









Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Self-reported arterial hypertension, use of health services and guidelines for care in Brazilian population: National Health Survey, 2019

Hipertensión arterial autoinformada, uso de servicios de salud y guías de atención en la población brasileña: Encuesta Nacional de Salud, 2019

Deborah Carvalho Malta¹ , Regina Tomie Ivata Bernal² , Elton Junio Sady Prates³ ,
Nádia Machado de Vasconcelos⁴ , Crizian Saar Gomes⁴ , Sheila Rizzato Stopa⁵ ,
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha³ , Cimar Azeredo Pereira⁶ 

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil

²Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil

³Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁵Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Brasília, DF, Brasil

⁶Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência de hipertensão arterial (HA), segundo características sociodemográficas, no Brasil, e analisar os indicadores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e orientações para controle do agravo no país. **Métodos:** Estudo transversal descritivo utilizando a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Estimou-se a prevalência de HA com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}), além das proporções dos indicadores da HA. **Resultados:** Foram 88.531 os entrevistados, dos quais 23,9% autorreferiram HA, mais prevalente entre o sexo feminino (26,4%) e idosos (55,0%). Entre aqueles que autorrelatarem HA, 57,8% referiram atenção médica nos últimos seis meses; a maioria recebeu orientações sobre autocuidado; 66,1% foram atendidos em serviço público de saúde; e 45,8%, em unidade básica de saúde (UBS). **Conclusão:** A prevalência de HA na população brasileira foi alta, com a maioria das pessoas que autorreferiram o agravo sendo atendidas em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), onde receberam orientações sobre promoção da saúde.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Brasil; Estudos Transversais; Inquéritos Epidemiológicos.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é definida a partir de medidas persistentemente elevadas da pressão arterial (PA), com PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg.¹ Sabe-se que a HA se caracteriza como uma condição multifatorial, decorrente de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais, sociais, culturais e associados aos estilos de vida.¹

Estima-se que, no mundo, a HA seja responsável por 10,4 milhões de mortes anuais e por 218 milhões de anos de vidas perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years* – DALYs),² além de ser a causa atribuível de aproximadamente 40% das mortes em portadores de diabetes *mellitus*, 14% da mortalidade materno-fetal na gravidez e 14,7% do total de DALYs para a doença renal crônica.^{2,3} No Brasil, estudos anteriores^{4,5} têm mostrado uma tendência de aumento na prevalência da HA entre a população adulta, sendo que a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) encontrou que, em 2018, 24,7% dos entrevistados autorreferiram tal diagnóstico.⁶

A HA constitui um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, doença renal crônica, intolerância à glicose, diabetes *mellitus*, dislipidemia e obesidade abdominal,^{1,7,8} além de gerar grande impacto nos custos médicos e socioeconômicos derivados das complicações nos órgãos-alvo.^{1,9} Em 2018, por exemplo, os custos diretos do Sistema Único de Saúde (SUS) com HA foram estimados em mais de R\$ 2 bilhões.⁹

A prevenção da HA é custo-efetiva e evidências demonstram a relevância das medidas de prevenção primária e secundária, com ações de prevenção, detecção precoce e controle da HA nos programas de Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁰ A APS tem papel primordial na promoção da saúde, democratizando o acesso universal aos serviços de saúde e agindo diretamente na melhoria dos indicadores de saúde e redução dos anos

Contribuições do estudo	
Principais resultados	A prevalência da hipertensão arterial (HA) autorreferida foi de 23,9%, mais prevalente entre o sexo feminino e idosos. A maioria recebeu orientações sobre autocuidado; 66,1% foram atendidos em serviço público de saúde e 45,8% em unidade básica de saúde (UBS).
Implicações para os serviços	A maioria dos participantes realizou a última consulta em UBS, que é, portanto, porta de entrada no cuidado das pessoas com HA, essencial para o acesso às ações de promoção da saúde e aos medicamentos, exames e referenciamento para os especialistas.
Perspectivas	O cuidado em saúde é essencial para a redução dos fatores de risco modificáveis que impactam na ocorrência da HA. A avaliação contínua do acesso à saúde auxilia no desenvolvimento de políticas públicas que melhoram a qualidade de vida da população.

potenciais de vida perdidos.¹¹ Ações de educação em saúde e promoção da saúde, por sua vez, auxiliam o indivíduo na melhoria da compreensão sobre suas necessidades e aspirações e, assim, permitem que ele assuma maior controle sobre seu bem-estar.¹² Consequentemente, o cuidado aos indivíduos com HA mostra-se crucial para aumentar a qualidade de vida e mitigar os impactos sociais e econômicos desse agravo para as famílias, os governos e os sistemas de saúde.

Com base no exposto, este estudo objetivou descrever a prevalência de HA segundo características sociodemográficas no Brasil e analisar

os indicadores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e orientações para o controle do agravo no país.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo, que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde.

Para se calcular o tamanho da amostra da PNS, foram considerados os valores médios, as variâncias e os efeitos do plano amostral, e se supôs uma taxa de não resposta de 20%. A metodologia de amostragem está mais bem detalhada em publicação específica.¹³ A amostragem da PNS constituiu-se em um plano por conglomerados em três estágios de seleção: setores censitários ou conjunto de setores (unidades primárias), domicílios (unidades secundárias) e moradores adultos (unidades terciárias). Em 2019, no terceiro estágio de seleção, realizou-se sorteio aleatório de um morador com idade ≥ 15 anos, tomando como base lista obtida previamente.¹³ Para as análises do presente estudo, consideraram-se apenas os moradores com idade ≥ 18 anos selecionados para entrevista.

Relativamente às variáveis, utilizaram-se as perguntas do módulo Q de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) referentes ao tema HA. A variável desfecho foi a HA autorreferida, definida por meio de resposta positiva para a pergunta: *Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?* (sim; não).

As características sociodemográficas analisadas foram: sexo (masculino; feminino), idade (por faixa etária: 18-24; 25-39; 40-59; ≥ 60 anos), escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; superior completo) e raça/cor da pele autorreferida (branca; preta; parda). Apesar de os indivíduos de raça/cor da pele amarela e indígena estarem contidas no total, não se realizou a análise de seus dados discriminadamente, conforme recomendação

do IBGE, uma vez que há pequeno número de observações e elevado coeficiente de variação.

Posteriormente, entre os que autorreferiram diagnóstico de HA, analisaram-se as proporções das variáveis derivadas das perguntas, conforme descrito a seguir:

- Atendimento para HA: *O(a) Sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)?* (sim; não; nunca); *Último atendimento?* (menos de 6 meses; de 6 meses a menos de 1 ano; de 1 ano a menos de 2 anos; de 2 anos a menos de 3 anos; 3 anos ou mais; nunca); *Local do último atendimento?* (unidade básica de saúde; consultório particular; unidade de pronto atendimento; ambulatório de hospital público; policlínica pública; pronto atendimento privado; domicílio; farmácia; outro serviço); *Esse atendimento foi feito pelo SUS?* (sim; não; não sabe).
- Pagamento: *O(a) Sr.(a) pagou algum valor por este atendimento?* (sim; não).
- Tratamento medicamentoso: *Algum médico já lhe receitou algum medicamento para hipertensão arterial?* (sim; não); *Nas duas últimas semanas, o(a) Sr.(a) tomou os medicamentos para controlar a hipertensão arterial (pressão alta)?* (sim, todos; sim, alguns; não, nenhum).
- Recomendações para HA: *Em algum desses atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?* (sim; não, sendo as recomendações: manter uma alimentação saudável, manter peso adequado, ingerir menos sal, praticar atividade física regular, não fumar, não beber em excesso, fazer acompanhamento regular com profissional de saúde e indicação de práticas integrativas).
- Solicitação de exames: *Em algum desses atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?* (sim; não, sendo os possíveis exames: de sangue, de urina, eletrocardiograma ou teste de esforço).

- Encaminhamento para especialista: *Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista?* (sim; não).

O questionário original da PNS se encontra disponível em sítio eletrônico (<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/questionarios/>) e contém mais detalhes das categorias das variáveis. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2019 e março de 2020. Para o presente estudo, extraiu-se a base divulgada pelo IBGE através do endereço eletrônico <https://bit.ly/3Kp5Q8c>, sendo os dados analisados em novembro de 2020.

Para a análise estatística, as variáveis foram transformadas em variáveis dicotômicas, sendo a resposta “sim” igual a 1, e as outras iguais a “0”. Realizou-se o cálculo das prevalências e razão de prevalência ajustada por idade, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Posteriormente, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson para se compararem as prevalências de HA total e por sexo, segundo características sociodemográficas, ao nível de significância de 5%. Para as variáveis relacionadas ao acesso aos serviços e cuidados, realizou-se o cálculo de porcentagem entre os entrevistados que autorrelataram diagnóstico de HA para cada categoria, com seus respectivos IC_{95%}.

Devido ao desenho amostral complexo e às probabilidades desiguais de seleção, a análise da PNS necessita de pesos amostrais para os domicílios e para os moradores selecionados.¹³ O peso final utilizado é o produto do inverso das expressões de chance de seleção de cada estágio da amostra e compreende a correção de não respostas e ajustes dos totais populacionais.¹³ Utilizou-se o *software* Statistics and Data Science (StataCorp LP, CollegeStation, Texas, United States) versão 14.0 para análise dos dados, por meio do módulo survey, que considera efeitos do plano amostral.

O consentimento de todos os participantes foi obtido diretamente no dispositivo, no momento da entrevista. O projeto da PNS foi encaminhado

à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob o parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. O presente estudo utilizou dados secundários, não identificados e de domínio público da PNS, e por isso não houve necessidade de nova apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A amostra prevista para a PNS 2019 foi de 108.525 domicílios e os dados foram coletados em 94.114 (proporção de resposta de 86,7%). Neste estudo, foram analisados os dados de 88.531 indivíduos. A Figura 1 apresenta o fluxograma das questões referentes ao diagnóstico autorreferido de HA, mostrando o número de entrevistados e os fluxos seguidos no questionário.

Entre os adultos que referiram hipertensão, apenas 59,5% relataram ir ao médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento da HA, 30,5% referiram não ir ao médico e 10,0% nunca buscarem serviços regularmente para o controle da HA. Ainda, 95,3% afirmaram que receberam prescrição de algum medicamento para HA e, entre estes, 91,1% disseram haver tomado todos os medicamentos nas últimas duas semanas (Figura 1).

A prevalência da HA autorreferida, segundo diagnóstico médico prévio, foi de 23,9% (IC_{95%} 23,5;24,4), sendo mais elevada entre o sexo feminino (26,4%; IC_{95%} 25,8;27,1). Pessoas com 60 anos ou mais (55,0%; IC_{95%} 53,9;56,1) tiveram prevalência 22 vezes maior de HA, em comparação com aquelas na faixa etária entre 18 e 24 anos (2,3%; IC_{95%} 1,7;2,9). Já a população com ensino superior (18,2%; IC_{95%} 17,1;19,3) apresentou prevalência 30% menor, comparada com as de mais baixa escolaridade (36,6%; IC_{95%} 35,7;37,4). Em relação à raça/cor da pele autorreferida, as pessoas pretas (25,8%; IC_{95%} 24,4;27,2) e brancas (24,4%; IC_{95%} 23,6;25,2) apresentaram maior prevalência, quando comparadas com as pardas (22,9%; IC_{95%} 22,2;23,6). Na análise por sexo, a prevalência se manteve maior entre pessoas do sexo feminino com idade ≥ 60 anos, com menor escolaridade e em toda raça/cor autorreferida (Tabela 1).

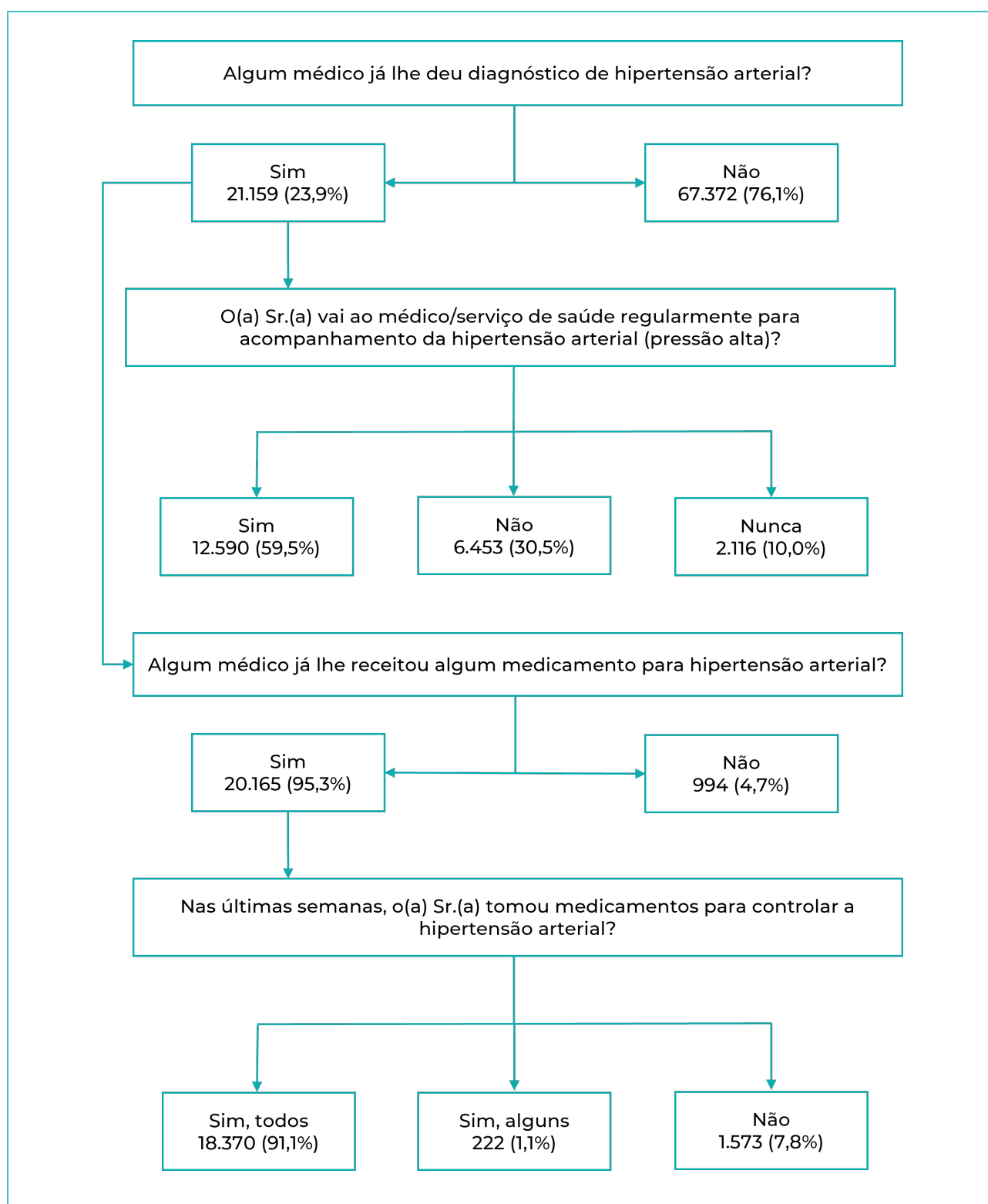


Figura 1 – Fluxograma da distribuição dos participantes do estudo (n = 88.531) segundo o questionário autorreferido de hipertensão arterial, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência ajustada de hipertensão arterial segundo características sociodemográficas, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Variáveis	Total		Feminino		Masculino	
	Prevalência (IC _{95%}) ^a	RP ^b	Prevalência (IC _{95%}) ^a	RP ^b	Prevalência (IC _{95%}) ^a	RP ^b
Total	23,9 (23,5;24,4)		26,4 (25,7;27,2)		21,1 (20,4;21,8)	
Faixa etária (anos)						
18-24	2,3 (1,7;2,9)	1,0	2,1 (1,5;2,8)	1,0	2,5 (1,6;3,4)	1,0
25-39	7,3 (6,7;7,8)	3,2	7,2 (6,3;8,0)	3,5	7,4 (6,6;8,1)	3,0
40-59	27,2 (26,3;28,1)	11,5	29,5 (28,2;30,7)	13,3	24,6 (23,3;25,9)	9,9
≥ 60	55,0 (53,9;56,1)	22,1	59,4 (57,9;60,8)	24,7	49,3 (47,6;50,9)	19,7
Escolaridade						
Sem instrução/ fundamental incompleto	36,6 (35,7;37,5)	1,0	43,3 (42,0;44,6)	1,0	29,2 (28,0;30,3)	1,0
Fundamental completo/médio incompleto	20,4 (19,1;21,6)	1,0	24,7 (22,8;26,6)	0,9	16,2 (14,6;17,8)	1,0
Médio completo/ superior incompleto	15,4 (14,7;16,2)	0,8	15,7 (14,7;16,7)	0,8	15,1 (14,0;16,2)	1,0
Superior completo	18,2 (17,1;19,3)	0,7	16,3 (15,0;17,7)	0,6	20,7 (18,8;22,6)	1,0
Raça/cor da pele autorreferida						
Branca	24,4 (23,6;25,2)	1,0	26,0 (24,9;27,1)	1,0	22,5 (21,4;23,5)	1,0
Preta	25,8 (24,4;27,2)	1,2	30,2 (28,2;32,2)	1,2	20,9 (19,1;22,7)	1,1
Parda	22,9 (22,2;23,6)	1,1	25,7 (24,8;26,7)	1,1	19,7 (18,8;20,6)	1,0

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) RP: Razão de prevalência.

Em relação ao atendimento médico por causa da HA, 72,2% referiram ter recebido atenção médica nos últimos 12 meses, e destes, 57,8% em menos de 6 meses. O atendimento médico para HA ocorreu principalmente em serviços públicos de saúde, totalizando 66,1% dos atendimentos, sendo 45,8% feitos em unidade básica de saúde (UBS). A maioria dos participantes relatou ter recebido orientações sobre autocuidado para a HA, como: manter uma alimentação saudável (87,2%), manter o peso adequado (84,3%), ingerir menos sal (87,7%), praticar atividade física (AF) regular (81,7%), não fumar (67,2%) e não beber em excesso (66,5%), além de fazer acompanhamento regular com profissional de saúde (85,2%).

Entre os procedimentos solicitados, observou-se que o exame de sangue foi pedido em 79,9% dos casos; de urina em 69,9%; eletrocardiograma, em 64,5% dos casos; e teste de esforço, em 33,6%. Foram encaminhados para consulta com especialistas 25,0% dos indivíduos com HA (Tabela 2).

Por último, 65,6% dos entrevistados que autorreferiram HA relataram atendimento pelo SUS e somente 14,8% referiram pagamento para atendimento referente à HA (Figura 2).

DISCUSSÃO

O estudo identificou que a HA autorreferida foi declarada por cerca de 1/4 da população e teve

Tabela 2 – Distribuição percentual e intervalos de confiança de 95% de características relacionadas ao cuidado das pessoas que autorreferiram hipertensão arterial (n = 38.082), Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Variáveis	%	IC _{95%} ^a
Último atendimento		
Menos de 6 meses	57,8	56,6;59,0
6 meses a menos de 1 ano	14,4	13,6;15,2
1 ano a menos de 2 anos	9,4	8,8;10,1
2 anos a menos de 3 anos	2,7	2,3;3,2
3 anos ou mais	13,7	12,9;14,5
Nunca	1,9	1,6;2,3
Local do último atendimento		
Unidade básica de saúde	45,8	44,4;47,2
Consultório particular	28,8	27,5;30,1
Unidade de pronto atendimento	9,6	8,9;10,5
Ambulatório de hospital público	7,1	6,5;7,8
Policlínica pública	3,6	3,1;4,2
Pronto atendimento privado	1,7	1,4;2,0
Domicílio	1,4	1,2;1,6
Farmácia	0,9	0,7;1,2
Outro serviço	1,0	0,7;1,4
Orientações		
Práticas integrativas	7,4	6,8;8,1
Não beber em excesso	66,5	65,1;67,8
Não fumar	67,2	65,8;68,6
Praticar atividade física regular	81,7	80,7;82,7
Manter peso adequado	84,4	83,4;85,4
Acompanhamento regular	85,2	84,2;86,2
Alimentação saudável	87,2	86,3;88,2
Ingerir menos sal	87,8	86,7;88,8
Exames e encaminhamentos		
Exame de sangue	79,9	78,8;80,9
Exame de urina	69,9	68,5;71,2
Eletrocardiograma	64,5	63,2;65,8
Teste de esforço	33,6	32,2;34,9
Encaminhamento a especialista	25,0	23,7;26,2

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%.

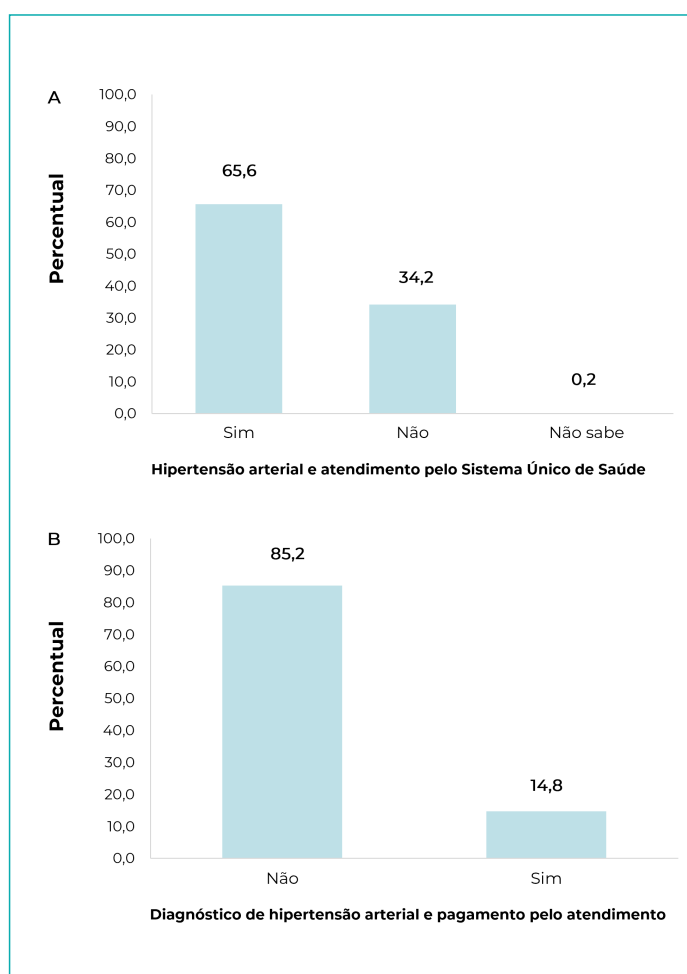


Figura 2 – Distribuição percentual e intervalo de confiança de 95% de adultos (n = 38.082) que referiram diagnóstico de hipertensão arterial e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (A) e pagamento pelo atendimento (B), Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

maior prevalência entre o sexo feminino, pessoas com idade mais elevada e a população com baixa escolaridade. Quanto ao cuidado prestado, verificou-se que 3/4 dos atendimentos totais foram realizados pelo SUS e houve ampla orientação sobre promoção da saúde, o que sugere que as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2020 estão sendo aplicadas na APS de forma sistemática.

A PNS consiste no inquérito em saúde mais amplo e importante realizado no país, acontece a cada cinco anos¹³ e permite não apenas monitorar os fatores de risco e proteção para DCNT,

entre eles HA autorreferida, como também avaliar o acesso da população aos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada.

Foram observadas prevalências mais elevadas de HA entre indivíduos do sexo feminino, o que pode ser explicado pelo fato de a HA ter sido estimada com dados autorreferidos. Dados aferidos de PA da PNS 2013 mostraram prevalências mais elevadas entre o sexo masculino, quando comparados com o sexo feminino (25,8% e 20,0%, respectivamente).⁴ As mulheres buscam mais os serviços de saúde e, portanto, têm maior oportunidade de diagnóstico, além de maior consistência em relatos de autocuidado.¹⁴

O aumento da prevalência de HA com a progressão da idade, coerente com a literatura, leva a um aumento expressivo dos gastos pelo sistema de saúde, resultante do aumento da demanda. Há evidências de que a HA se associa com o envelhecimento, em função da menor complacência e da progressão de enrijecimento das grandes artérias.^{1,15}

A HA foi mais elevada em pessoas com baixa escolaridade, o que pode ser explicado pela maior exposição aos fatores de risco e às condições socioeconômicas adversas, tais como falta de acesso aos serviços de saúde e menor alcance quanto às orientações sobre estilos de vida saudáveis, bem como menores oportunidades para acesso a alimentação saudável, AF e cuidados em saúde.¹⁶

Este estudo encontrou prevalências mais baixas entre pardos e mais elevadas entre pretos e brancos. Existem divergências na literatura sobre se prevalências mais elevadas de HA na raça/cor da pele autorreferida preta seriam por predisposição genética, além dos determinantes como as condições socioeconômicas, o estresse devido à exposição ao racismo ou os estilos de vida.¹⁵ Como o presente estudo é descritivo e transversal, as diferenças encontradas precisam ser exploradas em futuras análises.

No contexto da APS, o cuidado aos indivíduos com HA deve ser centrado na pessoa e enfatizar a promoção da saúde, aumentando-se o acesso

às informações sobre saúde, de modo horizontal e compreensível, buscando-se auxiliar na decisão do autocuidado, por meio de consultas, visitas domiciliares e atividades educativas em grupo.^{17,18} Têm-se, ainda, evidências de que a PA é mais bem controlada se abordada por equipe multiprofissional e, especialmente, na edição mais recente das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,¹ foram estabelecidas a relevância e a abrangência da atuação da equipe no contexto da APS.

O cuidado integral e multiprofissional é essencial para a redução da morbimortalidade e, sobretudo, para a promoção da saúde direcionada aos adultos com HA. Dentro da equipe multiprofissional, o médico é responsável pelo diagnóstico e pela estratificação de risco, além de semestralmente avaliar o regime terapêutico, seja farmacológico ou não. O profissional da enfermagem deve incentivar o autocuidado, promover ações educativas e ajudar o usuário na compreensão e criação de rotinas e hábitos que promovam a adesão às condutas prescritas. O profissional de educação física tem o compromisso de promover hábitos saudáveis, com redução do sedentarismo e estímulos para que a comunidade se torne fisicamente ativa e, com isso, mantenha melhor qualidade de vida. Ademais, o nutricionista deve orientar maior consumo de vegetais e frutas, em detrimento do consumo de sódio, tendo como objetivo a manutenção de peso dentro da faixa de normalidade.¹

No presente estudo, verificou-se que os protocolos de prevenção e tratamento têm sido seguidos, em sua maioria, pelos profissionais de saúde. As orientações de controle de peso foram dadas em quase 90% dos casos. Almeja-se, por meio desta orientação, promover o alcance do peso ideal. Já foi demonstrada a importância da adiposidade corporal, especialmente a visceral, enquanto fator de risco para a elevação da PA, assim como o fato de que ela pode estar diretamente conectada com até 75% dos casos de HA.¹⁹

Aponta-se que as orientações sobre alimentação saudável foram altamente disseminadas, bem como as orientações para redução da ingestão de sódio. A dieta ideal deve conter ingestão diária menor que 2 g de sódio ou 5 g de sal.²⁰ Uma metanálise realizada na China, em 2019, demonstrou que estudos de intervenção que substituem o cloreto de sódio por cloreto de potássio alcançam redução significativa tanto da PAS (-5,7 mmHg; IC_{95%} -8,5;-2,8) quanto da PAD (-2,0 mmHg; IC_{95%} -3,5;-0,4).²¹ Há evidências de que uma dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura pode resultar em redução de 2/3 mmHg na medida da PA, bem como a redução de gordura saturada e trans pode reduzir a PA em 3 mmHg, enquanto o aumento da ingestão de potássio na dieta em 3,5 a 5,0 g/dia pode resultar na redução de 2 mmHg na PA.¹ Estudos sugerem, ainda, que a adesão à dieta com maior teor de frutas, verduras e hortaliças associa-se a menor risco de acidente vascular encefálico,²² mortalidade cardiovascular e doença renal crônica.²³

As orientações sobre AF foram realizadas para mais de 80% dos adultos com HA. A diminuição do tempo sedentário reduz o risco de mortalidade por todas as causas²⁴ e, associada à prática regular de AF (150 min/semana), com o estímulo à AF aeróbia, diminui a incidência de HA²⁵ e pode reduzir a PA em 5/7 mmHg.¹

As orientações sobre redução do álcool e tabaco foram menos prescritas, em torno de 60%. Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas associa-se à queda de cerca de 5,5 mmHg (IC_{95%} 6,70;4,30) na PAS e 3,97 (IC_{95%} 4,70;3,25) na PAD.^{1,26} O uso de tabaco eleva a PA em cerca de 5 a 10 mmHg.²⁷ Pelo aumento do risco cardiovascular, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020 ressaltam a importância da cessação do tabagismo, inclusive com terapia farmacológica.¹

Com o objetivo de se apoiar uma terapêutica completa, é fundamental a identificação clínica e subclínica de lesões de órgãos-alvo. Para isso, alguns exames simples e de baixo custo

devem ser solicitados na consulta de base, e depois anualmente, a todos os indivíduos com diagnóstico de HA.¹ Recomendam-se: dosagem sérica de potássio, ácido úrico, creatinina, glicemia e perfil lipídico; proteinúria/albuminúria e exame sumário de urina e eletrocardiograma para possível detecção de hipertrofia ventricular esquerda.¹ Algumas populações podem necessitar de outros exames específicos para suas características.

A maioria dos participantes realizou a última consulta em uma UBS e, somando-se à unidade de pronto atendimento, quase 2/3 deles receberam atendimento em locais do sistema público de saúde. Este estudo corrobora, portanto, o papel ordenador e orientador do SUS, que é a porta de entrada e o local de atendimento e acompanhamento da maioria da população brasileira.²⁸ Ainda, nas UBS são prestadas as orientações para o cuidado das pessoas com HA, desde as orientações para as ações de promoção da saúde (prevenção do uso do tabaco, diminuição do consumo de álcool, alimentação saudável e AF), bem como acesso gratuito a medicamentos, exames e encaminhamento para os especialistas.

A prevalência de HA encontrada no presente estudo foi menor que as prevalências globais apontadas em 2010 pelo *Global Burden of Diseases* (31,0%),²⁹ porém se assemelhou à encontrada em estudos prévios na população brasileira. Estudo de base populacional conduzido na cidade de São Paulo mostrou, em 2015, prevalência de HA em 23,2% nos adultos e 54,9% nos idosos.¹⁶ Também compatíveis com o presente estudo são os percentuais encontrados em estudo que utilizou dados do Vigitel em 2013, que foram de 24,1% para adultos e de 60,4% em idosos com

idade ≥ 65 anos.¹⁵ Já estudo realizado com base nos dados da PNS 2013, em que a HA foi definida utilizando-se as medidas de PA aferidas durante a entrevista, apontou prevalência em adultos de 22,8%, e entre idosos acima de 75 anos foi menor (47,1%).⁴

Entre as limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal, que impossibilita a determinação de causalidade. Além disso, o maior acesso aos serviços de saúde e o esclarecimento dos participantes podem ser apontados como vieses quando do uso de diagnóstico autorreferido. Adicionalmente, não foi avaliada a qualidade do cuidado e não foram exploradas as possíveis diferenças que a população usuária da saúde complementar apresenta quanto ao acesso a serviços de saúde, em comparação com os usuários exclusivos do SUS.

Em conclusão, a HA representa elevada carga de morbimortalidade no Brasil, sendo o principal fator de risco para óbitos (17% do total) e o segundo no *ranking* de DALYs (responsável por 8,33% do total) em 2019.³ Diante disso, o cuidado em saúde é um importante passo para a redução dos fatores de risco modificáveis (tabaco, inatividade física, uso nocivo de álcool e dietas não saudáveis), que impactam na ocorrência de DCNTs e na carga global de doenças, auxiliando no alcance da boa saúde e bem-estar da população, temas incluídos na Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. Por isso, torna-se essencial avaliar o acesso à saúde e a satisfação dos usuários do sistema com os cuidados recebidos, pois essas informações exercem papel crucial no desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências que visem à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos brasileiros.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Malta DC trabalhou na concepção e desenho do estudo e elaboração da primeira versão do manuscrito. Stopa SR, Sardinha LMV e Pereira CA contribuíram na aquisição dos dados. Bernal RTI e Gomes CS trabalharam na análise estatística dos dados. Malta DC, Bernal RTI, Prates EJS, Vasconcelos NM, Gomes CS, Stopa SR, Sardinha LMV e Pereira CA contribuíram para a análise e interpretação dos dados e na revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, TED 66/2018. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de produtividade (DCM).

Correspondência: Deborah Carvalho Malta | dcmalta@uol.com.br

Recebido em: 20/04/2021 | **Aprovado em:** 09/11/2021

Editora associada: Maryane Oliveira Campos 

REFERÊNCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Gomes MAM, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 2021; 116(3): 516-658. doi: 10.36660/abc.20201238
2. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017 set; 390(10100): 1151-210. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare, Viz Hub [Internet]. 2019 [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
4. Malta DC, Santos NB, Perillo RD, Szwarcwald CL. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. *Sao Paulo Med J.* 2016 abr; 134(2): 163-70. doi: 10.1590/1516-3180.2015.02090911
5. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017; 33(6): e00035316. doi: 10.1590/0102-311X00035316
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>

7. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA* 2017 jan; 317(2): 165-82. doi: 10.1001/jama.2016.19043
8. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4): 787-891. doi: 10.5935/abc.20190204
9. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44: e32. doi: 10.26633/RPSP.2020.32
10. Dantas RCO, Dantas DCO, Lima VV, Silva JPT, Amador AE, Lopes MS, et al. O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Cienc Plur.* 2018; 4(1): 117-131
11. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate.* 2018; 42: 361-378. doi: 10.5190/0103-11042018s125
12. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 260-8.
13. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saude* 2020 out; 29(5): e2020315. doi: 10.1590/s1679-49742020000500004
14. Foti K, Wang D, Appel LJ, Selvin E. Hypertension awareness, treatment, and control in US adults: trends in the hypertension control cascade by population subgroup (National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2016). *Am J Epidemiol.* 2019 dez; 188(12): 2165-74. doi: 10.1093/aje/kwz177
15. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. *Rev Saude Publica.* 2017 jun; 51(Supl. 1): 11s. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051000006
16. Flório CE, Cesar CLG, Alves MCGP, Goldbaum M. Prevalence of hypertension in adults in the city of São Paulo and associated factors. *Rev Bras Epidemiol.* 2020 jun; 23: e200052. doi: 10.1590/1980-549720200052
17. Borges FM, Silva ARV, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Rev Bras Enferm.* 2019 jun; 72(3): 646-53. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0366
18. Prates EJS, Prates MLS, Leite MTS. Educação Permanente em Saúde: O autocuidado como mecanismo de prevenção de agravos em hipertensos. *Revista Norte Mineira de Enfermagem - RENAME* 2018; 7(2): 24-31. <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1202>
19. Hall JE, Carmo JM, Silva AA, Wang Z, Hall ME. Obesity, kidney dysfunction and hypertension: mechanistic links. *Nat Rev Nephrol.* 2019 jun; 15(6): 367-85. doi: 10.1038/s41581-019-0145-4
20. Mill JG, Malta DC, Machado ÍE, Pate A, Pereira CA, Jaime PC, et al. Estimation of salt intake in the Brazilian population: results from the 2013 National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2019 out; 22(Supl. 2): e190009. doi: 10.1590/1980-549720190009.supl.2
21. Jin A, Xie W, Wu Y. Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure in Chinese populations: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2020 fev;10(2): e032941. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032941
22. Mertens E, Markey O, Geleijnse JM, Lovegrove JA, Gibens DI. Adherence to a healthy diet in relation to cardiovascular incidence and risk markers: evidence from the Caerphilly Prospective Study. *Eur J Nutr.* 2018 abr; 57(3): 1245-58. doi: 10.1007/s00394-017-1408-0
23. Mozaffari H, Ajabshir S, Alizadeh S. Dietary Approaches to Stop Hypertension and risk of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Clin Nutr.* 2020 jul; 39(7): 2035-44. doi: 10.1016/j.clnu.2019.10.004

24. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonized meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016 set; 388(10051): 1302-10. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30370-1
25. Cao L, Li X, Yan P, Wang X, Li M, Li R, et al. The effectiveness of aerobic exercise for hypertensive population: A systematic review and metaanalysis. *J Clin Hypertens*. 2019 jul; 21(7): 868-76. doi: 10.1111/jch.13583
26. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017 fev; 2(2): e108–e120. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30003-8
27. Piper MA, Evans CV, Burda BU, Margolis KL, O'Connor E, Smith N, et al. Screening for high blood pressure in adults: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014.
28. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousqual A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018 set; 43(e1): 244-60. doi: 10.1590/0103-110420185116
29. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017 jan; 389(10064): 37-55. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31919-5

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of arterial hypertension according to sociodemographic characteristics in Brazil and to analyze the indicators related to access to health services and guidelines for controlling the disease in the country. **Methods:** Cross-sectional descriptive study using the National Health Survey conducted in 2019. The prevalence of hypertension was estimated with a 95% confidence interval, in addition to the proportions of hypertension indicators. **Results:** There were 88,531 respondents, of which 23.9% self-reported hypertension, more prevalent among females (26.4%) and the elderly (55.0%). Among those who self-reported hypertension, 57.8% reported medical attention in the last six months; most received guidance on self-care; 66.1% were seen in public health services; and 45.8% in Primary Health Care Units. **Conclusion:** The prevalence of hypertension in the Brazilian population was high, with most people who self-reported the condition being seen in services of the Brazilian National Health System (SUS), where they received guidance on health promotion.

Keywords: Hypertension; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Brazil; Cross-Sectional Studies; Health Surveys.

RESUMEN

Objetivo: Describir la prevalencia de hipertensión arterial (HA) según características sociodemográficas en Brasil y analizar los indicadores relacionados con el acceso a los servicios de salud y orientaciones para su control. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal utilizando la Encuesta Nacional de Salud 2019. Se estimó la prevalencia de HA con intervalo de confianza del 95% (IC_{95%}) y proporciones de los indicadores de la HA. **Resultados:** Hubo 88.531 entrevistados, de los cuales 23,9% declararon haber HA, con mayor prevalencia entre el sexo femenino (26,4%) y ancianos (55,0%). Entre los autodeclarados con HA, 57,8% recibió atención médica en los últimos seis meses; la mayoría recibió orientación sobre el autocuidado; 66,1% fue atendido en un servicio público de salud y 45,8% en unidad básica de salud. **Conclusión:** La prevalencia de la HA en la población brasileña fue alta, con la mayoría de las personas que autorreferían al agravio siendo atendidas en los servicios del Sistema Único de Salud (SUS), donde han recibido orientación sobre el autocuidado.

Palabras clave: Hipertensión; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Brasil; Estudios Transversales; Encuestas Epidemiológicas.