

11. Hipertensão arterial^a

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos¹.

A hipertensão arterial e suas complicações são também responsáveis por alta frequência de internações. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%)² e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%)³.

Não existem dados populacionais da prevalência da hipertensão no país. Estima-se, com base em dados obtidos em alguns estudos de base populacional, que ela afete aproximadamente um quarto da população brasileira. Desta maneira, atividades de vigilância em relação à hipertensão são de grande importância para a saúde pública.

Idealmente, a determinação da prevalência da hipertensão na população deveria ter como parâmetro a medida objetiva da pressão arterial. Entretanto, dados os altos custos e complexidade de inquéritos com medidas objetivas, a vigilância pode utilizar-se da morbidade auto-referida, ou seja, do relato do diagnóstico médico de hipertensão.

A utilização da morbidade auto-referida tem como limitação a influência do acesso e uso de serviços médicos. Ela pode estar, na realidade, medindo a distribuição do acesso ao serviço na população, e não a correta distribuição da doença. Entretanto, estudos de validação já mostraram sua utilidade. Estudo realizado em amostra nacional nos Estados Unidos mostrou boa sensibilidade (71%) e especificidade (92%) e sugeriu que a hipertensão pode ser mensurada por este instrumento na população não-hispânica e entre aqueles que fizeram pelo menos uma visita ao médico no último ano⁴. Em estudo de base populacional brasileiro, valores muito semelhantes, 72% de sensibilidade e 86% de especificidade, foram encontrados⁵.

Este estudo teve por objetivo investigar a prevalência da hipertensão auto-referida em adultos de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal.

^a Texto elaborado pela Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, a partir das tabelas fornecidas pela CONPREV/INCA/ Ministério da Saúde

Metodologia

Em um primeiro momento, procurou-se conhecer a distribuição do acesso da população ao serviço médico, no que diz respeito à medição da pressão arterial nos últimos dois anos. O indicador utilizado para estimar a prevalência da hipertensão foi a morbidade referida, ou seja, o relato do entrevistado sobre o diagnóstico de hipertensão por profissional de saúde em pelo menos uma consulta, entre aqueles que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos (Fig. 11.1).

Figura 11.1. Questões utilizadas na definição de hipertensão, nesta pesquisa

PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL TIPO B

1. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já mediu a sua pressão?

- a) Sim b) Não

2. Quando foi a última vez que um médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já mediu sua pressão?

- a) Há mais de 6 meses b) Há mais de 6 meses até 1 ano
c) Há mais de 1 ano até 2 anos d) Há mais de 2 anos até 5 anos
e) Há mais de 5 anos

3. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem pressão alta?

- a) Sim b) Não

4. Em quantas consultas ou visitas ao/do médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde foi comunicado que sua pressão estava alta?

- a) Uma consulta/visita b) Duas consultas/visitas
c) Três ou mais consultas/visitas d) Não sabe/Não respondeu

**Estão assinaladas as respostas utilizadas em conjunto para definição de hipertensão*

Foram analisadas as tabelas apresentadas a seguir, com as taxas de prevalência e seus intervalos de confiança (95%) em cada cidade, segundo a idade e a escolaridade. A idade da população adulta entrevistada foi estratificada em três faixas: 25-39 anos, 40-59 anos e 60+ anos.

Resultados

O acesso à medição da pressão arterial foi alto para as faixas etárias consideradas, com menores variações entre as cidades com o aumento da faixa etária. A prevalência de realização do exame nas 15 capitais e Distrito Federal variou de 66,0% a 91,7% entre 25 e 39 anos, de 87,2% a 96,2% entre 40 e 59 anos e de 92,6 a 97,6 % para aqueles com idade igual ou acima de 60 anos (Tabela 11.1).

Tabela 11.1. Percentual de indivíduos que referiram ter medido a pressão arterial nos últimos dois anos, na população de estudo de 25 anos ou mais, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Faixa etária											
	25 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	630	462	73,3	(69,2-77,5)	396	352	89,9	(85,6-92,1)	142	132	93,0	(89,1-96,8)
Belém	476	314	66,0	(61,2-70,7)	358	314	87,7	(84,0-91,4)	145	139	95,9	(92,7-99,0)
Fortaleza	761	604	79,4	(76,6-82,2)	588	513	87,2	(84,1-90,4)	270	254	94,1	(90,9-97,2)
Natal	267	203	76,0	(69,0-83,1)	208	193	92,8	(88,8-96,8)	95	88	92,6	(87,8-97,4)
João Pessoa	422	310	73,5	(67,9-79,0)	324	298	92,0	(88,5-95,4)	140	132	94,3	(90,0-98,6)
Recife	301	238	79,1	(73,2-84,9)	314	290	92,4	(89,5-95,2)	147	140	95,2	(92,0-98,5)
Aracaju	294	240	81,6	(76,3-86,9)	216	198	91,7	(88,3-95,1)	83	78	94,0	(88,7-99,2)
Campo Grande	206	189	91,7	(87,7-95,8)	216	206	95,4	(92,0-98,8)	69	67	97,1	(93,1-100,0)
Distrito Federal	718	611	85,1	(82,1-88,1)	525	495	94,3	(92,2-96,3)	154	148	96,1	(92,8-99,4)
Belo Horizonte	794	684	86,1	(83,3-88,9)	629	584	92,8	(90,6-95,1)	269	260	96,7	(94,4-99,0)
Vitória	224	200	89,3	(84,8-93,7)	260	250	96,2	(93,9-98,4)	83	81	97,6	(93,0-100,0)
Rio de Janeiro	760	649	85,4	(82,9-87,9)	935	854	91,3	(89,4-93,2)	460	436	94,8	(92,9-96,7)
São Paulo	394	326	82,7	(78,4-87,1)	372	343	92,2	(89,7-94,7)	118	114	96,6	(92,6-100,0)
Curitiba	836	751	89,8	(87,8-91,9)	697	663	95,1	(93,4-96,8)	242	235	97,1	(95,0-99,2)
Florianópolis	258	221	85,7	(81,6-89,7)	287	265	92,3	(89,1-95,6)	112	106	94,6	(91,1-98,2)
Porto Alegre	392	339	86,5	(83,5-89,5)	447	413	92,4	(89,8-95,0)	236	228	96,6	(94,2-99,0)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

A frequência do relato da hipertensão auto-referida aumentou com a idade. A prevalência nas 15 capitais e Distrito Federal variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com idade entre 25 e 39 anos, de 26,0% a 36,4% naqueles entre 40 e 59 anos e de 39,0% a 59,0% nos idosos (60+ anos) (Tabela 11.2).

Tabela 11.2. Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão em pelo menos uma consulta, entre os que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos, na população de estudo de 25 anos ou mais, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Faixa etária											
	25 a 39 anos				40 a 59 anos				60 anos e mais			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	470	70	14,9	(11,8-18,0)	354	92	26,0	(21,6-30,4)	133	55	41,4	(32,0-50,7)
Belém	321	30 ⁺	9,3	(6,0-12,7)	316	83	26,3	(21,8-30,8)	141	55	39,0	(31,7-46,3)
Fortaleza	609	85	14,0	(10,8-17,1)	517	159	30,8	(26,5-35,1)	255	119	46,7	(40,8-52,4)
Natal	206	29 ⁺	14,1	(8,4-19,8)	195	61	31,3	(26,6-36,0)	89	37 ⁺	41,6	(32,3-50,9)
João Pessoa	313	31 ⁺	9,9	(6,2-13,6)	300	81	27,0	(21,8-32,2)	132	52	39,4	(29,6-49,2)
Recife	239	35 ⁺	14,6	(10,0-19,3)	293	96	32,8	(27,9-37,7)	142	68	47,9	(39,9-55,9)
Aracaju	242	25 ⁺	10,3	(6,2-14,4)	199	63	31,7	(26,1-37,2)	78	46 ⁺	59,0	(45,6-72,3)
Campo Grande	190	14 ⁺	7,4	(3,4-11,3)	206	69	33,5	(27,3-39,7)	67	36 ⁺	53,7	(42,3-65,1)
Distrito Federal	617	73	11,8	(9,2-14,4)	496	156	31,5	(27,5-35,4)	150	74	49,3	(42,6-56,1)
Belo Horizonte	690	68	9,9	(7,6-12,1)	592	192	32,4	(28,5-36,4)	263	138	52,5	(46,4-58,6)
Vitória	201	22 ⁺	10,9	(5,7-16,2)	252	81	32,1	(24,8-39,5)	81	39 ⁺	48,1	(35,7-60,6)
Rio de Janeiro	653	88	13,5	(10,7-16,2)	866	294	33,9	(30,9-37,0)	441	225	51,0	(46,1-56,0)
São Paulo	332	42 ⁺	12,7	(9,4-15,9)	346	126	36,4	(31,0-41,8)	115	64	55,7	(45,2-66,1)
Curitiba	757	111	14,7	(11,7-17,6)	670	202	30,1	(26,3-34,0)	236	124	52,5	(45,2-59,8)
Florianópolis	224	27 ⁺	12,1	(8,2-15,9)	265	75	28,3	(20,5-36,1)	107	63	58,9	(48,0-69,8)
Porto Alegre	343	54	15,7	(11,9-19,6)	418	140	33,5	(28,4-38,6)	229	105	45,9	(38,9-52,8)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: ⁺ O número de entrevistados que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

A prevalência da hipertensão, por escolaridade, nas 15 capitais e Distrito Federal variou de 25,1% a 45,8% para os entrevistados com ensino fundamental incompleto e de 16,5% a 26,6% nos entrevistados com pelo menos o ensino fundamental completo (Tabela 11.3). A análise dos intervalos de confiança permite observar que a prevalência da hipertensão foi significativamente menor naqueles com maior escolaridade no Distrito Federal e em onze capitais: Manaus, Fortaleza, Natal, Campo Grande, Vitória, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre.

Tabela 11.3. Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão em pelo menos uma consulta, entre os que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos, na população de estudo de 25 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Capital	Escolaridade – Ensino fundamental							
	incompleto				completo e mais			
	Total	n	%	IC _{95%}	Total	n	%	IC _{95%}
Manaus	418	127	30,4	(25,7-35,0)	527	87	16,5	(13,8-19,2)
Belém	315	79	25,1	(19,6-30,5)	459	88	19,2	(15,8-22,5)
Fortaleza	626	195	31,2	(27,1-35,2)	732	162	22,1	(18,9-25,3)
Natal	238	74	31,1	(25,3-36,9)	236	47+	19,9	(15,2-24,6)
João Pessoa	336	87	25,9	(21,0-30,8)	404	76	18,8	(14,2-23,4)
Recife	281	97	34,5	(28,2-40,8)	357	95	26,6	(21,7-31,5)
Aracaju	225	73	32,4	(25,2-39,7)	280	58	20,7	(15,6-25,8)
Campo Grande	193	71	36,8	(29,1-44,5)	244	44+	18,0	(12,5-23,6)
Distrito Federal	457	152	33,3	(28,9-37,6)	781	141	18,1	(15,7-20,4)
Belo Horizonte	691	235	34,0	(29,9-38,1)	818	157	19,2	(16,4-22,0)
Vitória	141	63	44,7	(35,2-54,1)	382	75	19,6	(15,2-24,1)
Rio de Janeiro	588	254	43,2	(38,8-47,6)	1323	334	25,2	(23,2-27,3)
São Paulo	347	140	40,3	(35,8-44,8)	414	80	19,3	(15,4-23,2)
Curitiba	584	193	33,0	(27,9-38,2)	991	218	22,0	(19,2-24,8)
Florianópolis	206	83	40,3	(31,7-48,9)	370	72	19,5	(15,1-23,8)
Porto Alegre	323	148	45,8	(40,3-51,3)	652	148	22,7	(18,8-26,6)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: + O número de entrevistados que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Discussão

O acesso à medição de pressão arterial foi alto e aumentou para as faixas etárias de maior risco de desenvolvimento da doença. Existe boa evidência médica de que medições de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares devido à hipertensão. Diretrizes de Serviços Preventivos dos Estados Unidos e Canadá recomendam o rastreamento da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce^{6,7}.

Os percentuais de acesso às medições de pressão arterial descritos neste inquérito estão em conformidade com os preconizados como medidas de prevenção primária, que sugerem medições de pressão arterial a cada três anos para pessoas entre 19 e 64 anos e anualmente para aqueles com idade igual ou superior a 65 anos⁸. O acesso, em mais de 80% da população entrevistada, é semelhante ao percentual descrito em estudo nos Estados Unidos, que mostra 77,6% de frequência de consulta a serviço médico no último ano, na população com idade acima de 25 anos⁴.

Taxas de prevalência na população urbana adulta brasileira, em estudos selecionados, variam de 25% a 30%⁸⁻¹⁴. No país, ainda são poucos os inquéritos de base populacional, a grande maioria realizada nas regiões Sul e Sudeste, não havendo nenhum estudo para a região Norte¹⁵. Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência de vários fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ocorre, entretanto, grande variabilidade na informação obtida em função de vários fatores: (a) desenhos de amostra diversos; (b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade etc); (c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); (d) critérios e qualidade de diagnóstico; (e) fonte e tipo de dados coletados e, (f) metodologia empregada na análise dos dados. Esta variabilidade da informação geralmente inviabiliza a comparação dos estudos e, conseqüentemente, sua utilização como ferramenta de decisão para a saúde pública.

As taxas de prevalência de hipertensão encontradas neste Inquérito são semelhantes às dos estudos nacionais e de outros países da América Latina⁸ com evidente tendência de aumento com a idade. Estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua ocorrência em associação a outros fatores de risco, com estilo de vida e com fatores metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares. A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para essas doenças cardiovasculares entre hipertensos reforçam a necessidade não só de melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão, mas também de abordar de forma integral o perfil de risco dos pacientes^{11 16}.

Durante as últimas décadas houve um declínio na mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares nos Estados Unidos e Europa ocidental. Uma queda na mortalidade por doenças cardiovasculares em torno de 50% a 60% também foi relatada na Austrália e Japão, sendo o declínio na mortalidade por doenças cerebrovasculares mais marcado que para as doenças coronarianas¹⁷.

Neste Inquérito, comparações das prevalências segundo as cidades tiveram como principal limitação o largo intervalo de confiança, que impede uma real apreciação das diferenças. A menor prevalência de hipertensão, detectada nos entrevistados com escolaridade mais alta no Distrito Federal e onze capitais, não pode ser interpretada como uma associação entre escolaridade e prevalência da hipertensão, já que esta doença ocorre em coortes mais idosas, que têm menor escolaridade no país. O pequeno número de casos impossibilitou a análise da prevalência de hipertensão e escolaridade ajustada pela idade dos entrevistados.

Inquéritos de base populacional da prevalência da hipertensão arterial são fundamentais no país. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, através de estudos de base populacional, e estratégias de controle efetivas, combinadas à educação comunitária e ao monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuíram para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos¹⁸.

No âmbito das ações de assistência ao paciente hipertenso, foi estruturado o Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes, do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em parcerias com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS), Organização Pan-Americana (OPAS) e sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Diabetes, além de federações nacionais de portadores de hipertensão e diabetes. Ações de implantação deste plano incluíram a realização da “Campanha Nacional de Detecção da Hipertensão Arterial (CNDHA)” que, apesar da baixa adesão e cobertura, foi

capaz de mobilizar a população, identificar casos suspeitos e estimular a confirmação diagnóstica. Em 2002, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 371/GM, criando o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no qual o tratamento é garantido aos hipertensos.

Referências bibliográficas

- ¹ FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 66, p. 641-56.
- ² ALMEIDA, F. F.; BARRETO, S. M.; COUTO, B. R.; STARLING, C. E. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.80, n.1, p. 51-60, 2003.
- ³ LIMA e COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas**. Informe Epidemiológico do SUS, v. 9, n. 1, p. 23-40, 2000.
- ⁴ VARGAS, C. M.; BURT, V. L.; GILLUM, R. F.; PAMUK, E. R. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-91. **Preventive Medicine**, v. 26, p. 678-85, 1997.
- ⁵ LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**; 2004 (no prelo).
- ⁶ UNITED STATES. Preventive Services Task Force. **High blood pressure – screening**. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm>>. Acesso em: 02 set. 2004.
- ⁷ CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Screening for hypertension in young and middle-aged adults**. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org>>. Acesso em: 02 set. 2004.
- ⁸ SILVA, L.C. et al. A tool for assessing the usefulness of prevalence studies done for surveillance purposes: the example of hypertension. **Rev Panam Salud Publica**, v.10, n.3, p. 152-60, 2001.
- ⁹ KLEIN, C. H. et al. Arterial hypertension in Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brazil: II. prevalence. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.389-94, 1995.
- ¹⁰ GUS, I.; FISCHMAN, A.; MEDINA, C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.78, n.5, p. 478-90, 2002.
- ¹¹ BARRETO, S. M. et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil. The Bambui Health and Ageing Study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.77, n.6, p.576-81, 2000.
- ¹² TRINDADE, I. S. et al. Prevalence of systemic hypertension in the population of Passo Fundo (Brazil) metropolitan area. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.7, p.127-30, 1998.

- ¹³ FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO, S. C. Prevalence of systemic hypertension and associated factors in the Porto Alegre metropolitan area. Population-based study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.63, p.473-9, 1994.
- ¹⁴ PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. Systemic hypertension in an urban area of Southern Brazil: prevalence and risk factors. *Revista de Saúde Pública*, v.28, p.26-7, 1994.
- ¹⁵ LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.3, p. 59-75, 1993.
- ¹⁶ REGO, R.A. et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of São Paulo, SP (Brazil). *Rev. Saúde Pública* 1990; 24:277-85.
- ¹⁷ BONITA, R.; STEWART, A.; BEAGHOLE, R. International trends in stroke mortality: 1970-1985. *Stroke*, v.21, n.7, p.989-92, 1990
- ¹⁸ REDDY, K. S.; YUSUF, S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries. *Circulation*, v.97, p.596-601, 1998