibrados [2]. Costuma ser um problema silencioso, podendo manifestar-se por cefaleias, tonturas, mal-estar, visão desfocada, toracalgia ou dispneia. É fator de risco significativo para doença vascular cerebral, coronária, vascular periférica, insuficiências cardíaca e renal, alterações cognitivas e fibrilhação auricular [1].

Mundialmente, as doenças cardiovasculares são uma importante causa de mortalidade. Em 2018, apurou-se que 10 milhões de pessoas morrem anualmente por HTA [3]. Na Europa, mais de 1/3 da população sofre desta doença [2]. Em 2016, a OCDE relatou que, neste continente, 8 em 10 pessoas com mais de 65 anos têm doenças crónicas (incluindo HTA) responsáveis por 550 mil mortes em idade ativa, impactando negativamente e de forma significativa no mercado de trabalho. A nível económico, mais de 70% dos orçamentos da saúde são gastos no tratamento destas patologias e 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) europeu é despendido anualmente em atestados de incapacidade [4].

Em Portugal, a HTA é a doença crónica mais frequente [5]. Afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos, sendo mais prevalente nos homens e aumentando com a idade (71% entre os 65-74 anos de idade) [6]. Esta patologia é a principal causa de morte no território nacional [7] - todos os dias, cerca de 100 portugueses morrem por problemas cérebro-cardiovasculares [6]. Infelizmente, o nosso país é líder na taxa de acidentes vasculares cerebrais (AVC) da Europa, o que acarreta um grave impacto na sociedade. Salienta-se que um controlo adequado da PA para idade superior a 60 anos representa uma redução da mortalidade em 15% e diminuição da incidência de AVC em 35% [1].

Em primeiro lugar, o tratamento passa por intervir no estilo de vida: adotar uma dieta equilibrada, baixa em gorduras, praticar regularmente exercício físico, manter o índice de massa corporal e o perímetro abdominal normais, diminuir o consumo de álcool, restringir o consumo de sal (valor ingerido inferior a 5,8 g/dia) e cessar o hábito tabágico [1]. Quando tal não é suficiente, recorre-se à prescrição médica de fármacos, adequados às características de cada doente, que, por sua vez, deve cumprir as indicações e comparecer às consultas de vigilância. A HTA, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância

continuada no tempo, não esquecendo que a interrupção absoluta ou intermitente pode associar-se ao agravamento da clínica [1].

O controlo da HTA é o método com melhor custo-efetividade na redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular prematura [8]. Contudo, como é distribuído o financiamento necessário ao mesmo? Um controlo adequado apresenta mais ou menos encargo ao Serviço Nacional de Saúde (SNS)? Entenda-se encargo como o valor faturado em função das prescrições, tenha ou não havido compra, efetuadas pós Denominação Comum Internacional, como nome genérico, tido em conta o preço do quarto medicamento genérico mais barato. E ainda, como são as diferenças destes parâmetros nas diferentes regiões nacionais?

Esta temática ainda não foi alvo de qualquer estudo aprofundado, daí a pertinência e originalidade deste tema. Foi objetivo do presente estudo analisar o custo do tratamento da HTA controlada, avaliando o encargo para o SNS com cada doente e, percebendo as diferenças de custo para os doentes sem controlo. Adicionalmente, procurou-se avaliar a existência de eventuais assimetrias regionais em Portugal, quanto ao cumprimento do cenário ideal: o melhor controlo da doença, pelo menor custo possível.

Métodos

Realizado estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, a partir de indicadores que permitem aferir a realidade da saúde em Portugal. Estes estão disponíveis via online e de acesso público, na plataforma “Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários” (BI-CSP) [9].

Os dois indicadores escolhidos para a elaboração deste trabalho foram:

352 – Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial

353 – Custo com terapêutica do doente com Hipertensão Arterial controlada

O indicador 352 tem como objetivo monitorizar o custo do tratamento da hipertensão arterial e exprime a despesa média com antihipertensores nos doentes com esta doença. Tem como numerador o somatório do preço de venda ao público (PVP) dos antihipertensores (pertencentes à classe 3.4 da classificação farmacoterapêutica do Infarmed) prescritos aos doentes com HTA, por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, durante o período em análise, aos utentes incluídos no denominador. Assim, o denominador é a contagem de doentes com HTA, com inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador, em que o diagnóstico de HTA se encontra na lista de problemas ativos.

Já o indicador 353, é em tudo semelhante ao anterior, à exceção de que se trata de casos de HTA controlada. O seu objetivo é portanto monitorizar a eficiência do tratamento desta doença e exprime a despesa média com antihipertensores nos doentes com HTA controlada. O seu denominador difere apenas no facto de incluir doentes cujo último registo da PA, realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde, apresentou tanto uma PAD como PAS inferior a 150/90mmHg na mesma data, não se contabilizando registos em texto.

A amostra, representativa da realidade nacional, incluiu as 5 administrações regionais de saúde (ARS). Para cada uma, foi feita ordenação alfabética dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) que as constituem e atribuído a cada um número cardinal por ordem crescente. Por escolha aleatória, foram selecionados os números pares, de forma a totalizar a metade+1 de cada ARS (quando os pares esgotaram selecionou-se o número 1 dessa ordem). Em Agosto de 2019 acedeu-se à plataforma online citada, sendo selecionado o mês de dezembro do ano 2017, para o indicador 352, pelo método de “período em análise flutuante”. Num documento Excel iniciou-se o registo de várias tabelas organizadas por ARS e por ACeS. Para cada um, foram anotados os valores obtidos em ambos os indicadores - média nacional, da

ARS e do ACeS - em questão. Este processo foi repetido para o mesmo mês do ano 2018 e ambos os períodos para o indicador 353.

A análise dos dados recolhidos foi feita com recurso ao SPSS, utilizando um valor alfa de 0,05 e um intervalo de confiança de 95%. Para avaliar se houve uma distribuição normal dos dados, aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, que verificou a existência da mesma - média e desvio padrão superiores a 0,05, pelo que se tratou de uma amostra passível de análise. Assim, foi possível o uso de estatística paramétrica (teste T de Student) para comparação dos dados entre os dois indicadores e os dois anos. Para avaliar as eventuais diferenças entre as regiões (ARS) recorreu-se ao teste ANOVA, definindo-se para significado estatístico o valor de $p=0,001$.

Resultados

Para avaliar se houve uma distribuição normal dos dados obtidos anteriormente aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, que mostrou que ambos os indicadores tinham distribuição normal: indicador 352 $p=0,060$; indicador 353 $p=0,200$.

Para a comparação a nível nacional entre os dados correspondentes aos indicadores e anos selecionados, foi usado o teste T de Student (Tabela 1). Verificamos não haver diferença nos dois indicadores comparando a sua média a nível nacional para os anos considerados. No entanto, a dinâmica de crescimento é de +0,15 para os dois indicadores de 2017 para 2018 no seu valor médio.

Tabela 1 – Comparação nacional, entre os indicadores 352 e 353, nos anos de 2017 e 2018

	Ano	N	Média	Dp	IC a 95%	p
Ind352 (*)	2017	31	78,14	7,98	75,21 - 81,07	0,028
	2018	31	82,99	8,93	79,72 - 86,27	
Ind353 (*)	2017	31	90,05	9,12	86,70 - 93,39	0,018
	2018	31	95,74	9,39	92,29 - 99,19	

(*) Teste T de Student

Nota: Ind352 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial; Ind353 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada; N – número de AceS; Dp – Desvio-padrão.

A análise para cada ano revelou para o ano de 2017 uma diferença significativa entre ambos os indicadores no seu valor médio, sendo mais elevado para a situação de controlo conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação nacional, entre os indicadores 352 e 353, no ano de 2017

Ano	Ind	N	Média	Dp	p
2017 (*)	352	31	78,14	7,98	< 0,001
	353	31	90,05	9,12	

(*) Teste T de Student

Nota: Ind352 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial; Ind353 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada; N – número de AceS; Dp – Desvio-padrão.

A análise para o ano de 2018 revela achados similares de diferença significativa entre ambos os indicadores no seu valor médio, sendo mais elevado para a situação de controlo conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Comparação nacional, entre os indicadores 352 e 353, no ano de 2018

Ano	Ind	N	Média	Dp	P
2018 (*)	352	31	82,99	8,93	< 0,001
	353	31	95,74	9,39	

(*) Teste T de Student

Nota: Ind352 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial; Ind353 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada; N – número de AceS; Dp – Desvio-padrão.

Assim, tendo o indicador 353 uma média superior nos dois anos, significa que o custo com a terapêutica num doente com hipertensão arterial controlada é maior do que para a situação não controlada. É, portanto, significativamente mais caro o valor prescrito em medicamentos quando esta patologia está sob controlo.

A análise em função das Regiões de Saúde, na média calculada nos ACeS aleatorizados, para os dois indicadores no ano de 2017, é apresentada na Tabela 4, verificando-se a ausência de diferença significativa.

Tabela 4 - Comparação dos grupos, entre os indicadores 352 e 353, no ano de 2017

Ano	Ind		Soma dos quadrados	gl	Quadrado médio	F	p
2017 (*)	352	Entre grupos	601,19	4	150,3	2,98	0,038
		Nos grupos	1310,93	26	50,42		
		Total	1912,13	30			
	353	Entre grupos	787,63	4	196,91	3,00	0,037
		Nos grupos	1705,88	26	65,61		
		Total	2493,51	30			

(*) Teste ANOVA

Nota: Ind352 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial; Ind353 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada.

Para o ano de 2018 (Tabela 5), a mesma análise revelou diferença significativa para o indicador 353 - custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada.

Tabela 5 - Comparação dos grupos, entre os indicadores 352 e 353, no ano de 2018

Ano	Ind		Soma dos quadrados	gl	Quadrado médio	F	Sig
2018 (*)	352	Entre grupos	1023,26	4	255,82	4,86	0,005
		Nos grupos	1368,52	26	52,64		
		Total	2391,78	30			
	353	Entre grupos	1416,21	4	354,05	7,47	< 0,001
		Nos grupos	1231,77	26	47,38		
		Total	2647,98	30			

(*) Teste ANOVA

Nota: Ind352 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial; Ind353 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada

Na Tabela 6 apresentam-se os dados relativos à média do valor do indicador 353 - custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada.

Tabela 6 - Comparação entre as médias calculadas nas regiões de saúde (ARS) pela aleatorização de ACEs, para o indicador 353, no ano de 2018

Ano	Ind	ARS	N	Média	Mediana	Dp	Mínimo	Máximo
2018	353	Norte	13	90,56	89,13	7,33	76,81	103,24
		Centro	7	104,28	106,7	8,34	89,09	112,87
		Lisboa e Vale do Tejo	8	92,24	93,95	5,13	85,28	97,82
		Alentejo	3	107,56	105,62	3,51	105,46	111,61
		Algarve	2	100,54	100,54	0,04	100,51	100,57

Nota: Ind353 – custo com terapêutica do doente com hipertensão arterial controlada; N – número de AceS; Dp – Desvio-padrão.

Tendo em conta que para o indicador 353, no ano de 2018, o valor da média nacional era de 95,74, constata-se que os valores mais elevados se encontram nas regiões do Alentejo e Centro, opondo-se às regiões com menor custo na HTA controlada, Norte e Lisboa e Vale do Tejo. O Algarve assume a posição mais central.

Discussão

Em Portugal, a hipertensão arterial é a principal causa de morte e é a doença crónica mais frequente. A sua tendência crescente de frequência obriga à adoção de medidas preventivas. Tratando-se de uma doença que continuará a prevalecer no país, é imperativo um acompanhamento eficaz dos doentes. Torná-la uma doença com o maior controlo possível, atingido da forma mais rápida e sustentada, pelo menor custo possível, deve ser o desiderato.

Os cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal estão organizados no sentido de agirem da forma mais profícua na população. O Ministério da Saúde inclui as ARS que, por sua vez, se constituem por vários ACeS, sendo estes formados por várias unidades funcionais como as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Todos estes órgãos são avaliados a nível nacional por indicadores como os que serviram como base de dados para o presente estudo. Os resultados da análise desses dados mostraram que o indicador 353 apresentou um valor médio superior ao do 352, tanto em 2017 como em 2018, significando isto que o custo com a terapêutica num doente com hipertensão arterial controlada é maior do que para a situação não controlada. É, portanto, significativamente mais caro o valor prescrito em medicamentos quando esta patologia está sob controlo. Quanto à comparação entre as 5 regiões nacionais, constatou-se que os valores mais elevados se encontram nas regiões do Alentejo e Centro, opondo-se às regiões com menor custo na HTA controlada, Norte e Lisboa e Vale do Tejo, ficando assim o Algarve numa posição central.

Há variadas razões para o custo da terapia antihipertensora ser maior quando a doença atinge um controlo. As medidas não farmacológicas devem ser a primeira medida terapêutica a ser instruída aquando do diagnóstico de hipertensão arterial. São variados os exemplos de falhas na sua implementação. Começando na alimentação, nomeadamente na ingestão de sal, cada português ainda consome uma média de 3gr de sal a mais do que deveria por dia [6]. É, assim, urgente inculcar na sociedade hábitos alimentares corretos, evitando este fator de risco. Outra grave situação é a da obesidade: cerca de 28% dos portugueses adultos sofrem deste problema e mais de 30% das crianças apresentam excesso de peso [10]. Estes valores alarmam para a necessidade de restrição calórica e exprimem a ainda fraca consciencialização da sociedade sobre as consequências da obesidade. É iminente a implementação da prática de atividade física regular, aos níveis clínico, escolar e municipal. Em doentes com excesso de peso e hábitos alimentares errados, o caminho mais fácil é ignorar o poder das medidas citadas e optar unicamente por controlar a HTA por medicação. Aqui, os CSP têm um papel fulcral em alterar esta tendência e conseguir mudanças no estilo

de vida dos seus doentes. Quando houver um esforço coletivo da parte dos profissionais de saúde, dos utentes, do governo e órgãos locais, para a maior prática regular de atividade física com restrição da adição de sal na alimentação, certamente que os custos da prescrição na HTA se tornarão mais baixos.

Quanto a casos em que de facto é necessária a terapêutica farmacológica e, conseqüentemente, despesa do SNS e dos doentes, importa analisar quem realmente tem poder de compra suficiente para suportar os gastos na sua medicação e assim, atingir o controlo da patologia. Já se apurou que a grande diferença entre doentes com HTA controlada ou não, é o seu nível socioeconómico: os que conseguem o controlo da patologia são de classe mais alta [11]. Portanto, há que criar medidas políticas mais justas para que os cidadãos portugueses que sofrem desta doença com uma mortalidade tão alta e que apenas têm a medicação como única hipótese de controlo, consigam o acesso à mesma. Além disto, o maior encargo no controlo pode ainda ser explicado pela necessidade de ajustes terapêuticos ao longo do tempo até se determinarem os melhores fármacos e respetivas doses para cada utente. Há que ter ainda em conta que, apesar do custo ser elevado quando se atinge um controlo, este cumpre a sua função de prevenção de complicações, que poderiam ser razão de mais hospitalizações e, desta forma, evitar-se-á um maior encargo. Será interessante, no futuro, estudar o encargo dos internamentos e processos associados a complicações nesta doença, bem como saber como é que as pessoas que sofrem de HTA percecionam a sua patologia e respetiva terapêutica.

Dado que nos casos em que a HTA não está controlada há associação a um menor encargo ao SNS, frisa-se de novo a ideia de que o PVP dos medicamentos poderá ser demasiado alto em indivíduos com baixa capacidade financeira mas que realmente precisam dos mesmos. Aqui, são importantes medidas como uma boa negociação da parte do Estado nas participações medicamentosas, e ainda uma melhoria na formação médica. Além da limitação nos acessos e meios de transporte, outro grande fator de abandono da terapêutica e, conseqüentemente, da comparência nas consultas de vigilância, tão importantes ao seguimento e tratamento eficaz desta doença, é o poder socioeconómico. Este, pode ser facilmente associado ao poder de compra da medicação. Sabe-se que é nos indivíduos desempregados ou sem atividade profissional que se registam mais casos de hipertensão arterial e obesidade [6]. Por sua vez, o sucesso profissional está dependente da escolaridade. Como a HTA é mais frequente nas pessoas com níveis mais baixos (1º ciclo ou nenhuma) [10], é mandatário combater o abandono escolar, continuar a reduzir a taxa de desemprego e assim, dar mais oportunidades de vivermos numa sociedade mais capaz, informada e saudável.

Um agravante do controlo desta doença é também a não adesão à terapêutica, por incumprimento da prescrição, por exemplo, pelo carácter sintomatológico silencioso da HTA. É importante incentivar à prescrição de posologias simples e adequadas ao quotidiano de cada doente.

Os valores mais elevados dos custos da HTA controlada encontram-se nas regiões do Alentejo e Centro. O Alentejo é a ARS com maior prevalência de HTA, mas é a 2ª região com melhor controlo [8]. É ainda a região nacional com menor número de habitantes [6], sendo estes os que apresentam os níveis mais baixos de escolaridade [12], o que pode justificar estes dados, uma vez que um nível educacional mais baixo se associa à maior propensão para sofrer doenças crónicas como a hipertensão arterial [6]. Já o Centro é a 2ª região onde há um pior controlo da HTA [8] e, alargando o panorama à escala global medicamentosa, foi onde se registou o maior consumo de medicamentos, com o valor mais elevado nos indicadores estudados com encargo do SNS [13]. Pela análise deste contraste de prevalências e verificação de que as duas regiões atingem os custos mais elevados, há que pensar nas suas diferenças intrínsecas.

Verificou-se que o cenário ideal (o melhor controlo da HTA pelo menor encargo) acontece nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo. O Norte é a 2ª região com menor prevalência de HTA e a ARS com melhor controlo da doença [8]. Observou-se um menor consumo de medicamentos totais e conseqüente menor gasto no distrito do Porto [13]. Já Lisboa e Vale do Tejo é a região com menor prevalência de HTA [8], com maior número de residentes [6], e onde se verifica a taxa mais alta de habitantes com o ensino superior. Isto pode justificar a maior informação e capacitação dos doentes quanto à sua situação, bem como a adoção de medidas corretas no seu controlo.

Em 2017, cerca de 93% dos portugueses tinham médico de família, resultado do reforço e expansão da rede de CSP [6]. No entanto, um fator comum que justifica as discrepâncias regionais aqui estudadas, tem a ver com o facto de a maior parte das USF se localizarem nas áreas urbanas litorais, cuja população tem uma maior densidade, é mais jovem, com melhores níveis educacionais e mais poder de compra [14]. Há ainda 138 conselhos sem nenhuma USF, mas com UCSP. Estudos mostram que se os inscritos em UCSP estivessem em USF, teriam menos custos na despesa com medicamentos ou exames complementares e evitariam o excesso de internamentos ou urgências [15]. As USF têm um melhor desempenho na qualidade dos cuidados prestados, bem como no controlo da HTA dos seus utentes [13]. Assim, com a criação de mais USF nas regiões do interior do país, haveria uma melhoria, eventualmente significativa, destes indicadores de saúde e uma redução dos custos globais.

É necessário melhorar ainda mais o acesso aos CSP nas populações do interior, proteger quem é mais desfavorecido e impedir que a localização geográfica de uma pessoa impeça o controlo da sua doença e, por conseguinte, a sua qualidade de vida.

Este trabalho sofreu algumas limitações e não abrangeu toda a complexidade de fatores que contribuem para estes resultados. Não foram analisados quais os ACeS com melhor desempenho no custo do controlo da HTA, comparando valores entre o litoral e interior de cada ARS. Num futuro breve, há muitos temas a abordar, estudos analíticos a realizar e problemáticas a resolver. Os dados inerentes tiveram em conta o valor da prescrição emitida e não necessariamente a compra da medicação, pelo que será importante criar indicadores que analisem a compra efetiva das prescrições, alargando o estudo à indústria farmacêutica. Há mais custos associados ao controlo da HTA do que apenas a contabilização da prescrição, que deverão ser analisados: as consultas de seguimento noutras especialidades e ainda ter em conta a multimorbilidade, os episódios de urgência por complicações, os internamentos ou mesmo os exames complementares realizados. Também importa perceber de que forma a prática de diversas medidas explanadas pode influenciar na diminuição dos custos associados a esta doença.

Conclusão

O custo do controlo da terapêutica da hipertensão arterial em Portugal é mais elevado para o serviço nacional de saúde na prescrição medicamentosa da HTA controlada. Verificou-se uma diferença significativa no custo dos casos de HTA controlada entre as várias ARS no ano de 2018 – o Alentejo como região mais dispendiosa e o Norte cumprindo o cenário ideal de melhor controlo por menor custo.

As diferenças verificadas entre as cinco regiões, cujos fatores determinantes dos resultados devem ser alvo da atenção de entidades competentes à sua modificação, merecem uma futura reflexão. De forma a diminuir os custos desta patologia, importa um equilíbrio entre a prevenção dos fatores de risco na população, a sua capacitação no controlo da doença, o investimento na terapêutica e garantir um acesso justo e equalitário a nível nacional. São ainda necessárias abordagens mais eficazes e estudos futuros mais específicos que abranjam uma avaliação global dos custos económicos e de morbilidade da HTA.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Cruz Ferreira e ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela prontidão constante e orientação exímia ao longo da concretização deste trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

Ao Francisco, pelo amor.

Aos amigos próximos, pela definição de amizade.

Referências

1. Direção-Geral da Saúde - Norma da Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Norma nº 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx> [Acedido em 2 de novembro de 2019]
2. Sociedade Portuguesa de Hipertensão - Hipertensão arterial (HTA): o que é?. [Internet]. Available from: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89 [Acedido em 2 de novembro de 2019]
3. International Society of Hypertension & World Hypertension Day - May Measurement Month. [Internet]. Available from: http://ish-world.com/data/uploads/may_measurement_month/PT/180427_01_AN_MMM_infographic_pt_portrait.png [Acedido em 2 de novembro de 2019]
4. Campos, Luís. Acta Médica Portuguesa, 31/01/2018 - Uma perspetiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2017”. [Internet]. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PvmHLWj7Om8J:https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/10111/5322+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> [Acedido em 2 de novembro de 2019]
5. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - Infográfico Doença crónica. 2015. [Internet]. Available from: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5748/4/INSA-info-doenca-cronica-PT.pdf> [Acedido em 2 de novembro de 2019]
6. Serviço Nacional de Saúde - Retrato da Saúde 2018. [Internet]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf [Acedido em 2 de novembro de 2019]
7. Jornal Médico - Hipertensão: a principal causa de morte em Portugal em debate. [Internet]. Available from: <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/37050-hipertensao-a-principal-caoa-de-morte-em-portugal-em-debate.html> [Acedido em 2 de novembro de 2019]

8. Ferreira, Rui Cruz; Macedo, Mário Espiga; Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - A Hipertensão Arterial em Portugal. 2013. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-ppsx.aspx> [Acedido em 2 de novembro de 2019]
9. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017. Abril 2017. [Internet]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf [Acedido em 2 de novembro de 2019]
10. Ana P. Rodrigues, Vânia Gaio, Irina Kislaya, Sidsel Graff-Iversen, Eugénio Cordeiro, Ana C. Silva, Sónia Namorado, Marta Barreto, Ana P. Gil, Liliana Antunes, Ana Santos, José Pereira-Miguel, Baltazar Nunes, Carlos Matias-Dias; INSEF Research group; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; “Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015)”; [Internet]. Available from: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf [Acedido em 9 de novembro de 2019]
11. Silva, R.; “Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Dimensões para o seu Controlo”; [Tese de MIM]. Universidade de Coimbra, 2019. [Acedido em 9 de novembro de 2019]
12. PORDATA; “População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%)”; [Internet]. Available from: [https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-380-1856](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380-1856) [Acedido em 9 de novembro de 2019]
13. Observatório Português dos Sistemas de Saúde: "Saúde - um direito humano - Relatório de Primavera 2019"; [Internet]. Available from: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf> [Acedido em 9 de novembro de 2019]
14. Delgado, Manuel; “Cuidados de Saúde Primários aquém das expectativas”; [Internet]. Available from: <http://visao.sapo.pt/opiniao/2019-07-22-Cuidados-de-saude-primarios-aquem-das-expetativas> [Acedido em 9 de novembro de 2019]

15. Vilas Boas, Bernardo; “A nova organização nos cuidados de saúde primários, os seus resultados e o futuro”; [Internet]. Available from: <https://www.usf-an.pt/artigos-de-opiniao/a-nova-organizacao-nos-cuidados-de-saude-primarios-os-seus-resultados-e-o-futuro/> [Acedido em 9 de novembro de 2019]