

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE
CURSO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DEYSE MIRELLE SOUZA SANTOS

**MORTALIDADE DECORRENTE DOS AGRAVOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ESTADO DE
SERGIPE ENTRE OS ANOS 2010 E 2014**

**Aracaju - SE
2017**

DEYSE MIRELLE SOUZA SANTOS

**MORTALIDADE DECORRENTE DOS AGRAVOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ESTADO DE
SERGIPE ENTRE OS ANOS 2010 E 2014**

**Artigo científico apresentado a Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe-
FANESE, como requisitos para obtenção do
título de especialista em Gestão em Saúde
Coletiva com Ênfase em Saúde da Família.**

**Aracaju - SE
2017**

DEYSE MIRELLE SOUZA SANTOS

**MORTALIDADE DECORRENTE DOS AGRAVOS DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ESTADO DE
SERGIPE ENTRE OS ANOS 2010 E 2014**

Artigo científico apresentado como exigência parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família na área da saúde coletiva apresentada à comissão julgadora da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

**Lavínia Aragão Trigo de Loureiro
(Professora Avaliadora)
FANESE**

**Lavínia Aragão Trigo de Loureiro
(Coordenadora do Curso)
FANESE**

**Deyse Mirelle Souza Santos
(Nome da Aluna)
FANESE**

DEDICATÓRIA

A minha mãe por todo amor, incentivo, apoio, carinho e
dedicação, muito OBRIGADA MAINHA!

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar forças nessa jornada da minha vida. Obrigada Papai do Céu, por toda honra e toda glória!

Aos meus familiares, mãe, pai e irmão por sonhar os meus sonhos, e me darem todo o apoio. Ao meu namorado por compreender minha ausência em alguns momentos, obrigada amor.

À Lavínia Aragão Trigo Loureiro (coordenadora/professora da especialização), por todo conhecimento compartilhado e atenção, assim como, por mim ajudar e compreender as minhas dificuldades ao longo do curso, devido a minha jornada dupla.

Aos colegas da turma III, pelas risadas de todo sábado, na sala e nos nossos almoços, e claro, por todas as conversas formais e informais sobre os diversos assuntos que um gestor em saúde deve compreender. Seremos sempre um aprendiz nos diversos setores que poderemos atuar!

E a todos os professores e funcionários da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	10
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4 CONCLUSÃO.....	23
5 REFERÊNCIAS	24
ABSTRACT	29

MORTALIDADE DECORRENTE DOS AGRAVOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ESTADO DE SERGIPE ENTRE OS ANOS 2010 E 2014

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pode ser classificada em primária e secundária. A hipertensão arterial sistêmica primária, é um dos agravos de maior prevalência em adultos e um dos fatores de riscos para doenças cardiovasculares, as quais, por sua vez, encampam as enfermidades isquêmicas do coração, enfermidades cerebrovasculares e renais crônicas. Estas representam as principais causas de morte no mundo. O objetivo da pesquisa foi realizar uma análise dos números de óbitos relacionados com o agravamento da hipertensão arterial sistêmica em Sergipe entre os anos de 2010 a 2014. Foi realizado um estudo epidemiológico a partir de registros de mortalidade associada a hipertensão arterial foram obtidas no DATASUS, mediante notificações filtradas por categoria I.10 do Código Internacional das Doenças (CID-10). A hipertensão arterial foi estratificada através das faixas etárias entre 50-59 anos, 60-69 anos, 70-79 anos, 80 ou mais anos, com média e desvio padrão respectivamente: 15,11%(35,35); 24,14%(55,34); 35,07%(81,03); 57,87%(139,08). A taxa global de mortalidade no estado de Sergipe, por 10000 habitantes foi (2,69%). Concluiu-se que a taxa de mortalidade associada a doenças hipertensivas no estado de Sergipe, apesar da diminuição entre os anos analisados, ainda é considerado alta. Incremento de idade e cor parda foram preditores de maior mortalidade.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão Arterial; Mortalidade.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares têm sido classificadas entre as de maior impacto em termos de morbimortalidade (GUIMARÃES et al.,2015). Dentre os principais fatores de risco cardiovascular, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa o agravo de maior relevância, fazendo necessária ações de saúde direcionada aos fatores determinantes sociais em saúde (ANDRADE et al.,2015).

A HAS pode ser classificada em primária (essencial) ou secundária (NOBRE, 2013). A hipertensão arterial sistêmica primária, apresenta índice de pressão arterial elevada (PA), a partir de causas desconhecidas, apresentando mais de 95% de casos nesta categoria. Já a hipertensão arterial secundária apresenta causa específica, e atinge 5% de indivíduos portadores da doença (VELOSO; SILVA, 2010).

Operacionalmente, existem dois critérios reconhecidos para classificar os indivíduos, que são: normotenso e hipertenso. A Organização Mundial da Saúde (2010), estabelece pontos de corte em 95 mmHg para a pressão arterial diastólica e 160 mmHg para a pressão arterial sistólica, e o do Joint National Committee, com pontos de corte em 90 mmHg para a hipertensão arterial diastólica (PAD) e 140 mmHg para a hipertensão arterial sistólica (PAS) para considerar uma pessoa hipertensa. Em relação à definição de normotenso limítrofe, o JNC apresentou um critério para definir pressão arterial normal-alta, de 130-139 mmHg para a PAS e 85 a 89 mmHg para a PAD (JNC, 2009).

Segundo a sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), divergindo com o que é preconizado pelo Joint National Committee (JNC), a caracterização da HAS é definida pela elevação dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, apresentando condição clínica que podem ser causadas por vários fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são: sobrepeso, obesidade, ingestão de álcool, tabagismo, estresse e determinantes socioeconômicos. E os não modificáveis são: idade, gênero, etnia e genética. Já a classificação de normotenso, é caracterizado pelos seguintes valores, ≤ 120 para a pressão arterial sistólica, e ≤ 80 para a pressão arterial diastólica (WHO, 2014).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (NOBRE, 2103).

No Brasil, estima-se que a hipertensão arterial sistêmica esteja associada à mortalidade geral em cerca de 32,5% da população adulta, alcançando 60% do grupo de idosos maiores de 60 anos (SBC, 2016). É provável que em Sergipe, estado brasileiro situado na região nordeste, esse panorama da mortalidade associada à HAS seja semelhante ao do país inteiro.

Vale ressaltar, que a HAS, além do câncer, diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas, fazem parte do leque das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais são caracterizadas por um conjunto de doenças com multiplicidade de fatores de riscos comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades, as quais são responsáveis por 63% das mortes no mundo, e 74% no Brasil (WHO, 2014).

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, têm como objetivo fornecer informações para análise dos problemas de saúde da população e do desempenho dos serviços e subsidiar a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. No Brasil, nos últimos anos, vem se ampliando a utilização dos bancos de dados gerados rotineiramente pelos serviços de saúde como ferramenta para conhecer e monitorar as condições de saúde da população (PAIVA et al., 2014).

Considerando-se que os sistemas de informação em saúde são ferramentas importantes para a gestão, por possibilitar o fornecimento de dados que, ao serem analisados, constituirão informações necessárias ao planejamento, organização e operacionalização dos serviços e sistemas de saúde, a avaliação dos sistemas de informação constitui-se em estratégia fundamental para assegurar a qualidade, a fidedignidade das bases de dados e a sua plena utilização (PAIVA et al., 2010).

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar os números de óbitos relacionados à hipertensão arterial sistêmica essencial em Sergipe entre os anos de 2010 a 2014, através de busca do Sistema de Informação de Mortalidade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico, dos registros de óbitos no Estado de Sergipe entre os anos de 2010 a 2014, associados à Hipertensão Arterial Sistêmica, incluindo indivíduos de ambos os sexos, faixa etária e diversidade de cor da pele. Os dados de mortalidade foram colhidas mediante busca eletrônica nos registros do DATASUS, banco de dados do Ministério da Saúde, oriundas de notificação do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Os óbitos foram filtrados pela categoria I.10 do Código Internacional das Doenças (CID-10) (I10-Hipertensão essencial) (BRASIL, 2016). Esses dados foram ajustados para a população, de acordo com estimativas anuais disponibilizadas pelo IBGE.

O estado de Sergipe é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado na região Nordeste e tem por limites o oceano Atlântico a leste e os estados da Bahia, a oeste e a sul, e de Alagoas, a norte, do qual está separado pelo Rio São Francisco. É o menor dos estados brasileiros, ocupando uma área total de 21 915,116 km², tornando-o pouco maior que El Salvador. Em 2010, sua população foi recenseada em 2.068.017 habitantes. A capital e maior cidade é Aracaju, sede da Região Metropolitana, que inclui ainda os municípios de Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão - a primeira capital de Sergipe. Ao todo, o estado possui 75 municípios divididos nas mesorregiões do Leste, Agreste e Sertão sergipanos (Figura 01) (IBGE, 2016).



Figura 01: Mapa do estado de Sergipe.

Fonte: Adaptado do mapa de Sergipe do IBGE (2017).

Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico Stata, versão 14. Os dados foram apresentados em números absolutos e porcentagem. Elaboraram-se gráficos referentes a mortalidade corrigida para a população estimada, sexo e cor da pele. Tendências de mortalidade foram apresentadas por 100000 habitantes e de acordo com o ano. Por fim, o término do período, o ano de 2014, decorreu do fato de ser a data mais recente disponibilizada no DATASUS para a obtenção de estatísticas vitais em todo o território brasileiro.

As variáveis selecionadas foram ano, sexo, faixa etária, cor da pele, estado do país, região e número de ocorrência de óbitos. Por tratar-se de enfermidade crônica, as faixas etárias selecionadas para contagem de óbitos associado a hipertensão arterial foram: 50-59 anos; 60-69 anos; 70-79 anos; 80 ou mais anos. A variável cor da pele retrata fundamentalmente a cor da pele e traços étnicos, conforme consta a declaração de óbito, sendo classificada em “branca”, “amarela”, “parda”, “negra” ou “ignorado”.

Por tratar-se de dados públicos, e não haver elementos de identificação dos indivíduos estudados, não houve necessidade de emprego de termo de consentimento livre e esclarecido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), a prevalência de casos de óbitos relacionado com a hipertensão arterial é maior em homens (29,2%) do que em mulheres (24,8%), adultos ≥ 25 anos. Porém, pode-se observar neste estudo, que de acordo com o sexo, houve maior número de óbitos entre o sexo feminino, sendo 1730 óbitos equivalentes a 54,72%. Já no sexo masculino esse número foi menor, apresentando 1429 óbitos, o que equivale a 45,23% dos casos, totalizando 3159 óbitos em Sergipe no período de 2010 a 2014 (Figura 02). Observou-se predomínio do sexo feminino em todos os anos. Essas taxas equivalem à distribuição populacional para o estado de Sergipe, que tem oscilado entre 50,52% e 51,07%, segundo a projeção da população realizada pelo IBGE (2000-2030).

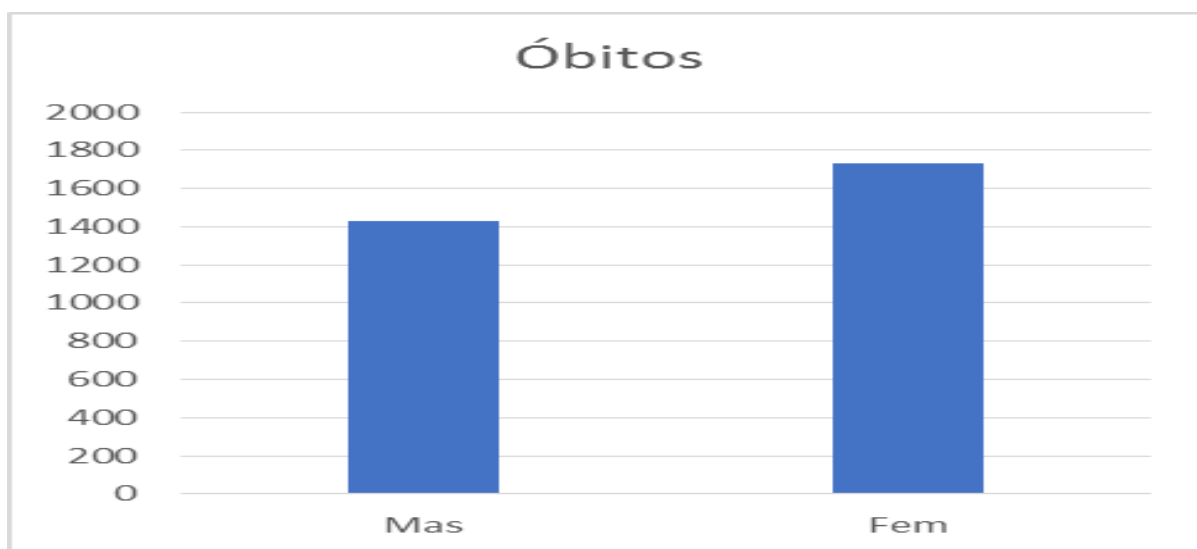


Figura 02: Número de óbitos por doenças cardiovasculares por sexo, de acordo com sistema de informação sobre mortalidade do DATASUS, entre os anos de 2010 a 2014.

Fonte: SIM-DATASUS 2010-2014.

O escopo do presente trabalho não permite identificar as causas para esse fenômeno. Entretanto, entre os potenciais motivos, estariam uma maior notificação nos atestados de óbitos de mulheres, seja por terem previamente informado o agravo da hipertensão, ou por algum viés de notificação médica, durante a redação dos atestados de óbito.

Até onde pode-se investigar, inexistem evidências que corroborem uma maior taxa de mortalidade em mulheres, em decorrência de doença hipertensiva, outros fatores podem estar envolvidos no desencadear da HAS nas mulheres como por exemplo a menopausa (BRITO et al., 2010).

Os resultados apontaram que o número de óbitos em pessoas de cor parda foi mais evidente do que em outras etnias. Do total de 3159 óbitos, 1745 foram da cor parda, seguido da cor branca com 1414 óbitos. Já a população indígena obteve o menor número de casos, totalizando 6 óbitos no período de 2010 à 2014.

Porém faz-se necessário destacar que o critério de raça ou etnia utilizado foi a “autodefinição de cor”, conforme adotado pelo IBGE em censos demográficos (LESSA; MION, 2006).

A cor autorreferida como pardos e negros podem ser um forte fator predisponente à HAS, com exposição dos sujeitos ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de cor branca. Isso deve-se a um efeito, que pode-se chamar de “distorção hereditário” dos negros na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao refluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HAS (MALTAL et al., 2014).

Apesar de as taxas de mortalidade terem sido reduzidas e de ter ocorrido um aumento na expectativa de vida, a população negra apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade devido a vulnerabilidade e consequentemente as condições socioeconômicas que assola esse povo, quando comparadas com as taxas da população em geral. Neste contexto os determinantes sociais da saúde têm sido largamente estudados e evidências de diferentes partes do mundo indicam a influência das condições socioeconômicas sobre as doenças crônicas não transmissíveis, e mais precisamente sobre a HAS (BEZERRA et al., 2014).

Além do fator da herança genética, deve-se considerar outros fatores, tais como o fumo, álcool, inatividade física e o estresse, dentre outros, que irão se unir aos fatores biológicos e potencializar os riscos para o desenvolvimento da HAS (CLARO et al., 2010).

O tabagismo é considerado um fator de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV), uma vez que o tabaco é uma mistura de mais de substâncias químicas e bioativas (monóxido de carbono, nicotina, benzopireno, entre outras), que podem interagir com os sistemas biológicos humanos, expondo o organismo ao estresse oxidativo, gerando potenciais indutores de lesão na parede dos vasos e favorecendo a aterogênese, maiores concentrações de colesterol total, índice de massa corporal e pressão arterial, além de maior risco para DCV (ROSÁRIO et al., 2009).

A ingestão de álcool é um dos quatro fatores de risco modificáveis para doenças crônicas. O consumo prolongado do álcool propicia ao indivíduo uma probabilidade maior de desencadear a pressão arterial. Existe correlação direta entre a quantidade de álcool consumida e a elevação dos níveis pressóricos, de tal forma que o consumo excessivo dificulta o controle da PA. Homens que consomem quantidade excessiva de álcool (≥ 4 doses/ dia) têm maiores chance de apresentar PA elevada, e para as mulheres, basta a metade desta quantidade de doses de etanol (ÁVILA et al., 2010).

O sedentarismo contribui para o desencadear da HA. A inatividade física incrementa o sobrepeso, a obesidade, eleva os triglicerídeos, reduz o HDL-colesterol e converge para o aumento de circunferência abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, culminando na elevação da pressão arterial sistêmica. Apesar das dificuldades epidemiológicas para mensurar o comportamento sedentário, nos dias modernos certamente aumentar a prevalência da hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para patologias cardíacas e cerebrais (ÁVILA et al., 2010; AZIZ, 2014).

Ao longo das últimas décadas, o Brasil vem passando por uma transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão nutricional com base no consumo de grãos e cereais, feijões, raízes e tubérculos, por uma mais rica em gorduras e açúcares. Essa transição nutricional também é marcada pelas desigualdades relacionadas com a estratificação social e econômica (LIMA; SANTOS, 2008).

O consumo alimentar no Brasil é principalmente constituído de alimentos de alto teor energético e apresenta baixo teor de nutrientes, configurando uma dieta de risco para déficits em importantes nutrientes, obesidade e para muitas doenças crônicas não transmissíveis. Menos de 10% da população atinge as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes e o consumo de leite também está muito aquém do recomendado. Excessivo consumo de açúcar foi referido por 61% da população, a

prevalência de consumo excessivo de gordura saturada (maior do que 7% do consumo de energia) foi de 82% na população, o percentual da população com consumo abaixo do recomendado de fibras foi de 68% e mais que 70% da população consome quantidades superiores ao valor máximo de ingestão tolerável para o sódio, confirmando os grandes percentuais de inadequação da alimentação da população brasileira (IBGE, 2011).

Estudo de revisão revelou que dietas com elevada quantidade de sal e de elevado teor calórico podem aumentar o estresse oxidativo no cérebro, ativando, desse modo, o fluxo simpático central e aumentando o risco de hipertensão (KISHI; HIROOKA, 2012).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o baixo consumo de frutas e hortaliças está associado a cerca de 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% dos casos de derrame no mundo. Frutas e hortaliças fornecem micronutrientes, fibras, substâncias bioativas e antioxidantes que podem proteger o organismo contra os danos oxidativos e inibir a síntese de substâncias inflamatórias, e assim atuam na prevenção das DCV (CLARO et al., 2010).

As diferenças socioeconômicas têm um papel importante na vida das pessoas, podendo determinar as condições de saúde, visto que, as melhores condições financeiras têm maior acesso a informações, melhor entendimento clínico e maior aderência ao tratamento. Neste contexto, as taxas mais altas de doenças cardiovasculares são em grupos com nível socioeconômico mais baixo, associado com o baixo nível escolar (CIPULLO et al., 2010).

É possível inferir que a baixa renda é um fator socioeconômico que interfere no diagnóstico precoce e controle da HAS, pois aqueles com renda inferior a 2 salários mínimos têm menor acesso a consultas e menor condição financeira para a compra de medicamentos. Vários são os determinantes para a não-adesão ao tratamento, tal como a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença, baixo nível socioeconômico e custo elevado dos medicamentos (SANTA; NEMES; NETO, 2010).

No século XXI, embora pouca atenção tenha sido dada à associação dos fatores emocionais (raiva, hostilidade, impulsividade, ansiedade) com a pressão arterial. Os estudos iniciais sobre o assunto se deram pela abordagem da personalidade. Foi pesquisado pelo cardiologistas e estabeleceu um estilo de comportamento que chamaram de padrão de conduta tipo A, que constitui um fator de risco para a cardiopatia isquêmica. Esse padrão de conduta, caracteriza-se por alta competitividade, impulsividade e

agressividade. Eles sugeriram que esse seria um fator de risco independente e com potencial de predição aproximada aos fatores de risco clássicos das doenças coronarianas como fumo, pressão arterial elevada e taxas elevadas de colesterol. Atualmente, é sabido que o tipo A de personalidade não correspondeu às expectativas esperadas, mas foi um importante passo no estudo dessa correlação (ROSENMAN et al., 2000).

Na tentativa de averiguar melhor o ceticismo de estudos posteriores sobre o envolvimento da personalidade e doenças cardiovasculares, em um universo de 2.394 pessoas pesquisadas em um período de cinco anos, concluiu o estresse é tipo como gatilho para eventos isquêmicos coronarianos, mas com ressalvas e necessidade de mais estudos futuros (GALLACHER et al., 2000).

Muriel et al., (2006) propôs um estudo que analisa a relação da ansiedade com a personalidade tipo A, descrita como de maior vulnerabilidade ao estresse à gênese da hipertensão arterial. Outros estudos apontam como a associação entre expressão da raiva e níveis de pressão arterial pode ser afetada por vários fatores.

Levando-se em consideração o aspecto neurobiológico, pode-se apontar relação entre o funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS), as emoções e a hipertensão arterial. O SNA, também conhecido como involuntário, está dividido em sistema nervoso simpático e parassimpático, fornece inervação para todos os órgãos do corpo humano, bem como para vísceras, glândulas, músculos lisos e músculo cardíaco. O SNS prepara o organismo para lutar ou para fugir e, quando é estimulado, provoca sinais fisiológicos nas emoções. Nas situações de emergência, o SNS prepara o organismo para a ação por meio da elevação da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração (GALLACHER, et al., 2003).

É possível também verificar que emoções como a ansiedade, quando bloqueadas, podem, por meio da influência que exercem no sistema nervoso autônomo, favorecer a crise hipertensiva em determinados pacientes com predisposição genética. O estresse repetitivo ou uma resposta exacerbada de estresse é um sinal da ativação desse sistema. A atividade simpática na hipertensão está envolvida no índice de morbidade e mortalidade cardiovascular (KAPLAN, 2007).

Foi perceptível neste estudo que ocorreu um acentuado aumento das notificações de hipertensão em atestados de óbito, entre os anos 2010 e 2014 de 5% para 25%. Neste

mesmo período, deve-se considerar que houve redução de 55% para 20% do número de óbitos devido a doenças cardiovasculares.

Esta redução do número de óbitos por doenças cardiovasculares pode ter ocorrido devido às campanhas preventivas e o acesso gratuito ao tratamento ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do programa de HIPERDIA que foi implantada no Brasil no ano de 2001, mais sua adesão ocorreu a longo prazo o que pode refletir na diminuição dos óbitos nos anos posteriores. O programa HIPERDIA tem por objetivo cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos, a oportunidade do cuidado especial tem o objetivo de realizar o controle das doenças, e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes (RIBEIRO et al., 2015).

Quando o paciente é atendido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e é identificado o problema, os mesmos devem ser cadastrados no HIPERDIA. Os pacientes são cadastrados no programa e passam a ser acompanhados pela equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade individual de cada um. O programa tem uma linha de cuidado que conta com os seguintes atendimentos: atendimento médico; atendimento de enfermagem; assistência fisioterápica; assistência odontológica; acompanhamento nutricional; avaliação oftalmológica; atividade física e assistência farmacêutica (BRASIL, 2015).

As pessoas cadastradas no HIPERDIA, tem o direito de receber as medicações disponibilizadas no programa para o seu tratamento, as medicações fornecidas são: Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Cloridrato de Propanolol 40 mg (anti-hipertensivos); Insulina NPH-100, Glibenclamida 5 mg e Metformina 850 mg (hipoglicemiantes) (BRASIL, 2015).

O processo de aquisição e de envio desses insumos para as UBS é baseado na estimativa das doenças, bem como no esquema terapêutico proposto. O financiamento desse programa baseia-se no repasse fundo a fundo dos recursos financeiros somados ao Piso de Atenção Básica (PAB), pós-pactuação tripartite, feita pelo gestor municipal. Também pode ocorrer o envio de medicamentos, por meio da Farmácia Popular, às áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família, que no estado de Sergipe possuía farmácia popular para atender a sua demanda (COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2014).

E nesta perspectiva da adesão ao tratamento, a etnia parda e principalmente negra apresentam uma diferença de resposta aos fármacos, reagindo melhor ao tratamento com

diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio e não tão satisfatoriamente aos bloqueadores beta-adrenérgicos ou aos inibidores da enzima de conversão. O que deve ser levado em consideração o tratamento não medicamentoso, pois nessas duas etnias o tratamento medicamentoso é mais lento, e o caso pode ser agravado, o que não é muito difícil, já que a hipertensão arterial é silenciosa, e o caso pode ser descoberto após um agravamento (MALTAL et al., 2014).

O programa HIPERDIA, passou a vigorar no estado de Sergipe no ano de 2009 com mais vigor, possibilitando os gestores e os profissionais de saúde conhecerem o perfil demográfico, clínico e epidemiológico da população portadora de hipertensão e diabetes. Este programa registra cada ação prestada aos pacientes com hipertensão e/ou diabetes, criando um banco de dados que permite identificar portadores dessas patologias e planejando ações de controle para cada indivíduo de acordo o seu caso clínico (CHAZAN; PEREZ, 2008).

Estudo realizado por Silva (2010), mostrou que o cadastro do indivíduo no programa HIPERDIA garante o acesso à medicação. Dentre os 5086 portadores de diabetes e hipertensão acompanhados nos serviços de atenção básica, 98,1% (n=4991) eram usuários de medicamentos. Todos os municípios devem ter o protocolo municipal de acompanhamento do quantitativo de medicamentos usados pela população, embasado nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão e Diabetes, e no seu orçamento disponibilizado para aquisição dos mesmos, para assim, ser realizado na atenção primária o atendimento, e o plano terapêutico, mediante a disponibilização dos fármacos. A obtenção do controle individual, deve estar associado também a mudança do estilo de vida.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica, identificadas na atualidade, determinam um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes (BRASIL, 2006).

O aumento progressivo da idade se associou à elevação da média de óbitos relacionada a doenças hipertensivas entre os anos de 2010 a 2014. Nas faixas etárias entre 50-59 anos, 60- 69 anos, 70-79 anos e 80 ou mais anos, a média e desvio padrão (DP) foram, respectivamente: 15,11% (35,35); 24,14% (55,34); 35,07% (81,03); 57,87%

(139,08) (Figura 03). Fica perceptível que quanto maior a faixa etária, ocorre um aumento na quantidade de casos de óbitos no estado de Sergipe. O que é preocupante, pois a população idosa está aumentando a cada ano, o que hoje representa 15% da população mundial. Contudo, projeções mundiais indicam que haverá um aumento dessa população, podendo dobrar esse valor e atingir aproximadamente 30% no ano de 2050. O que exige uma atenção especial para as doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo da HAS (COELHO et al., 2016).

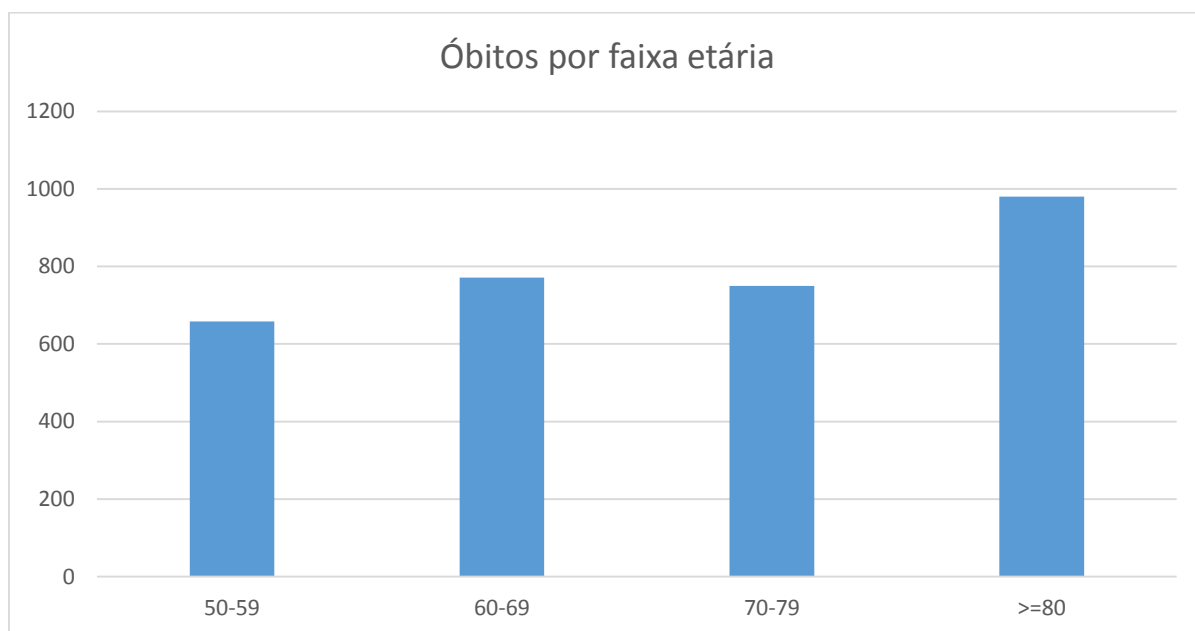


Figura 03: Aumento progressivo da idade associado com à elevação da média de óbitos relacionada a doenças hipertensivas, de acordo com sistema de informação sobre mortalidade do DATASUS, entre os anos de 2010 a 2014.

Fonte: SIM-DATASUS 2010-2014.

A região sudeste (25%; IC 95% 23,8-26,1) e sul (23,5%, IC 95% 23,5-26,5) do Brasil possuem maiores casos de óbitos comparados a Sergipe, em consequência da HAS. Vale ressaltar, que a região sudeste, com relação às demais regiões brasileiras tem maior cobertura do programa HIPERDIA, dando uma assistência de maior qualidade. Já a região sul, mesmo com grandes taxas de hipertensos em relação aos outros estados, consegue evitar óbitos relacionados a essa morbidade (BRASIL, 2011). E o estado de sergipano precisa avançar nos próximos anos, mediante projeções nacionais a população idosa irá crescer em grande escala, o estado que não erradicou as doenças parasitárias, precisará encarar com maior rigor as DCNT, medidas precisam ser implantadas, para controlar os inúmeros casos que estão por vir, e talvez, em maior escala, já que a população está

apresentando altos números de obesos, o qual é um dos carros chefes para o desenvolvimento da HAS.

Estudo semelhante ao presente estudo, realizado por Mansur; Favarato (2016), cujo o objetivo foi analisar as tendências da mortalidade por doença isquêmica do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCV) na população mundial. Sendo realizado através de bancos de dados do ministério da saúde, a fim averiguar os casos de mortalidade da população mundial e brasileira de forma geral. Foi encontrado que o risco de morte foi ajustado pelo método direto, tendo como referência a população mundial de 2000. Foram analisadas, nos períodos de 1980-2006 e 2007-2012, as tendências da mortalidade em mulheres e homens. Cujo resultado demonstrou que houve diminuição da mortalidade por DCV e DIC em mulheres e homens para ambos os períodos ($p < 0,001$).

Estudos realizados por Nichols et al. (2014) e Roth et al. (2015) mostraram tendência de redução da mortalidade por doenças cardiovasculares em vários países, principalmente naqueles mais desenvolvidos da Europa Ocidental, EUA e Canadá. Isso foi corroborado com o estudo de Mozaffarian et al., (2015) quando mostra redução significativa da mortalidade por DCV em todos os estados dos EUA.

As principais justificativas para a redução da mortalidade nos países mais desenvolvidos são controle dos fatores de risco, melhorias nos tratamentos clínicos e intervencionistas (BRAUNWALD, 2014). Assim como no estudo realizado por Mansur e Favarato (2016), observou-se redução da mortalidade por DVC em muitos países em desenvolvimento, devido a implantação dos programas destinados a pessoas com HAS, como ocorre no Brasil (ROTH et al., 2014).

No estudo de Lima (2009) advertiu que o rastreamento de fatores de risco para doenças cardiovasculares, realizado através da análise do perfil lipídico, e de nefropatias, analisado por exame comum de urina e dosagem de creatinina e microalbuminúria, assim como a avaliação do controle do diabetes através da dosagem da hemoglobina glicosilada, não estavam sendo suficientemente realizados, independentemente do número de acompanhamentos efetuados. Salientou que não havia restrições à realização de nenhuma dessas avaliações laboratoriais na rede básica de saúde em muitos municípios. Essa avaliação é fundamental não apenas para definir o tratamento, mas por possibilitar a

reversão dos fatores de risco e diminuição dos riscos das complicações e de agravamento das doenças (SBC, 2010).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) desenvolve a vigilância de fatores de risco ou proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), desde 2006, com o objetivo de fazer o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco ou proteção para as doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados e no distrito federal. Segundo dados do Vigitel 2016, a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de HAS variou de 16,9% em Palmas e 31,7% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (30,9%), Curitiba (26,8%) e Porto Alegre (26,0%), e as menores em Boa Vista e Macapá (15,8%) e Palmas (16,2%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife (32,6%), no Rio de Janeiro (32,5%) e em Salvador (30,2%), e as menores em Palmas (17,6%), Manaus (17,9%), e Macapá (19,2%). Em Sergipe, as frequências foram 25,7% para HAS e 6% para o DM.

Neste contexto, recomenda-se que o HIPERDIA no estado de Sergipe, poderia através da melhora o processo de trabalho e a qualidade de serviços oferecidos a população, seguir as recomendações para averiguar a efetividade do programa HIPERDIA nos estados brasileiros com sensibilização dos gestores e profissionais a nível local sobre a importância do programa; avaliação constante da cobertura da sua área de utilização de estratégias que venham melhorar a captação e o acompanhamento de pacientes com o objetivo de qualificar o programa; alimentar as informações geradas para os profissionais que acompanham os portadores de diabetes e hipertensão nas unidades de saúde e implementação de uma rotina com as diretrizes preconizadas para o acompanhamento de indivíduos diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2015).

O presente estudo apresenta algumas limitações, comuns àqueles que utilizam dados secundários como os provenientes do SIM-SUS. Indicadores de utilização de serviços hospitalares e o quadro de morbidade descrito podem apresentar distorções decorrentes de: ausência do caráter de universalidade do sistema (os dados são apenas das internações custeadas pelo SUS); estruturação do sistema, que remunera os serviços hospitalares privilegiando a lógica financeira e não a epidemiológica; características de oferta dos serviços (a maior ou menor visibilidade de certas doenças pode ser devida à presença, ou não, de serviços voltados especialmente para elas); qualidade do

preenchimento da SIM; e possibilidade de emissão de mais de uma para um mesmo indivíduo (fracionamento de internações longas; reinternações) (BRASIL,2011).

Entretanto, vários fatores apontam para a pertinência da realização de estudos com base em dados do SIM-SUS. Um deles diz respeito às elevadas taxas de cobertura do sistema para internações no Brasil. Os prontuários do SUS, por sua vez, têm sido avaliados como os de péssima qualidade de preenchimento, em comparação aos prontuários de pacientes conveniados e particulares, possivelmente em decorrência da necessidade de um adequado preenchimento desses documentos para autorização do pagamento (BRASIL, 2006).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou elevada prevalência de óbitos ocasionados pela HAS na população sergipana. Ressalta-se que a prevenção com o incentivo a um estilo de vida saudável deve estar em primeiro plano, e não é o que acontece. E isso pode ser agravado com os novos rumos que a atenção a saúde brasileira estar tomando, a extinção da farmácia popular irá contribuir para o aumento das doenças hipertensivas, e maiores números de óbitos serão apontados em outros estudos futuramente.

A partir desse estudo, pode-se observar que pesquisas epidemiológicas em saúde devem ser desenvolvidas para melhor compreender a relação entre as desigualdades socioeconômicas e raciais com o seu impacto na saúde. Além disso, conclui-se que deve haver políticas públicas e programas integrativos com a academia e os serviços de saúde voltados para a promoção e controle da saúde, com entendimento prévio dos fatores socioambientais e econômicos envolvidos, a fim de minimizar doenças crônicas não transmissíveis, nestas e nas próximas gerações da população brasileira.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE SSA, RIZZATO S, SCALIONI A, LANDMANN C, MALTA DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. Epidemiol. Serv. Saude, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 297-304, Jan. 2015.

ÁVILA, A. Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v.17, n.1, p.7-10, Fev.2010.

AZIZ, J.L. Sedentarismo e hipertensão arterial. Rev. Bras. Hipertens. São Paulo, v. 21, n.2, p.75-82, Agos. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. (PNECHA). Brasília, 2006. [acesso em agost. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em agost. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Datasus [acesso em agost. 2017]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. 11. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Consolidação da base de dados de 2015. Brasília; 2016.

BRAUNWALD, E. The ten advances that have defined modern cardiology. Trends Cardiovasc Med, EUA, v.24, n.5, p.179-83, jun. 2014.

BRITO, M.B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C.S. Contracepção Hormonal e Sistema Cardiovascular. Rev. Socied. Brasil. Card, São Paulo, v.9, n.1, p.1-8, jan, 2010.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do rio de janeiro. Rev. APS, Rio de Janeiro, v.1,n.1, p. 10-16, jul,2008.

CIPULLO, J.P. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq Bras Cardio, São Paulo, v.94, n.4, p.33-38, jul,2008.

CLARO, R.M.; MONTEIRO, C.A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. Rev Saud Public, São Paulo, v.44, n.6, p.1014-20, ago, 2010

COELHO JHJ, SAMPAIO RAC, GONÇALVEZ IO, AGUIAR SS, PALMEIRA R. Cutoffs and cardiovascular risk factors associated with neck circumference among community-dwelling elderly adults: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J, São Paulo, v.134, n.6, p.519-27, fev, 2016.

COSTA KS, FRANCISCO PMSB, BARROS MBA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.23, n.3, p.397-408, fev, 2014.

GALLACHER, J.E.J.; SWEETNAM, P.M.; YARNELL, J.W.G.; ELWOOD, P.C.; STANSFELD, S.A. Is type A behavior really a trigger for coronary heart disease events? Psychosom Med. São Paulo, v.65, n.3, p.339-46, ago, 2003.

GUIMARÃES, R.M.; ANDRADE, S.S.C.A.; MACHADO, E.L.; BAHIA, C.A.; OLIVEIRA, M.M.; JACQUES, F.V.L. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. Rev Panam Salud Public, Portugal, v.37, n.2, p. 83-89, fev, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico e contagem da população [online]. 2011 [acessado em 01 junho 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016[acesso em ago. 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab_Brasil_UF.pdf

JOINT NATIONAL COMMITTEE V – JNC V. The fifth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med. EUA, v. 153, n.2, p.154-83, jun, 2009.

KAPLAN, N.M. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E, editor. Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia: WB Saunders; EUA, v.7, n.3, p. 807-39, fev, 2007.

KISHI, T.; HIROCKA, Y. Oxidative stress in the brain causes hypertension via sympathoexcitation. Front Physiol, EUA, v.1, n.2, p 330-335, mar, 2012.

LESSA, I.; MION, J. D. Múltiplas medidas da pressão arterial por aparelho eletrônico e prevalências de hipertensão em inquérito populacional. Rev Bras Hipertensão, Rio de Janeiro, v.13,2, p.104-110, abr, 2006.

LIMA, S. M. L. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. Cad. Saúde Pública, São Paulo, v.25, n.9, p.22-27, maio, 2009.

LIMA, T.N.; SANTOS, V. R. The Social Causes of Health Inequities in Brazil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 28 p. 2008.

MALTAL, D.C.; BERNAL, R.I.T.; ALMEIDA, M.C.M.; ISHITANIL, L.H.; GIRODO, A.M.; PAIXÃO, L.M.M.M.; OLIVEIRA, M.T.C.; JUNIOR, F.G.P.; JUNIOR, J.B.S. Desigualdades intraurbanas na distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, Belo Horizonte, 2010. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v.25, n. 7, p.629-641, set, 2014

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. Arq Bras Cardiol, São Paulo, v.23, n.6, p.1-6, jul, 2016.

MOZAFFARIAN, D.; BENJAMIN, E.J.G.O. A.S.; ARNETT, D.K.; BLAHA, M.J.; CUSHMAN, M. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation, EUA, v.131, n.4, p.29-322, mar, 2015.

MURIEL, D.M.A.; CAMPOS, J.L.B.; DUQUE, O.B.; CUADROS, V.P.Z.; ECHEVERRI, D.R.P.; IBÁÑEZ, L.G. Estudio comparativo del nivel de ansiedad,

personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. Arch Med, EUA, v.6, n.13,p.51-67, ago, 2006.

NICHOLS, M.; TOWNSEND, N.; SCARBOROUGH, P.; RAYNER, M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. Eur Heart J, EUA, v.35, n.42, p.2950-9, jan, 2014.

NOBRE, F.; COELHO, E, B.; LOPES, P.C.; GELEILETE, T.J.M. Hipertensão arterial sistêmica primária. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v.46, n.3,p. 256-72, fev,2013.

Organização Mundial de Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: WHO; 2011.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.; BERTI, H.W. Eventos adversos:análise de um instrumento de notificação utilizado gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm, São Paulo, v.44, n.2, p. 287-4, mar, 2010.

PAIVA, M.C.M.S.; POPIM, R.C.; MELLEIRO, M.M.; TRONCHIM, D.M.R.; LIMA, S.V.M.; JULIANI, M.C.M. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos Adversos. Rev Enferm, São Paulo, v.22, n.5, p.747-54, jan, 2014.

RIBEIRO, A.L.P.; CARVALHO, M.S.; DUNCAN, B.B.; LOTUFOS, P.A.; NOBRE, A.A.; AQUINO, E.M.L.L.; SCHMIDT, M.I.; GRIEP, R.H.; MOLINA, M.D.C.B.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; BENSENÖR, I.J.M.; MATOS, S.M.A.; MILL, J.G. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA Brasil Study. PLoS ONE, EUA, v.10, n.6, p.27-382, jul, 2015.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.N.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA, M.R.; JARDIM, P.C.B.V. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v.12, n.2, p.248-57, fev, 2009.

ROSENMAN, R.H., FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; WURM, M.; KOSITCHEK, R.; HAHN, W. A predictive study of coronary heart disease. JAMA, EUA, v.189, n.3, p.15-22, mar, 2000.

ROTH, G.A.; FOROUZANFAR, M.H.; MORAN, A.E.; BARBER, R.; NGUYEN, G, FEIGIN VL. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. N Engl J Med, EUA, v.372, n.14, p.1333-41, fev, 2015.

SANTA, H.E.T.; NEMES, M.I.B.; NETO, J.E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad Saúde Pública, São Paulo, v.26, n.12, p.2389-98, jul, 2010.

SILVA, E.F. Avaliação da implantação do hiperdia, no município de foz do iguaçu. Cad Saúde Pública, São Paulo, v.43, n.3, p. 33-37, abr, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol, 95:1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBC). VI diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol, 107 (3 Suppl 3):1-83, 2016.

VELOSO, H.J.F.; SILVA, A.M.M. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v.1,n.3,p.400-412, fev, 2010.

WHO.World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO 2014.

World Health Organization. Arterial hypertension, Genebra. (WHO – Technical Report Series, 628), 2010.

PREVALENCE OF MORTALITY CASES ARISING FROM BLOOD HYPERTENSION IN THE STATE OF SERGIPE

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) can be classified as primary and secondary. Primary systemic arterial hypertension is one of the most prevalent diseases in adults and a risk factor for cardiovascular diseases, which, in turn, are responsible for ischemic heart diseases and cerebrovascular diseases. These represent the leading causes of death in the world. The objective of the research was to perform an analysis of the numbers of deaths related to the worsening of systemic arterial hypertension in Sergipe between the years 2010 to 2014. It was carried out an epidemiological study from records of mortality associated with arterial hypertension were obtained in DATASUS, Through notifications filtered by category I.10 of the International Code of Diseases (ICD-10). The arterial hypertension was stratified through the age groups between 50-59 years, 60-69 years, 70-79 years, 80 years or older, with mean and standard deviation respectively: 15.11% (35.35); 24.14% (55.34); 35.07% (81.03); 57.87% (139.08). The overall mortality rate in the state of Sergipe per 10,000 inhabitants was (2.69%). It was concluded that the mortality rate associated with hypertensive diseases in the state of Sergipe was high. Increased age and brown color were predictors of higher mortality.

Keywords: Cardiovascular diseases; Hypertension; Mortality.