

Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

doi: 10.5123/S1679-49742015000200012

Self-reported hypertension prevalence in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2013

Silvânia Suely de Araújo Andrade

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, Brasil

Sheila Rizzato Stopa

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, Brasil

Alessandra Scalioni Brito

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Patrícia Sampaio Chueri

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Brasília-DF, Brasil.

Célia Landmann Szwarcwald

Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Deborah Carvalho Malta

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população adulta brasileira, para o conjunto do país, zona urbana/rural, grandes regiões e Unidades da Federação. **Métodos:** estudo descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013; a amostra foi composta por 60.202 adultos (≥ 18 anos); foram calculadas as prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% ($IC_{95\%}$) segundo sexo, faixa etária, escolaridade e cor da pele. **Resultados:** a prevalência de hipertensão foi de 21,4% ($IC_{95\%}$:20,8-22,0), sendo maior entre mulheres (24,2%; $IC_{95\%}$:23,4-24,9), indivíduos com mais de 75 anos de idade (55,0%; $IC_{95\%}$:51,8-58,3), menos escolarizados (31,1%; $IC_{95\%}$:30,1-32,2), de raça/cor preta (24,2%; $IC_{95\%}$:22,2-26,3), residentes na zona urbana (21,7%; $IC_{95\%}$:21,0-22,3), no Rio Grande do Sul (24,9%; $IC_{95\%}$:22,7-27,1) e na região Sudeste (23,3%; $IC_{95\%}$:23,3-24,3). **Conclusão:** a prevalência da hipertensão foi elevada nos adultos brasileiros, principalmente entre pessoas maiores de 60 anos de idade, com baixa escolaridade, residentes em zona urbana e no Sudeste.

Palavras-chave: Hipertensão; Prevalência; Inquéritos Epidemiológicos; Doença Crônica; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe self-reported hypertension prevalence in Brazilian adults (aged 18 or over) for the entire country and by urban/rural areas, regions and states. **Methods:** this was a descriptive study using 2013 National Health Survey data from a sample of 60,202 adults; prevalence and respective 95% confidence intervals (95%CI) were calculated according to sex, age, schooling and race/skin color. **Results:** hypertension prevalence was 21.4% (95%CI:20.8-22.0); prevalence was highest among women (24.2%; 95%CI:23.4-24.9), individuals aged over 75 (55.0%; 95%CI:51.8-58.3), those with less schooling (31.1%; 95%CI:30.1-32.2), black skin color (24.2%; 95%CI:22.2-26.3), those living in urban areas (21.7%; 95%CI:21.0-22.3), in the state of Rio Grande do Sul (24.9%; 95%CI:22.7-27.1) and in the Southeast region (23.3%; 95%CI:23.3-24.3). **Conclusion:** hypertension prevalence was high in Brazilian adults, mainly among those aged 60 or over, with less schooling, living in urban areas and in the Southeast region.

Keywords: Hypertension; Prevalence; Health Surveys; Chronic Disease; Epidemiology, Descriptive.

Endereço para correspondência:

Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, SAF Sul, Trecho 2, Lotes 5-6, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Sala 16, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70070-600. E-mail: silvania.andrade@saude.gov.br

Introdução

As doenças cardiovasculares foram as causas de óbito mais importantes no mundo no período de 2000 a 2012, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹ No Brasil, apesar da redução da mortalidade por essas doenças nos anos de 1996 a 2007,² esse grupo ainda representou a principal causa de óbito no país em 2011.³ No ano 2000, a doença cardíaca hipertensiva ocupava a 16ª posição no *ranking* mundial de mortalidade, subindo para a 10ª posição em 2012.¹ De acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a doença cardíaca hipertensiva abrange os seguintes diagnósticos: hipertensão essencial (primária); doença cardíaca hipertensiva; doença renal hipertensiva; doença cardíaca e renal hipertensiva; e hipertensão secundária.

Além de importante corresponsável pelas causas de óbito, a hipertensão arterial (HA) é um dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.^{4,5} Os fatores associados ao desenvolvimento da HA são: envelhecimento; excesso de peso; baixa escolaridade; tabagismo; consumo de bebidas alcoólicas; e cor da pele/raça negra.⁶⁻⁸

Para o ano de 2013, a prevalência de HA referida na população de adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1% (IC_{95%}:23,4-24,8).⁹ No período de 2006 a 2011, essa prevalência aumentou progressivamente com a idade e foi maior entre mulheres e adultos de menor escolaridade (zero a oito anos de estudo).¹⁰

Além de importante corresponsável pelas causas de óbito, a hipertensão arterial (HA) é um dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

O Plano Global de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estabeleceu meta de redução da HA em 25% entre 2015 e 2025.¹¹ No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, foram definidas diversas medidas de promoção da saúde e de atenção relacionadas à HA: acordos com a indústria alimentícia para redução do teor de sódio em alimentos processados, incentivo à prática de atividade física por meio do Programa Academia da Saúde e disponibilização gratuita de

medicamentos para controle da hipertensão arterial segundo classificação de risco.^{11,12} A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma das ações de vigilância da HA e de outros fatores de risco para DCNT, além de contribuir para o monitoramento da morbimortalidade desses agravos no país.¹²

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de hipertensão arterial – HA – autorreferida na população adulta brasileira (≥ 18 anos), tomando-se por base o conjunto do país, zona urbana e rural, grandes regiões geográficas e Unidades da Federação (UF).

Métodos

Estudo descritivo, utilizando os dados da PNS do ano de 2013. A PNS é um inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil, suas grandes regiões, UF, regiões metropolitanas, capitais e demais municípios de cada UF. A amostra da PNS 2013 foi composta por 64.348 domicílios. Os moradores selecionados que realizaram entrevista específica sobre estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas totalizaram 60.202. Os demais 4.146 moradores selecionados não tiveram suas informações consideradas, por uma das seguintes razões: (i) não aceitaram responder o questionário específico ou (ii) tiveram suas informações rejeitadas pela triagem automática de coerência, realizada pelo IBGE (Figura 1).

O plano amostral da PNS foi concebido em três estágios: as unidades primárias de amostragem (UPA) foram os setores censitários ou conjunto de setores; as unidades secundárias foram os domicílios; e as unidades terciárias, os residentes adultos (≥ 18 anos). Por ser a PNS parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE, as UPA consideradas na pesquisa são uma subamostra do conjunto de UPA existentes na Amostra Mestra do IBGE. A seleção dos domicílios foi feita com base na versão mais recente, disponível à época, do Cadastro Nacional de Endereço para Fins Estatísticos.

A investigação dos temas específicos de saúde foi feita junto a um único morador adulto selecionado em cada domicílio, por amostragem aleatória simples. Como se tratava de amostra complexa, o peso inicial do morador selecionado, que considerava a probabilidade de seleção do domicílio e a taxa de não resposta por sexo do morador selecionado, foi calculado de forma a retratar a mesma distribuição por sexo e grupo etário observada na pesquisa como

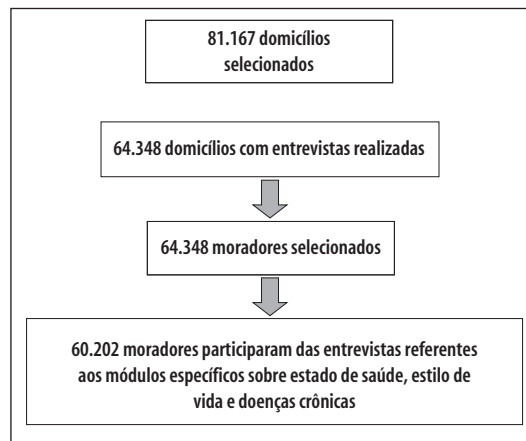


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos moradores entrevistados – Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

um todo, ou seja, com todos os entrevistados pela PNS. Detalhes sobre o processo de amostragem e ponderação estão disponíveis na publicação sobre os resultados da PNS.¹³

O questionário de coleta de dados incluiu diversos temas, como saúde do idoso, da mulher e da criança, acidentes e violências, tabagismo, doenças crônicas não transmissíveis, atividade física, alimentação, auto percepção de saúde, entre outros. A coleta de dados foi realizada utilizando-se microcomputadores de mão (*personal digital assistant* [PDA]).¹³

O presente estudo analisou os dados da PNS referentes à seguinte questão sobre hipertensão arterial: “*Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?*”

Foi calculada a prevalência e intervalo de 95% de confiança (IC_{95%}) para hipertensão arterial, estratificada segundo as seguintes variáveis:

- sexo (masculino; feminino);
- faixa etária (em anos: 18 a 29; 30 a 59; 60 a 64; 65 a 74; 75 e mais);
- escolaridade (sem instrução e Ensino Fundamental incompleto; Ensino Fundamental completo e Médio incompleto; Ensino Médio completo e Superior incompleto; Ensino Superior completo); e
- raça/cor da pele (branca; preta; parda).

Foram apresentadas as prevalências para o conjunto do Brasil, áreas urbana e rural, grandes regiões geográficas e UE.

As análises dos dados foram realizadas pelo *software* Stata® versão 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos da América),¹⁴ utilizando-se o conjunto

de comandos para análise de dados de inquéritos com amostra complexa (*survey*). Diferenças estatisticamente significativas no nível de 5% foram consideradas na ausência de sobreposição dos IC_{95%}.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, sob o Parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações, garantida. Os adultos selecionados para responder à entrevista e que concordaram em participar dela assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

As estimativas da PNS aqui discutidas são baseadas nas respostas de 60.202 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Considerando-se as devidas ponderações amostrais, 56,9% dos entrevistados eram do sexo feminino, 57,6% tinham entre 30 e 59 anos de idade e 23,8% encontravam-se na faixa etária de 18 a 29 anos, 49,0% declararam-se de cor parda e 40,0% brancos, enquanto 9,4% referiram sua raça/cor da pele preta. Quanto à escolaridade, 26,8% haviam completado o Ensino Médio e 24,3% tinham o Ensino Fundamental incompleto. A proporção de indivíduos na amostra com Ensino Superior completo foi de 12,9%, enquanto aqueles sem instrução ou com menos de um ano de estudo representaram 15,7% dos entrevistados.

A prevalência de HA autorreferida foi de 21,4% (IC_{95%}:20,8-22,0), superior no sexo feminino (24,2%; IC_{95%}:23,4-24,9) em relação ao masculino (18,3%;

Tabela 1 – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (≥ 18 anos) (N=60.202) segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade e área de residência – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Variáveis	Hipertensão arterial autorreferida
	% (IC _{95%} ^a)
Sexo	
Masculino	18,3 (17,5-19,1)
Feminino	24,2 (23,4-24,9)
Faixa etária (em anos)	
18-29	2,8 (2,4-3,3)
30-59	20,6 (19,8-21,4)
60-64	44,4 (41,4-47,4)
65-74	52,7 (50,1-55,4)
75 e mais	55,0 (51,8-58,3)
Nível de escolaridade	
Sem instrução e Ensino Fundamental incompleto	31,1 (30,1-32,2)
Ensino Fundamental completo e Médio incompleto	16,7 (15,3-18,0)
Ensino Médio completo e Superior incompleto	13,4 (12,5-14,2)
Ensino Superior completo	18,2 (16,5-19,8)
Raça/cor da pele	
Branca	22,1 (21,3-23,0)
Preta	24,2 (22,2-26,3)
Parda	20,0 (19,2-20,8)
Área de residência	
Urbana	21,7 (21,0-22,3)
Rural	19,8 (18,6-21,0)
Brasil	21,4 (20,8-22,0)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%



Figura 2 – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (≥ 18 anos) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), segundo grandes regiões geográficas – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Tabela 2 – Prevalência (%) de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira de adultos (≥18 anos) (N=60.202) segundo sexo e unidade da Federação de residência – Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

Unidades da Federação	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	%	IC _{95%} ^a		%	IC _{95%} ^a		%	IC _{95%} ^a	
Pará	13,1	11,3	14,9	11,4	8,4	14,4	14,8	12,1	17,5
Amapá	13,3	11,0	15,5	10,6	7,3	13,9	15,7	12,9	18,4
Maranhão	13,6	11,2	16,1	9,30	6,8	11,9	17,6	14,1	21,1
Amazonas	13,7	12,2	15,2	11,7	9,7	13,6	15,7	13,5	17,9
Roraima	14,2	12,1	16,3	13,5	10,4	16,5	14,9	12,4	17,4
Acre	16,1	14,3	17,9	12,6	10,3	15,0	19,3	16,8	21,8
Rondônia	18,1	15,6	20,6	15,9	11,7	20,1	20,3	17,1	23,5
Ceará	18,7	16,9	20,6	16,1	13,5	18,6	21,1	18,5	23,7
Alagoas	19,2	17,1	21,3	15,8	12,7	19,0	22,1	19,2	25,0
Piauí	19,3	17,0	21,6	15,3	12,1	18,5	23,0	20,1	25,8
Tocantins	19,6	17,4	21,8	16,9	13,2	20,7	22,0	19,0	25,1
Distrito Federal	19,7	17,6	21,8	17,1	14,2	20,0	21,9	19,2	24,6
Bahia	20,0	17,3	22,7	15,4	11,2	19,7	24,0	20,7	27,3
Espírito Santo	20,6	18,2	23,0	16,4	13,1	19,7	24,4	20,9	28,0
Sergipe	20,7	18,6	22,8	15,1	12,0	18,3	25,9	23,0	28,8
Rio Grande do Norte	20,8	18,8	22,9	16,1	12,8	19,5	24,9	22,3	27,5
Mato Grosso	20,8	18,7	22,9	17,6	14,3	20,9	24,0	20,7	27,2
Mato Grosso do Sul	21,1	18,9	23,2	17,4	14,5	20,2	24,4	21,6	27,3
Paraná	21,4	19,2	23,7	19,8	16,4	23,2	22,9	20,0	25,8
Pernambuco	21,5	19,7	23,4	18,0	15,2	20,7	24,6	22,2	27,0
Paraíba	21,6	19,7	23,4	17,9	14,9	20,9	24,8	22,2	27,3
Santa Catarina	21,8	18,6	24,9	18,4	14,5	22,4	25,0	20,2	29,8
Goiás	22,1	19,9	24,4	19,8	16,6	23,0	24,3	21,6	27,0
São Paulo	23,0	21,5	24,4	20,8	18,7	22,9	24,8	22,8	26,9
Rio de Janeiro	23,9	22,2	25,7	21,1	18,4	23,7	26,3	24,2	28,4
Minas Gerais	24,0	21,8	26,1	19,5	17,0	22,1	28,0	24,8	31,1
Rio Grande do Sul	24,9	22,7	27,1	21,5	18,7	24,4	27,9	24,8	30,9
Brasil	21,4	20,8	22,0	18,3	17,5	19,1	24,2	23,4	24,9

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

IC_{95%}:17,5-19,1). A menor prevalência foi observada na faixa etária de 18 a 29 anos (2,8%; IC_{95%}:2,4-3,3), enquanto a maior foi encontrada entre indivíduos com 75 e mais anos de idade (55,0%; IC_{95%}:51,8-58,3) (Tabela 1).

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução e com Ensino Fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%; IC_{95%}:30,1-32,2). Essa prevalência foi maior entre pessoas de raça/cor da pele preta (24,2%; IC_{95%}:22,2-26,3), quando comparadas às de raça/cor da pele parda (20,0%; IC_{95%}:19,2-20,8); porém, não se observou diferença de prevalência entre pessoas de raça/cor da pele preta e de raça/cor da pele branca (22,1%; IC_{95%}:21,3-23,0) (Tabela 1).

A prevalência de HA autorreferida foi maior na zona urbana (21,7%; IC_{95%}:21,0-22,3), quando comparada à zona rural (19,8%; IC_{95%}:18,6-21,0), na região Sudeste (22,9%; IC_{95%}:21,5-24,3) e nos estados do Rio Grande do Sul (24,9%; IC_{95%}:22,7-27,1), Minas Gerais (24,0%;

IC_{95%}:21,8%-26,1%) e Rio de Janeiro (23,9%; IC_{95%}:22,2-25,7). A região Norte exibiu a menor prevalência entre as macrorregiões (14,5%; IC_{95%}:13,6-15,5), assim como os estados do Pará (13,1%; IC_{95%}:11,3-14,9), Amapá (13,3%; IC_{95%}:11,0-15,5) e Maranhão (13,6%; IC_{95%}:11,2-16,1) (Figura 2 e Tabela 2).

Discussão

A PNS é o primeiro estudo de abrangência nacional a investigar a prevalência autorreferida da hipertensão arterial na população adulta brasileira. De acordo com os dados desta pesquisa, em 2013, pouco mais de 1/5 da população estudada referiu diagnóstico médico de HA, representando aproximadamente 31,3 milhões de indivíduos em todo o país. A prevalência de HA foi maior no sexo feminino e mostrou-se crescente com o aumento da idade, foi inversamente proporcional ao nível de escolaridade, mais elevada entre os indivíduos

de raça/cor da pele preta, residentes em zona urbana e na região Sudeste do país.

Segundo informações do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) sobre o mesmo ano de 2013, a prevalência de HA referida em adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1% (IC_{95%}:23,4-24,8), sendo de 21,5% (IC_{95%}:20,4-22,5) no sexo masculino e de 26,3% (IC_{95%}:25,4-27,3) no feminino, com maiores prevalências na faixa etária acima dos 65 anos e entre indivíduos com menor escolaridade.⁹

Aparenta-se, como limitação deste estudo, o uso de medidas autorreferidas restritas aos casos de hipertensão que já possuem diagnóstico médico. Entretanto, a informação autorreferida para hipertensão arterial em estudos populacionais é considerada válida e útil para a vigilância dessa enfermidade.^{15,16}

Mulheres e indivíduos com idades de 55 a 64 anos reconheceram mais sua condição de hipertensos quando comparados a homens e àqueles indivíduos situados na faixa etária de 35 a 44 anos, respectivamente.¹⁶ Esta constatação pode influenciar na prevalência de HA autorreferida. Mulheres e indivíduos com idade superior a 64 anos buscam mais os serviços preventivos de saúde e têm maior percepção de sinais e sintomas indicativos de doenças, comparativamente a homens e jovens (a partir dos 15 anos).^{16,17}

A prevalência de HA autorreferida foi maior em residentes da zona urbana. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), também realizada pelo IBGE, em suas edições de 1998 e 2003, também indicaram maior prevalência de doenças crônicas em moradores de áreas urbanas.^{15,18} Considerando-se que o desfecho investigado foi autorreferido a partir do diagnóstico médico da doença, pode-se atribuir esse achado à distribuição, maior acesso e uso regular de serviços de saúde por residentes na área urbana quando comparados aos moradores da zona rural.^{15,19}

Segundo o mesmo raciocínio, uma das hipóteses para a maior prevalência de HA autorreferida no Sudeste pode ser o maior acesso da população residente na região aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à maior disponibilidade do diagnóstico médico de HA. Estudo sobre desigualdades no acesso à saúde no Brasil, a partir de dados da PNAD/IBGE, indicou que para os anos de 1998 e 2003, os residentes do Sudeste e do Sul possuíam maiores chances de utilizar os serviços de saúde quando comparados aos residentes nas demais regiões.¹⁹ O envelhecimento populacional, mais

acentuado no Sul do país,²⁰ é outra explicação possível para a maior prevalência de HA referida nessa região.

A prevalência da HA em adultos, aferida mediante levantamentos de base populacional realizados em diferentes locais do Brasil no período de 1990 a 2004, foi de aproximadamente 20%, apresentando tendência de aumento com a idade²¹ e assim, corroborando os achados do presente estudo. A HA revelou-se como o principal fator de risco envolvido na mortalidade entre os anos de 1980 a 2002, correspondendo a 13% dos óbitos em todo o mundo.²² Estimativas globais demonstraram que a prevalência de HA em adultos foi de 26,4% no ano 2000, sendo de 26,6% para homens e de 26,1% para mulheres. Estima-se, para o ano de 2025, que a prevalência mundial de hipertensão arterial em adultos alcance uma proporção geral de 29,2%, sendo de 29,0% para homens e de 29,5% para mulheres.²³

A literatura aponta que indivíduos com menor escolaridade apresentam maior carga de doença crônica, a exemplo de estudos realizados com base na PNAD 2008 e inquérito de saúde realizado no município de São Paulo-SP, também em 2008.^{15,18,24} São resultados indicadores de um maior impacto do nível de instrução escolar nas condições e na qualidade de vida das pessoas. Há evidências de que as incapacidades decorrentes das doenças crônicas são mais prevalentes nos subgrupos da população em piores condições socioeconômicas.^{20,24} Com relação à raça/cor da pele, estudos apontam que a morbimortalidade em decorrência da HA e de outras doenças crônicas é maior entre pessoas de raça/cor da pele preta.^{20,25} O presente estudo não indicou diferenças na prevalência de HA entre indivíduos de raça/cor preta e branca. Uma possível explicação para esse resultado estaria na fragilidade de uma associação entre raça ou cor da pele e hipertensão e outras doenças crônicas, posto que a raça/cor consiste em um marcador influenciado por uma interação complexa entre fatores genéticos e desigualdades nas condições de vida, ambos com poder de influência na adoção de comportamentos saudáveis ou prejudiciais à saúde.^{20,25-28}

A redução da prevalência da HA não se resume à meta global de redução da ocorrência da doença em 25%, a ser atingida até 2015. Sua consecução influencia diretamente o alcance da meta de redução da taxa de mortalidade prematura (entre <70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis.¹¹ A implementação de medidas de Saúde Pública, como o estímulo à alimentação adequada, prática de atividade física e

cessação do tabagismo, o acesso à Atenção Básica e a disponibilização de medicamentos, além de medidas regulatórias como a proibição da propaganda do tabaco, ambientes livres de tabaco, acordo com a indústria alimentícia para diminuição do teor de sódio nos alimentos processados, entre outras, são essenciais para o alcance dessas metas.¹¹

Fazem-se necessárias, igualmente, ações direcionadas aos determinantes sociais em saúde, capazes de minimizar o impacto da carga das doenças crônicas nos segmentos populacionais mais vulneráveis. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS – são

fundamentais para apoiar políticas de promoção da saúde e ações assistenciais visando reduzir a carga de doenças devidas à hipertensão arterial sistêmica – HAS – e suas complicações.

Contribuição das autoras

Todas as autoras participaram da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação final do manuscrito, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. World Health Organization. Health statistics and information systems [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2014 Dec 15]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun;377(9781):1949-61.
3. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2014 out-dez;23(4):599-608.
4. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics — 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Dec 15];127:e6-e245. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/127/1/e6>
5. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 125 million people. *Lancet* 2014 May;383(9932):1899-911.
6. Silveira J, Scherer F, Deitos A, Dal Bosco SM. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cad Saude Colet*. 2013 abr-jun;21(2):129-34.
7. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Caradina L. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013 Nov;29(11):2275-86.
8. Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Determinantes precoces da pressão arterial em adultos da coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2008 abr;42(2):86-92.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 supl 1:215-26.
11. Malta DC, Silva Jr JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar;22(1):151-64.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas* [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [citado 2014 dez 22]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

14. StataCorp. Stata Statistical Software: release 11. College Station: StataCorp LP; 2009.
15. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 out-dez;11(4):911-26.
16. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 fev;27(2):103-9.
17. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
18. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad Saude Publica*. 2014 jul;30(7):1-15.
19. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 out-dez;11(4):975-86.
20. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011 set;16(9):3755-68.
21. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saude*. 2006 jan-mar;15(1):35-45.
22. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005 Jan;365(9455):217-23.
23. World Health Organization. Non-communicable diseases country profile, 2011 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 Sep [cited 2012 Sep 24]. 209 p. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/
24. Selem SSC, Castro MA, César CLG, Marchioni DML, Fisberg RM. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. *Arq Bras Cardiol*. 2013 jan;100(1):52-9.
25. Lotufo PA, Bensenor IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2013 dez;47(6):1201-4.
26. Laguardia J. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia? *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2005 mai-ago;12(2):371-93.
27. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface Comun Saude Educ*. 2009 out-dez;13(31):383-94.
28. Dubowitz T, Heron M, Basurto-Davila R, Bird CE, Lurie N, Escarce JJ. Racial/ethnic differences in US health behaviors: a decomposition analysis. *Am J Health Behav*. 2011 May;35(3):290-304.

Recebido em 02/02/2015
Aprovado em 23/03/2015