

Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde

Systemic Arterial Hypertension: what do brazilian register and information systems say

Alexandra Crispim Boing¹, Antonio Fernando Boing^{2,3}

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. A constante análise e o levantamento de informações sobre este agravo são de fundamental importância para planejadores e gestores de saúde. Assim, o objetivo desse estudo foi descrever a distribuição dos indicadores referentes à HAS entre os pacientes cadastrados no ano de 2004 em todo o Brasil no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) e também os indicadores de Controle da Hipertensão do Pacto de Indicadores da Atenção Básica entre 2000 e 2006 (taxas de internação por acidente vascular cerebral [AVC] e por insuficiência cardíaca congestiva [ICC]). Os dados são de domínio público e oriundos do HiperDia, dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Identificou-se alta prevalência de obesidade e sedentarismo entre os pacientes cadastrados no HiperDia e que a proporção de fumantes é maior no sexo masculino. Em todas as faixas etárias houve predominância das mulheres. A patologia mais identificada foi "outras doenças coronarianas", seguida por infarto agudo do miocárdio. Cerca de 48% das pessoas apresentavam risco estratificado alto ou muito alto. As internações por AVC e ICC foram declinantes durante o período investigado, porém estudos mais detalhados são necessários para avaliar esse achado.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão, epidemiologia, Brasil.

ABSTRACT

The hypertension is configured as an important problem of public health in Brazil and the world. Estimates indicate that its prevalence is increasing and its impact in the populations will be still more harmful in the next years. The periodical analysis of the information about hypertension is of major importance for health policy makers. Thus, the aim of this study was to describe the distribution of the indicators concerning to hypertension among patients registered in the year of 2004 in the Brazilian System of Register and Accompaniment of Hypertensive Patients and Diabetics (HiperDia) and also the indicators of Hypertension Control of the Basic Care Pact from 2000 to 2006 (rates of hospitalization for ischemic stroke (IC) and for congestive heart failure [CHF]). Data are of public domain and were obtained from HiperDia, the Hospitalar Information System and Brazilian Institute of Geography and Statistics. High prevalence of obesity and sedentarism was identified among the registered patients and the rate of smokers is higher in men. In all the age groups there was predominance of the women. The most common pathology was "other coronary diseases", followed by acute myocardial infarction. About 48% of the people presented high or very high stratified risk. The hospitalization for IC and CHF decreased over the analyzed period, however more studies are necessary to evaluate this finding.

KEY WORDS

Hypertension, epidemiology, Brazil.

Recebido: 12/01/2007 Aceito: 26/02/2007

1 Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí.

2 Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

3 Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Correspondência para: Antonio Fernando Boing. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública – Campus Universitário – 88040-900 – Florianópolis, SC. E-mail: boing@ccs.ufsc.br / afboing@gmail.com

INTRODUÇÃO

O impacto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) na saúde das populações é crescente em todo o mundo. Aproximadamente 35 milhões de pessoas morreram em 2005 por esta causa, sendo 80% desses óbitos em países de média e baixa renda¹. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sanguínea elevada¹ e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS². Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência renal crônica (IRC)³.

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos já há algumas décadas⁴. Quanto à hipertensão, estudos de base populacional apontam prevalência nas cidades brasileiras variando entre 22% e 44% (adotando-se como critério pressão $\geq 140/90$ mmHg)⁵.

Dessa maneira, a HAS configura-se como importante problema de saúde pública no Brasil. Com o intuito de minimizá-la, no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes mellitus* no Brasil. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas⁶. Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia). Por meio desse sistema informatizado, tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados. Tal potencialidade, no entanto, pode ser mais explorada no país e agregada ainda aos indicadores de controle de hipertensão presentes no Pacto de Indicadores da Atenção Básica. A informação é uma importante ferramenta para gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever a distribuição dos indica-

dores referentes à HAS nos pacientes cadastrados no HiperDia – segundo características demográficas, de fatores de risco e agravos associados – e no Pacto de Indicadores da Atenção Básica – segundo as regiões do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo dos indicadores de HAS na população brasileira disponíveis nos sistemas de informações em saúde e de cadastramento do país. Foram investigadas as taxas de internação por acidente vascular cerebral (AVC) e por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) no Brasil no período de 2000 a 2006. Os dois indicadores constam no Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2006, acordado entre união, estados e municípios. O numerador de ambas as taxas é a quantidade de pessoas com idade ≥ 40 anos internadas por cada uma das condições (dados oriundos do Sistema de Informações Hospitalares – SIH); e o denominador é a população total com idade ≥ 40 anos (obtida junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE). Esses indicadores buscam avaliar de forma indireta as ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva⁷. Foram descritas as taxas para os biênios 2001-2002, 2003-2004 e 2005-2006, segundo as regiões geográficas do país.

Também foram analisados no presente estudo os dados provenientes do HiperDia. Informações demográficas, de fatores de risco e doenças concomitantes foram descritas para os pacientes cadastrados no sistema no ano de 2004. Apesar de existirem dados de ano posterior, esse é o mais recente que permite, abrangendo todos os meses do ano, a tabulação dinâmica para cada uma das variáveis dos pacientes. Os dados foram obtidos junto ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS. O HiperDia considera “tabagismo” o consumo de um ou mais cigarros por dia. É classificado como sedentário quem realiza menos que trinta minutos de exercício físico três vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Pessoas com IMC $< 24,9$ são classificadas como sem sobrepeso. Também foi descrito o risco estratificado dos indivíduos, classificado de acordo com os critérios definidos no HiperDia⁸ (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação do risco estratificado segundo o grau da hipertensão e presença de fatores de risco ou doença

Fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
I – Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II – 1-2 fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III – 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV – Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

RESULTADOS

Identificou-se predominância de pacientes do sexo feminino cadastrados no HiperDia (Figura 1). Em todas as faixas etárias há mais mulheres, sendo a maior diferença na idade entre 40 e 49 anos. No ano investigado foram cadastradas 387.754 pacientes no Sistema, sendo 66% (255.830) de mulheres e 34% (131.924) de homens.

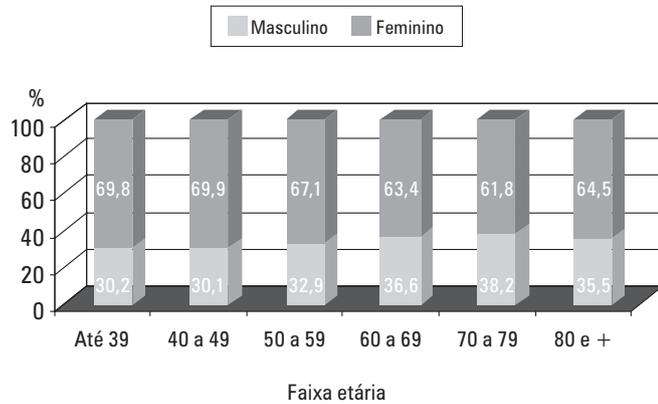


Figura 1. Distribuição dos pacientes cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HiperDia, segundo sexo e faixa etária (Brasil, 2004).

A distribuição das pessoas entre os diferentes fatores de risco apontou alta proporção de tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e de risco alto e muito alto (Tabela 2). Entre os homens o tabagismo foi mais acentuado (acima de 23%). O mesmo não ocorre com o sobrepeso e o sedentarismo, fatores de risco em que a proporção de mulheres é superior.

Quanto às doenças concomitantes, a mais comum foi a que engloba "outras doenças coronarianas" (Figura 2). Doença renal, AVC e IAM aparecem em seguida, respectivamente.

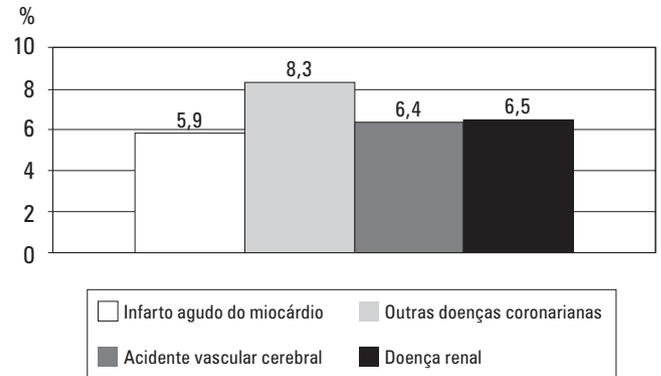


Figura 2. Prevalência de doenças concomitantes entre os pacientes cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HiperDia (Brasil, 2004).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HiperDia, segundo fatores de risco e sexo (Brasil, 2004)

Exposição	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
	n (%)	n (%)	
Tabagismo			
Sim	30.542 (23,2%)	40.037 (15,6%)	70.579 (18,20%)
Não	101.382 (76,8%)	215.793 (84,4%)	317.175 (81,80%)
Sedentarismo			
Sim	57.108 (43,3%)	118.095 (46,2%)	175.203 (45,2%)
Não	74.816 (56,7%)	137.735 (53,8%)	212.551 (54,8%)
Sobrepeso			
Sim	46.531 (35,3%)	118.829 (46,4%)	165.360 (42,6%)
Não	85.393 (64,7%)	137.001 (53,6%)	222.394 (57,4%)
Risco			
Risco baixo	9.987 (23,5%)	16.860 (27,8%)	26.847 (26,3%)
Risco médio	38.886 (7,6%)	71.102 (6,6%)	109.988 (6,9%)
Risco alto	24.372 (29,5%)	51.183 (27,8%)	75.555 (28,4%)
Risco muito alto	27.661 (18,5%)	45.666 (20,0%)	73.327 (19,5%)
Não calculado	31.018 (21,0%)	71.019 (17,8%)	102.037 (18,9%)

Em todos os biênios investigados, a região Sul apresentou maiores taxas de internação por AVC (Tabela 3). As taxas, no entanto, foram descendentes em 2001-2003 e 2005-2006. No lado e sentido opostos, apareceu a região Norte, com as menores taxas, porém em ascensão. Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste também apresentaram declínio, com o Sudeste alcançando as menores taxas em 2005-2006. Quanto às internações por ICC, houve declínio em todas as regiões, sendo as menores taxas identificadas no final do período investigado no Nordeste.

DISCUSSÃO

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A interpretação de dados de origem secundária, como os oriundos dos Sistemas de Informações em Saúde nacionais, sempre requer análise crítica e cautela. Ainda que não tenha a excelência total nos dados oficiais, o Brasil tem avançado sensivelmente na qualificação destes. Além disso, a utilização e análise desses dados é passo importante e fundamental para a sua melhoria, permitindo que gestores tenham em mãos ferramentas mais adequadas para subsidiar decisões e o meio científico para avaliar políticas de prevenção e controle dos agravos em saúde.

Como limitações do Sistema de Informações Hospitalares, é importante destacar que ele abrange apenas internações hospitalares na rede do SUS, além do indicador ser influenciado pelas múltiplas internações dos pacientes e por não haver controle de possíveis inconsistências nos registros de morbidade⁷.

Já os dados oriundos do HiperDia não podem ser tomados como representativos da prevalência de hipertensão nas regiões brasileiras. Por ser comum a inscrição das pessoas no programa por atendimento de demanda, ou seja, quando o usuário procura o serviço público de saúde, há certamente uma sub-representação dos hipertensos. Diversas pessoas hipertensas não procuram as unidades básicas de saúde e tampouco são cadastradas mediante busca ativa por parte dos serviços de

saúde. Além disso, o registro dos pacientes depende da sistematização e remessa dos dados pelos municípios ao Ministério da Saúde. Muitos municípios, entretanto, não fazem o registro ou o fazem de maneira parcial.

Cerca de 972 milhões de pessoas, o equivalente a 26,4% da população mundial adulta, apresentava hipertensão arterial sistêmica no ano 2000⁹. Projeções para 2025 apontam que esse quadro irá se agravar, alcançando nesse ano um total de 1,56 bilhão de pessoas com HAS (29,2% da população).

Considerando-se a grande magnitude nacional e mundial da hipertensão, ações de prevenção primária são fundamentais. Nos últimos anos, o mundo presenciou um grande aumento na prevalência de obesidade, inclusive entre crianças e adolescentes¹⁰. Considerando-se a associação entre a hipertensão e a obesidade^{11,12}, o impacto esperado desse acréscimo sobre a saúde cardiovascular é preocupante. No presente estudo identificou-se que 42,6% dos pacientes cadastrados no HiperDia apresentavam sobrepeso. Também se identificou que o sedentarismo é elevado, chegando a 45,2% dos pacientes. O padrão comportamental já bastante disseminado de ingestão de alimentos altamente calóricos e ricos em gordura, com baixo poder nutritivo, acompanhado da ausência de exercícios regulares precisa ser discutido pela sociedade. O papel dos meios de comunicação, da indústria alimentícia, das escolas e do governo nessa área deve ser reavaliado¹³, com vistas a que a promoção de hábitos saudáveis não seja apenas uma retórica ou entendida como uma opção exclusiva do indivíduo – que, via de regra, é tomado como único culpado quando se expõe ou é exposto aos fatores de risco –, mas que sejam dadas condições estruturais para que as pessoas possam optar pelo estilo de vida mais saudável.

A associação de obesidade, sedentarismo e também da dislipidemia, do diabetes e do fumo contribui para a formação da placa arteriosclerótica e conseqüente desfecho cardiovascular desfavorável¹⁴. Identificou-se que a prevalência do tabagismo no

Tabela 3. Distribuição da Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral e da Taxa de Internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva. Microrregiões do Brasil, 2001-2006

Região	Acidente Vascular Cerebral			Insuficiência Cardíaca Congestiva		
	Biênio			Biênio		
	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2001-2002	2003-2004	2005-2006
Norte	28,2%	28,4%	30,6%	62,8%	58,9%	57,7%
Nordeste	39,8%	36,7%	33,1%	79,00%	72,5%	57,2%
Centro-Oeste	38,5%	38,0%	33,7%	115,9%	105,9%	90,6%
Sudeste	33,6%	32,4%	30,4%	67,6%	65,8%	58,7%
Sul	46,2%	44,0%	38,6%	102,2%	97,3%	83,5%

presente estudo foi de 18,2%, sendo maior entre os homens. Medidas de controle do tabagismo vêm sendo implementadas no Brasil, tendo havido redução no consumo de cigarro durante a década de 1990¹⁵. No entanto, a experimentação do tabaco ainda tem ocorrido em idades jovens, e há lugares, inclusive, em que meninas estão fumando mais que meninos¹⁵. A redução de doenças cardiovasculares certamente necessita do controle do tabagismo, mais eficaz quando realizado por meio de medidas de caráter populacional.

Das patologias avaliadas, o IAM foi o agravo menos frequentemente observado entre os pacientes cadastrados no HiperDia em 2004. No lado oposto aparecem “outras doenças coronarianas”, sendo intermediárias as proporções de doença vascular cerebral e doença renal. Os impactos que esses problemas de saúde acarretam aos pacientes são muito intensos, podendo levar à morte ou muitas vezes prejudicando a sua qualidade de vida, sendo prioritárias ações para evitar tais desfechos.

Em todas as faixas etárias, a proporção de mulheres cadastradas com hipertensão foi mais elevada. Além das diferenças hormonais e sociais apontadas para explicar prevalências distintas entre os sexos^{16,17}, outro importante fator deve ser considerado neste estudo. Como discutido anteriormente, boa parcela da população não está sendo acompanhada pelo HiperDia ou sequer foi diagnosticada com hipertensão. As unidades locais de saúde trabalham com demanda espontânea; as mulheres procuram mais os serviços de saúde¹⁸ e, conseqüentemente, maiores são as suas chances de serem inscritas no HiperDia. Dada a relevância epidemiológica da hipertensão no Brasil, a identificação ativa e a disponibilização de acompanhamento e tratamento – medicamentoso ou não – aos hipertensos deve ser feita de maneira mais sistemática pelos serviços de saúde. A acentuada diferença entre os cadastros de homens e mulheres encontrada neste estudo indica a necessidade de as unidades locais de saúde aprimorarem suas estratégias de cadastramento no HiperDia, sobretudo quanto aos homens, de modo que maior proporção de pessoas possa ter o acompanhamento adequado.

Menores taxas de internação por AVC e ICC são indicativos indiretos de que o diagnóstico precoce, o tratamento e/ou a educação em saúde, englobando o controle e a prevenção da hipertensão, têm impactado positivamente. Quanto ao AVC, as menores taxas foram encontradas no Sudeste e no Norte do país, respectivamente. O Norte também é a segunda região com menores internações por ICC, atrás apenas do Nordeste. As limitações dos dados brasileiros de morbidade hospitalar anteriormente citadas podem justificar que o Sul e o Centro-Oeste apresentem taxas de internações superiores a 100% em alguns biênios. A identificação de redução nas internações por AVC e ICC em quase todas as regiões aponta um quadro promissor, porém estudos que avaliem com maior detalhe esse desfecho

junto ao Sistema de Informações Hospitalares são necessários. O Ministério da Saúde não recomenda parâmetros de valores para as taxas de internação, portanto o acompanhamento temporal e espacial é fundamental para avaliar a eficácia das políticas de controle dos agravos e comparar resultados de estratégias distintas entre unidades federativas ou municípios.

Programas de avaliação da atenção básica quanto ao cuidado com os pacientes hipertensos e também entre aqueles sem o agravo, garantindo-se uma assistência farmacêutica de qualidade aos que necessitarem de medicamentos, o acesso regular ao serviço de saúde e às informações, além de ações inter-setoriais que permitam às pessoas exercitarem as opções saudáveis de vida, são fundamentais. A redução do tabagismo, da obesidade e o estímulo à prática regular de exercícios físicos são metas que devem pautar ações para o controle da hipertensão. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes mellitus* no Brasil foi um importante passo, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneve: WHO, 2005.
2. Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21(11):1983-92.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: programa de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes*. Brasília, 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade*. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtbl.def> (acessado em 08/03/2007).
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo: BG Cultural, 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 493. Brasília, 2006.
8. Ministério da Saúde. HiperDia. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/hiperdia/cnv/hddescr.htm> (acessado em 02/03/2007).
9. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365(9455):217-23.
10. Kosti RI, Panagiotakos DB. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Cent Eur J Pub Health* 2006;14(4):151-9.
11. Stamler J. Epidemiologic findings on body mass and blood pressure in adults. *Ann Epidemiol* 1991;1(4):347-62.
12. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001;358(9294):1682-6.
13. Varela-Moreiras G. Controlling obesity: what should be changed? International journal for vitamin and nutrition research. *Intern Zeit Vit Ernahrungsfors* 2006;76(4):262-8.
14. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Est S Paulo* 2003;13(1):7-19.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005.
16. Kaplan NM. *Clinical hypertension*. Dallas: Williams & Wilkins, 1994.
17. Safar ME, Smulyan H. Hypertension in women. *Am J Hypertens* 2004;17(1):82-7.
18. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. *Rev Panam Salud Pub / Pan Am J Pub Health* 2002;11(5-6):365-73.