

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

WISLEY MORAES¹; **THALES MOURA²**; **LUCAS MARQUES³**; **ANDERSON MENDES⁴**; **NATÁLIA SILVA⁵**; **ELAINE TOMASI⁶**

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – wisley_felipe@hotmail.com

²UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – thales.moura@ymail.com

³UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – luscas.marques_ieq@yahoo.com

⁴UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – mendesanderson2013@gmail.com

⁵UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – natth.silva@yahoo.com.br

⁶UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – tomasiet@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica do sistema circulatório resultante do aumento da pressão sanguínea no sistema vascular arterial, em função do aumento do volume líquido sanguíneo ou da diminuição do calibre e complacência das túnica que formam as artérias¹. Globalmente, a taxa de mortalidade por doenças crônicas tem ultrapassado a por doenças infectocontagiosas. Dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as doenças cardiovasculares, grupo ao qual se inclui a hipertensão, tem sido a maior causa de morte, com letalidade duas vezes maior que o câncer e três vezes maior que as doenças respiratórias¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ao menos 1 bilhão de pessoas sejam hipertensas, registrando 9 milhões de mortes anuais em consequência do aumento crônico da pressão arterial (OMS, 2013)². Projeções indicam que em 2030 as doenças cardiovasculares serão responsáveis por 23% dos óbitos mundialmente (incluindo doenças crônicas e não-crônicas). No Brasil, a HAS responde, de acordo com o Caderno de Atenção Básica, por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal.³

O desenvolvimento da HAS apresenta um conjunto de determinantes em que estão envolvidos fatores sociais (globalização, urbanização, envelhecimento, renda, educação e moradia), comportamentais (inatividade física, tabagismo, dieta não-saudável e alcoolismo) e metabólicos (obesidade, diabetes e dislipidemia). Todos esses fatores corroboram para desfechos em falências renais ou doenças do sistema cardiovascular (OMS, 2013)^{2,6,7}.

O presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência de HAS de acordo com características sociodemográficas e comportamentais em moradores das capitais do Brasil. Este conhecimento pode contribuir para a identificação dos grupos de risco, bem como para a elaboração de políticas públicas de controle e prevenção da doença, colaborando para melhorar a qualidade de vida e a expectativa de vida dos portadores de HAS.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, com base em dados secundários do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2016. Trata-se de uma amostra probabilística da população de adultos (≥ 18 anos de idade) que residiam em domicílios servidos por ao menos uma linha telefônica fixa das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. A amostragem foi realizada em duas etapas: primeiro foram sorteadas cinco mil linhas telefônicas por cidade e depois realizou-se sorteio de um dos adultos residentes no domicílio sorteado. Como parte da população não possui linha telefônica e, portanto, não pode fazer parte do sorteio, foi necessário fazer

uma ponderação pelo método *rake* para realizar a inferência de estimativas de maneira a minimizar vieses. As entrevistas telefônicas foram realizadas por uma empresa especializada entre os meses de fevereiro e dezembro de 2016. Os indivíduos foram questionados sobre diagnóstico médico de hipertensão arterial através da pergunta: "Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?" com opções de resposta "sim" e "não". As variáveis de exposição foram idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, região, consumo de tabaco e álcool, excesso de peso, inatividade física e plano de saúde. Por meio do pacote estatístico STATA (versão 15.0), realizou-se análise descritiva das variáveis com medidas de distribuição de frequência, e análises bivariadas usando o teste do qui-quadrado com nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final, foram completadas 53.210 entrevistas em adultos maiores de 18 anos nas cinco regiões brasileiras. A prevalência de HAS entre os adultos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal foi de 34% (IC95% 34,0; 34,8). Em comparação com estudo realizado utilizando o Vigitel 2013, tivemos um acréscimo de 10,3 pontos percentuais na prevalência de HAS em apenas três anos.^{6,10}

A HAS foi maior no sexo feminino (36%; IC95% 35,9; 36,9) e aumenta conforme a idade, saindo de 8% entre 18 e 39 anos (IC95% 7,8; 8,6) para 59% (IC95% 58,3; 59,7) entre os adultos mais de 60 anos.

Em relação a cor/etnia, temos a maior prevalência de HAS entre brancos 35% (IC95% 34,6; 35,8) comparado a outras categorias. Já avaliando o estado civil, temos menor prevalência em solteiros (18%; IC 95% 17,7; 18,9), e maior em viúvos (62%; IC95% 60,6; 63,1), sendo casados e separados com prevalência intermediaria a essas duas categorias anteriores (respectivamente: 38%; IC95% 36,9; 38,1 e 41%; IC95% 39,4; 42,3).

A HAS é mais elevada em indivíduos com menor escolaridade, sendo 66% entre indivíduos que declararam nenhuma escolaridade (IC95% 62,8; 68,4) e 52% entre indivíduos com escolaridade entre 1 e 8 anos (IC95% 51,4; 53,2). Por regiões, percebe-se que as prevalências de HAS foram parecidas nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul (respectivamente: 37%; IC95% 36,0; 38,1, 35%; IC95% 34,4; 35,8; 38%; IC95% 36,7; 38,9; 39%; IC95% 34,5; 40,0). Em contrapartida, a prevalência na região Norte foi menor (28%; IC95% 27,34; 28,8). Com relação a tabagismo e consumo abusivo de álcool, tem-se a maior prevalência entre ex-fumantes (46%; IC95% 45,3; 47,0) e pessoas que não fazem consumo abusivo de álcool (36%; IC95% 35,6; 36,5).

Na categoria plano de saúde, a diferença de prevalência entre os que possuem ou não esse serviço é de menos de 1 ponto percentual (34%; IC95% 33,8; 34,9 entre os que possuem, e 35%; IC95% 34,0; 35,2 entre os que não possuem).

Já nas categorias obesidade e inatividade física, maiores prevalências foram observadas entre os obesos (42%; IC95% 41,9; 43,1) e entre os que não praticam atividade física (49%; IC95% 48,3; 50,4).

Sabe-se que hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para diversas outras comorbidades, como insuficiência cardíaca, doença aterosclerótica coronária, acidente vascular encefálico, doença renal e doença arterial periférica. Portanto, esse aumento da prevalência da HAS no país traz como consequência uma demanda maior de serviços de saúde a fim de tratar essas complicações em médio e longo prazo.

Nossos resultados indicam que maiores prevalências de HAS são encontradas para indivíduos com mais de 60 anos de idade; mulheres; brancos; e sem escolaridade. Apesar da população de referência do Vigitel ser restrita, resultados similares foram encontrados com base em dados de representatividade nacional, coletados em 2013.¹¹ Isso demonstra que, embora a prevalência de HAS

tenha aumentado, o perfil populacional desses hipertensos é similar.

De acordo com estado civil, maior prevalência de HAS foi encontrada entre os indivíduos viúvos. Nesse sentido, em um estudo feito na população de Belém do Pará, no ano de 2005, seguiu-se a mesma tendência.

Em relação aos hábitos de vida, foi identificado que ser ex-tabagista, não praticar atividade física, estar acima do peso e não fazer uso abusivo de álcool apresentam maior prevalência de HAS. Ao analisar outros estudos que relacionaram a prática de atividade física com HAS, percebe-se uma coerência, uma vez que esses estudos também apontam maior prevalência de HAS entre indivíduos que não praticam atividade física¹³.

Comparado ao Vigitel de 2013 houve uma diminuição de 1,5 pontos percentuais na prevalência de HAS entre os obesos.¹²

É importante ressaltar que estudos transversais estão sujeitos ao viés de causalidade reversa e estes resultados provavelmente indicam uma mudança de hábitos após o diagnóstico de HAS. Ao evidenciar o aumento da prevalência da HAS em relação ao estudo passado, é de suma importância diagnosticar os indivíduos precocemente para que se previna o agravio da doença. É necessário que sejam feitas algumas intervenções em relação à HAS no Brasil. É essencial a identificação desses indivíduos como um grupo-alvo para a tomada de ações preventivas para o indivíduo ou a população. Precocemente, a medida mais favorável seria a prevenção da HAS por meio de programas de saúde dirigidos às populações com maior risco para a doença (indivíduos maiores de 60 anos, mulheres, brancos, sem escolaridade, viúvos, ex-tabagistas, que não praticam atividade física, acima do peso), que estimulem a atividade física e a redução de peso corporal.

CONCLUSÕES

Através dos dados coletados pelo Sistema Vigitel de 2016 foi possível observar o crescimento da HAS. Como é sabido, a hipertensão arterial sistêmica predispõe a muitas comorbidades e, diante disso, o Brasil deve investir mais em prevenção e não focar apenas em seu tratamento, visto que o país está caminhando para uma alteração em sua pirâmide etária, com aumento da proporção de população idosa, público este que tem mais fatores de risco para a enfermidade. Logo, se isso não ocorrer, haverá mais doentes e, consequentemente, maior demanda de gastos públicos em tratamento. Desse modo, pesquisas na área, rastreamento de população vulnerável, campanhas de prevenção e saúde, investimentos em esportes e, principalmente, qualificação educacional são meios de se contornar e diminuir os números crescentes de HAS em brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Heart Association. What Is High Blood Pressure? Am Hear Assoc. 2016;1–13.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. O que causa a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada? [Internet.]Seattle (WA): . 2005-2016 [acesso em 20/05/2018]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>
3. Dallas (TX): American Heart Association. Questions and Answers on hypertension [Internet]. 2017 [acesso em 01/06/2018]. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/82/en/>.
4. World Health Organization. A global brief on Hypertension - Silent killer, global public health crisis. 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
6. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7^a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3):1–83.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. O que causa a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada? [Internet.]Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation. 2005-2016 [acesso em 20/05/2018]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>
8. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines
9. American Heart Association. Consequences of High Blood Pressure [Internet]. 2017 [acesso em 01/06/2018]. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
10. MALTA, Deborah Carvalho et al . Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 1, 11s, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2018. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.
11. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014. 181 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
12. MALTA, Deborah Carvalho et al . Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 1, 11s, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2018. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.
13. COSTA, Juvenal Soares Dias da et al . Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 1, p. 59-65, Jan. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000100010>.
14. MARTINS, Larissa Castelo Guedes et al . Physical activity level in people with high blood pressure. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 4, p. 462-467, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400005>.