

Boletim



Hipertensão Arterial Sistêmica

12

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Série "Boletim ISA Capital 2015", editada pela Coordenação de Epidemiologia e Informação|CEInfo|SMS|PMSP.

Boletim Nº 12 | Novembro 2017 | Versão eletrônica

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

João Doria

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Wilson Modesto Pollara

SECRETÁRIA ADJUNTA

Maria da Glória Zenha Wieliczka

CHEFE DE GABINETE

Daniel Simões de Carvalho Costa

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo

Margarida M T A Lira

Elaboração

Maria Cristina Scuoteguazza Salgado Minari

Edmilson Pessoa de Barros

Helio Neves

Cesar Augusto Inoue

Heloisa Mara Trebbi Berton

Colaboração e Revisão

Breno Souza de Aguiar

Júlia Olsen

Katia Cristina Bassichetto

Marcos Drumond Junior

Margarida Lira

Patrícia Carla dos Santos

Projeto gráfico, diagramação e editoração

Artur Isnard Leonardi Horta Lopes

Bianca de Moraes Garcia

Conselho Editorial

Breno Souza de Aguiar

Eneida Ramos Vico

Helio Neves

Leny Kimie Yamashiro Oshiro

Margarida M T A Lira

Maria Rosana Issberner Panachão

Tamiris C T Souza

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Equipe de Pesquisadores do ISA Capital 2015

Pesquisador responsável

Chester Luiz Galvão César

Instituição responsável

Convênio celebrado entre o Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública (CEAP) da Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Pesquisadores principais

Chester Luiz Galvão César

Faculdade de Saúde Pública | USP

Maria Cecília Goi Porto Alves

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Faculdade de Ciências Médicas | UNICAMP

Moisés Goldbaum

Faculdade de Medicina | USP

Regina Mara Fisberg

Faculdade de Saúde Pública | USP

Pesquisadores associados

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Reinaldo José Gianini

Coordenação do trabalho de campo

Fernanda Mello Zanetta

Margaret Harrison de Santis Dominguez

Mariangela Pereira Nepomuceno Silva

Equipe responsável pelo ISA Capital 2015 na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Margarida M T A Lira

Hélio Neves

Katia Cristina Bassichetto

FICHA CATALOGRÁFICA

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo.

Boletim ISA Capital 2015, nº 12, 2017: Hipertensão Arterial Sistêmica. São Paulo: CEInfo, 2017, 37 p.

1. Inquérito de Saúde 2. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo 3. Hipertensão 4. Doença crônica 5. Atenção à Saúde 6. Comorbidade

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP 01223-010 - São Paulo - SP

e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Versão eletrônica:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_HAS.pdf

Apresentação

Resumo**Lista de figuras, gráficos e tabelas****Introdução****Método****Resultados e discussão****Considerações finais****Referências bibliográficas****Questionário - Bloco C2**

Anexo

Apresentação

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se por uma condição clínica multifatorial, com níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associada a alterações funcionais ou estruturais de vários órgãos, causando ainda distúrbios metabólicos, com aumento no risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É a doença crônica mais prevalente na população adulta e idosa, podendo ser assintomática em um número significativo de pessoas. Constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade e é considerada como um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis associada à morbimortalidade por doença cardiovascular (DCV), especialmente os acidentes vasculares encefálicos (AVE) e a doença coronariana (DC).

O Inquérito de Saúde – ISA Capital 2015, idealizado para conhecer aspectos da saúde pública no município de São Paulo (MSP) que não estão contidos nos sistemas rotineiros de informação do SUS, inclui desde as suas edições anteriores (2003 e 2008) o conhecimento da prevalência desta condição crônica e de diversos aspectos relacionados.

Este inquérito é uma realização conjunta da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Faculdades de Saúde Pública e de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp e Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

O presente boletim é o 12º da série ISA Capital 2015 e apresenta a estimativa da prevalência de HAS, em pessoas com 20 anos ou mais de idade, residentes em área urbana do MSP, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas selecionadas, identifica fatores associados ao diagnóstico, comorbidades, acompanhamento a serviços de saúde, comportamento em relação à doença, nível de conhecimento, principais conceitos a respeito deste agravo.

Espera-se que possa suscitar a reflexão de todos os envolvidos e possa contribuir para a elaboração de políticas destinadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e organização do cuidado de pessoas com esta condição crônica, demandante de atenção à saúde de longo prazo.

Margarida Lira
CEInfo

Apresentação**Resumo**

Lista de figuras, gráficos e tabelas**Introdução****Método****Resultados e discussão****Considerações finais****Referências bibliográficas****Questionário - Bloco C2****Anexo****Resumo**

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica mais prevalente na população adulta e idosa na cidade de São Paulo, no Brasil e no mundo. O Inquérito de Saúde de Base Populacional – ISA Capital 2015, realizado na cidade de São Paulo, estimou em 23,2%, a prevalência de HAS na população com 20 anos ou mais. A prevalência é crescente conforme aumenta a idade dos entrevistados. É mais frequente entre as mulheres, em pessoas com sobrepeso ou obesidade. A prevalência é crescente conforme a seguinte ordem de situação conjugal: solteiro; casado/união estável; separado/divorciado; viúvo. Estas condições também se associam, nesta ordem, à evolução da idade. A prevalência é maior quanto menor a escolaridade. Não foi identificada diferença significativa por classes de renda, raça/cor e por região de saúde de residência.

A maioria dos entrevistados referiu frequentar, rotineiramente, unidade de saúde para o acompanhamento da hipertensão e considerou estar bem orientada quanto à doença e às medidas necessárias para seu controle, apesar do que, é elevada a proporção dos que não adotam hábitos de vida preconizados para o controle efetivo deste agravo, como dieta hipossódica, prática de atividade física rotineira, controle do peso, uso regular da medicação.

Pessoas com HAS também informaram maior proporção de histórico de Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico do que as demais.

Evidências da literatura sugerem que, mesmo em países com sistema universal de saúde, aproximadamente metade das condições crônicas mais comuns não são detectadas. Metade das condições detectadas não são tratadas. Metade das que são tratadas não são adequadamente controladas. É a regra das metades, proposta em 1972 por Wilber e Barrow, apud Hart 1992. No presente estudo, a maioria das pessoas com HAS com 20 anos ou mais de idade apresenta alguma comorbidade, sendo que mais da metade delas apresenta mais do que uma. Esta frequência varia, como esperado, de acordo com a faixa etária, sendo maiores nas com 60 anos ou mais. A HAS com alguma comorbidade é, portanto, a doença crônica mais prevalente no MSP. Entre as pessoas com 20 anos ou mais, o ‘colesterol elevado’ é a comorbidade mais prevalente, chegando a quase 1/3 dos casos, seguida do diabetes. Entre os idosos, a sequência das principais comorbidades é exatamente a mesma, porém com prevalências significativamente maiores de ‘colesterol elevado’ e diabetes.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

A atenção à saúde dos hipertensos exige que se considere um cuidado mais abrangente do que somente a HAS. É provável que esta população demande mais serviços de saúde, tenham mais intercorrências que requeiram atenção especializada, maior número de tipos de fármacos e possibilidade de interações não desejadas, com implicações para o orçamento tanto familiar quanto institucional.

A informação obtida contribui para a melhor organização e aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde, da Linha de Cuidado e do planejamento local das unidades de saúde, considerando as necessidades específicas da população hipertensa, possibilitando intervenções mais efetivas e eficientes, com melhor controle, redução das complicações e melhoria na qualidade de vida desta população.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Listagem de figuras, gráficos e tabelas

Gráfico 1 - Prevalência (%) de hipertensão referida na população com 12 anos ou mais e na população com 20 anos ou mais. Município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015.....	12
Gráfico 2 - Prevalência (%) de hipertensão referida, na população com 20 anos ou mais, segundo sexo e faixa etária. Município de São Paulo, 2015.....	14
Tabela 1 - Prevalência (%) de hipertensão referida na população com 20 anos ou mais, segundo variáveis socioeconômicas. Município de São Paulo, 2015.....	16
Tabela 2 - Prevalência (%) de hipertensão referida, segundo número de comorbidades e frequência acumulada dessas prevalências, na população com 20 anos ou mais e com 60 anos ou mais de idade. Município de São Paulo, 2015.....	18
Tabela 3 - Prevalência (%) das comorbidades mais frequentes entre hipertensos de 20 anos ou mais e de 60 anos ou mais de idade. Município de São Paulo, 2015.....	18
Tabela 4 - Prevalência (%) de alguns agravos selecionados, na população com 20 anos ou mais de idade, segundo presença de hipertensão referida. Município de São Paulo, 2015.....	19
Gráfico 3 – Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo tipo de cuidado que DEVERIA ADOTAR para o controle da doença. Município de São Paulo, 2015.....	21
Gráfico 4 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo tipo de cuidado que ADOTA para o controle da doença. Município de São Paulo, 2015.....	22
Tabela 5 - Padrão de uso de serviços de saúde entre os hipertensos, segundo sexo e Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de residência. Município de São Paulo, 2015.....	23
Gráfico 5 - Proporção (%) dos motivos referidos pelas pessoas com hipertensão, com 20 anos ou mais, PARA NÃO FAZER O ACOMPANHAMENTO REGULAR DESTA CONDIÇÃO DE SAÚDE, segundo sexo. Município de São Paulo, 2015.....	25

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Tabela 6 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo avaliação da informação obtida sobre a doença nos serviços de saúde, por sexo e CRS de residência. Município de São Paulo, 2015..... **26**

Tabela 7 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo tempo decorrido desde o diagnóstico (em anos), limitação das atividades do dia-a-dia e problemas ocasionados pela hipertensão. Município de São Paulo, 2015..... **27**

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica mais prevalente na população adulta e idosa. É uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associada a alterações funcionais ou estruturais de órgãos como o coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos e retinas, causando ainda distúrbios metabólicos, com aumento no risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade.¹

O envelhecimento da população e as mudanças no perfil socioeconômico, associados às condições individuais e aos contextos ambientais e coletivos em que vivem as pessoas, resultam no aumento da prevalência de condições e doenças crônicas, que se caracterizam por início gradual, prognóstico usualmente incerto, longa ou indefinida duração, curso clínico que muda ao longo do tempo, possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leves-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo, que na maioria das vezes não leva à cura. É frequente a ocorrência de pessoas com múltiplas condições crônicas: obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, Diabetes mellitus, entre outras. Por sua longa duração possibilitam muitas oportunidades de intervenção e de prevenção e requerem acompanhamento sistematizado e de longo prazo.²

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas são responsáveis na atualidade por 63% das mortes no mundo, com elevado volume de mortes prematuras (menores de 70 anos de idade), 86% delas ocorrendo em países de baixa e média renda³, constituindo grave problema de saúde pública. No Brasil, estima-se que 21,4% das pessoas com 18 anos ou mais de idade apresentem HAS e 6,9% Diabetes mellitus (DM), com diagnóstico ou não da doença.⁴ Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. São responsáveis por grande número de internações e estão entre as principais causas de amputações, perdas de mobilidade e outras funções neurológicas. Podem evoluir com piora progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida.

No Brasil essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ Estudo

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT. ¹ Determinantes sociais impactam fortemente na prevalência de tais doenças: desigualdades sociais, diferenças no acesso a bens e a serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação associam-se a maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças.⁶

É importante lembrar o impacto econômico que as doenças crônicas produzem no Brasil, não só em gastos com cuidados com a saúde, mas também nas despesas decorrentes do absenteísmo no trabalho, aposentadorias e mortes precoces que atingem a população economicamente ativa. A população com 60 anos ou mais de idade no Brasil era de 19,6 milhões no ano 2010, deverá atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060. É importante ressaltar que cerca de 85% deste estrato populacional apresenta pelo menos uma doença crônica.⁷

São doenças cujos fatores de risco podem ser modificados e estão associadas ao aparecimento de complicações e morte em ambos os sexos. Especialmente em nosso meio é elevada a ocorrência de mortes prematuras, de indivíduos com menos de 60 anos de idade. Podem ser controladas e ter suas complicações prevenidas. A adoção de medidas de prevenção e de controle resulta em redução significativa do número de mortes, complicações e incapacidades associadas, com significativo aumento na qualidade e na expectativa de vida da população.⁸

A HAS é caracterizada por alta prevalência, baixas taxas de controle e pode ser assintomática em um número significativo de pessoas. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis associada à morbimortalidade por doença cardiovascular (DCV), especialmente os acidentes vasculares encefálicos (AVE) e a doença coronariana (DC), que aumentam progressivamente com a elevação da PA: acima de 140 mmHg (sistólica) ou 90 mmHg (diastólica).¹ Junto com o *Diabetes mellitus*, está entre as principais causas de doença renal crônica, que pode evoluir com necessidade de terapia renal substitutiva.

Entre os principais fatores de risco associados à HAS se incluem a alimentação com elevado teor de sal, sedentarismo, abuso do álcool, tabagismo, obesidade, histórico familiar e condição socioeconômica. Em indivíduos jovens, entre outros fatores, pode estar associada ao uso de drogas ilícitas.¹

Dessa forma, considerando a importância da HAS como fator de risco às DCNT, tem sido objeto de investigação nas três edições do ISA Capital - 2003, 2008 e 2015. O objetivo do presente

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

estudo foi estimar a prevalência de HAS, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas selecionadas e identificar fatores associados ao diagnóstico, comorbidades, acompanhamento nos serviços de saúde, comportamento em relação à doença, nível de conhecimento, principais conceitos a respeito deste agravo.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Método

Os dados do presente estudo foram extraídos do Inquérito de Saúde - ISA-Capital 2015, considerando o Bloco C2.01– Doenças Crônicas. A prevalência de HAS neste estudo foi estimada a partir da pergunta: “*Algum médico já lhe informou que o (a) sr.(a) tem hipertensão arterial ou pressão alta?*” (**ANEXO 1**).

Este inquérito investigou a situação da saúde da população residente em área urbana, em domicílios particulares permanentes, no Município de São Paulo (MSP), considerando os seguintes domínios demográficos: adolescentes (12 a 19 anos), homens adultos (20 a 59 anos), mulheres adultas (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Foi utilizada amostra do tipo “complexa” e os 4.043 entrevistados, por meio do peso da ponderação, representam um contingente com características semelhantes de 9.349.890 pessoas. Para mais informações sobre os métodos utilizado neste inquérito consulte o “Boletim ISA Capital - aspectos metodológicos e produção de análise”.⁹

Na comparação das prevalências foi considerada *diferença significativa* quando não houve sobreposição dos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}); *sem diferença* quando um dos IC foi parcialmente englobado pelo outro e; *provável diferença* quando ocorreu uma pequena sobreposição em algum dos limites dos intervalos. Neste último caso, para confirmar se houve diferença foi aplicado teste de independência para comparação das prevalências encontradas ($p < 0,05$). Foram consideradas como válidas as estimativas de prevalência com valores do coeficiente de variação (CV) inferior a 0,3 ou 30%. Valores superiores a este indicam baixa precisão estatística. Quanto menores os números em análise, menor tende a ser a precisão das medidas. Desta forma, nem sempre poderão ser utilizadas na análise, pois ao estratificar muito a amostra, poderá se tornar inviável a comparação com uso de testes estatísticos.

Nesta publicação, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, sendo que estes últimos, de preferência, para as diferenças significativas. Para as análises estatísticas foi utilizado o pacote *PASW Statistics* - versão 20 (SPSS).

Os dados foram apresentados para a população geral e desagregados para cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. Esta desagregação para CRS só foi possível para esta última edição do ISA, não havendo dados anteriores para a comparação das regiões.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

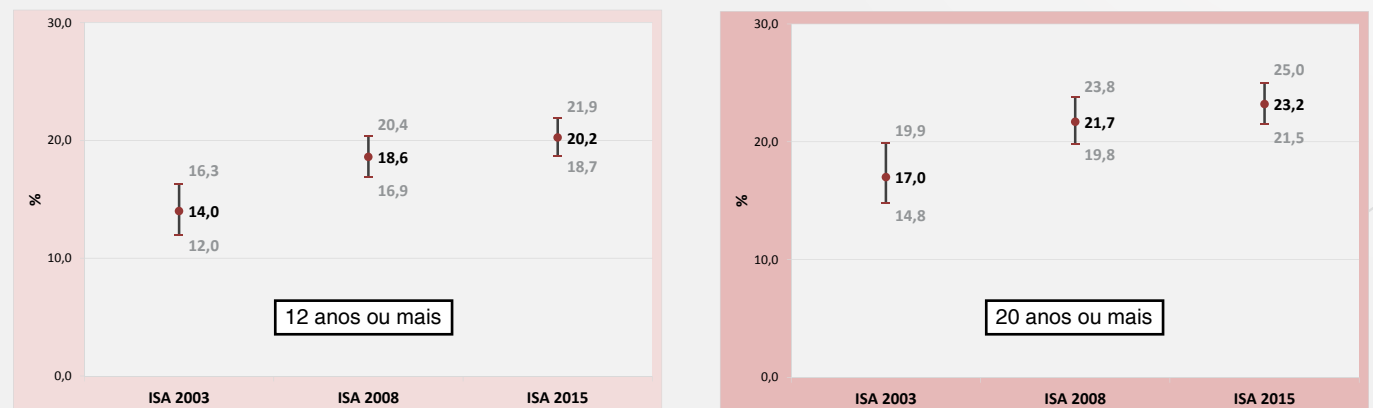
Anexo

Resultados e discussão

Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população com 12 anos ou mais e com 20 anos ou mais

Foi estimada em 20,2% a prevalência de HAS na população com 12 anos ou mais, superior à estimativa obtida no ISA Capital 2003 – 14% (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Prevalência (%) de hipertensão referida na população com 12 anos ou mais e na população com 20 anos ou mais. Município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015.



Fonte: ISA Capital 2003, 2008 e 2015.

Como a prevalência estimada de HAS entre os adolescentes (12 a 19 anos) apresentou CV acima de 0,30, optou-se por detalhar a análise apenas para a população com 20 anos ou mais, como segue.

A prevalência de HAS na população com 20 anos ou mais foi estimada, no ano 2015, em 23,2% (IC_{95%} 21,5-25,0), valor superior ao encontrado no ISA Capital 2003 (**Gráfico 1**). O valor encontrado neste estudo se assemelha ao da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 para pessoas com 18 anos ou mais (22,3%).¹⁰ O VIGITEL 2016⁴ obteve no ano 2016, entre as

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

peças com 18 anos ou mais, residentes no MSP, prevalência de 25,9% (IC_{95%}: 23,8-28,1), sendo 23,1% (IC_{95%}: 19,9-26,4) no sexo masculino e 28,3% (IC_{95%}: 25,5-31,1) no sexo feminino, ao consideramos os IC, não houve diferença significativa entre os inquiridos citados.

No ISA Capital 2015, no grupo etário (20 anos ou mais), a prevalência de HAS é maior entre as mulheres: 26,5% (IC_{95%}: 24,2-28,9) do que entre homens: 19,4% (IC_{95%}: 17,3-21,8). Na edição 2008 do ISA Capital a prevalência de HAS entre as mulheres foi 23,1% (IC_{95%}: 20,4-26,0) e entre os homens 20,1% (IC_{95%}: 17,1-23,4)¹¹. Uma hipótese para esta diferença, segundo sexo, observada no ISA 2015 pode ser a maior frequência de referência a problemas de saúde pelas mulheres que, por estarem mais sensibilizadas com a percepção da saúde na perspectiva da prevenção, identificariam precocemente problemas mais leves, sem necessidade de intervenção imediata.¹² Alguns inquiridos de saúde que abordam a utilização de serviços de saúde, como a PNS 2013¹⁰, mostram maior proporção de referência ao uso rotineiro de serviços de saúde por mulheres do que por homens, o que foi observado também no presente estudo. A prevalência de HAS é crescente conforme sejam maiores as faixas etárias ultrapassando 2/3 entre as mulheres com 70 anos ou mais de idade e mais da metade entre os homens nesta faixa etária (**Gráfico 2**).

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

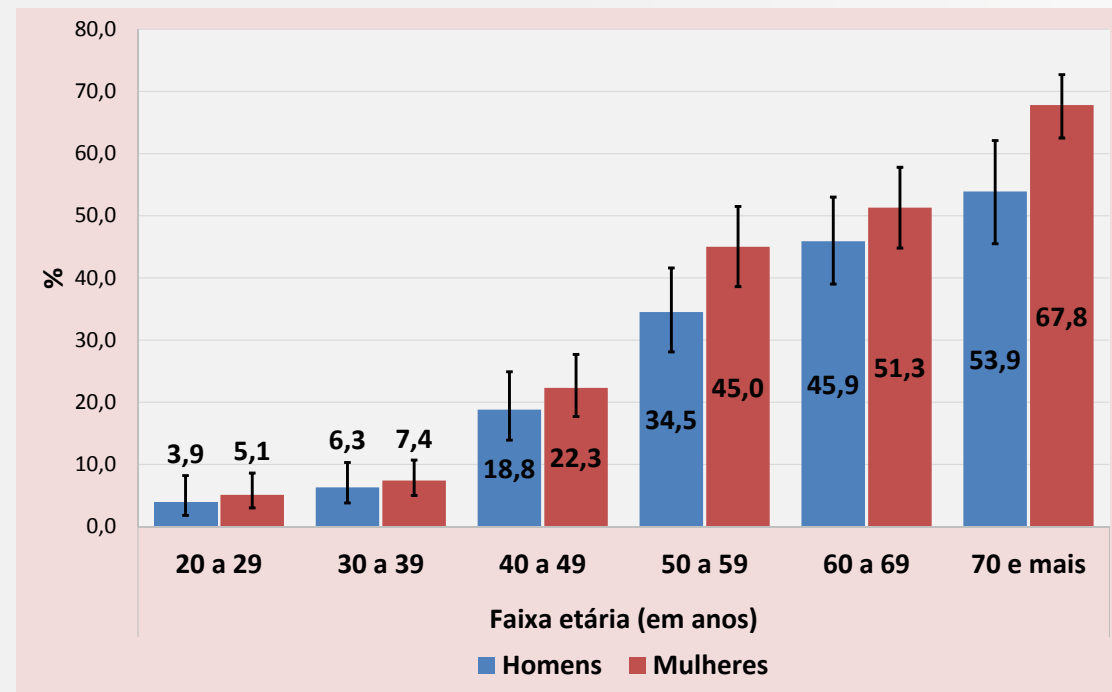
Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Gráfico 2 - Prevalência (%) de hipertensão referida, na população com 20 anos ou mais, segundo sexo e faixa etária. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

A **Tabela 1** apresenta as estimativas de prevalência de HAS, segundo variáveis socioeconômicas para os anos 2008 e 2015.

Considerando somente os resultados do ISA Capital 2015, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na prevalência de HAS segundo raça/cor, CRS de residência e renda familiar per capita. Entretanto, quando analisadas estas estimativas, segundo situação conjugal e escolaridade, observaram-se diferenças significativamente menores entre os solteiros e maiores entre os viúvos, em relação às demais categorias. Quanto à escolaridade, a prevalência de HAS foi significativamente maior entre os menos escolarizados, isto é, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de HAS, que alcança 50,0% entre os com 0 a 3 anos

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

de estudo. Notar que nestas duas categorias de análise (escolaridade e situação conjugal) há forte correlação das distintas condições com as faixas etárias, com predomínio de menor escolaridade e viuvez entre as pessoas idosas, sendo que no ISA Capital 2015, 81% dos viúvos e 62% dos analfabetos são idosos e 59% das pessoas com 13 anos ou mais de estudo têm menos de 40 anos (dados não apresentados em tabelas e gráficos).

Comparativamente aos resultados de 2008¹¹, a prevalência de HAS em 2015 entre os solteiros foi significativamente maior no período, praticamente o dobro (5,0% x 10,7%). O mesmo ocorreu para aqueles com renda acima de 5 salários mínimos (12,8% x 22,3%) ($p < 0,05$). Para as demais variáveis analisadas não foram observadas diferenças significativas (**Tabela 1**).

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Tabela 1 - Prevalência (%) de hipertensão referida na população com 20 anos ou mais, segundo variáveis socioeconômicas. Município de São Paulo, 2008 e 2015.

Variáveis socioeconômicas	2008		2015	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Raça / cor				
Branca	21,0	(18,5 - 23,8)	24,2	(21,7 - 26,9)
Preta	33,5	(26,0 - 42,0)	23,9	(19,3 - 29,1)
Amarela	14,6	(5,7 - 32,7)	25,1*	(15,6 - 37,9)
Parda	20,5	(16,8 - 24,8)	20,8	(18,3 - 23,5)
Outra	4,9	(0,6 - 31,2)	26,9*	(19,9 - 35,4)
Escolaridade (anos de estudo)				
0 a 3	50,0	(44,0 - 56,0)	43,1	(36,4 - 50,0)
4 a 7	31,3	(27,1 - 35,9)	38,6	(35,0 - 42,3)
8 a 11	17,6	(14,5 - 21,2)	18,6	(16,5 - 21,0)
12 e mais	10,2	(7,2 - 14,2)	15,8	(12,9 - 19,3)
Renda familiar per capita (em salários mínimos)**				
< 1	23,6	(20,8 - 26,7)	25,6	(21,6 - 30,2)
1 + 2	23,9	(20,8 - 27,2)	24,1	(21,5 - 26,9)
2 + 5	19,1	(14,8 - 24,4)	21,5	(18,9 - 24,2)
5 e mais	12,8	(8,7 - 18,3)	22,3	(18,3 - 26,8)
Situação conjugal				
Casado	24,9	(21,3 - 29,0)	23,5	(21,2 - 26,0)
União estável	22,8	(11,5 - 40,3)	33,5	(28,1 - 39,4)
Solteiro	5,0	(3,1 - 7,9)	10,7	(8,5 - 13,5)
Separado / Divorciado	44,3	(33,7 - 55,5)	56,2	(50,9 - 61,3)
Coordenadoria Regional de Saúde				
Norte	-	-	24,4	(20,4 - 28,8)
Centro-Oeste	-	-	21,4	(16,3 - 27,5)
Sudeste	-	-	25,1	(22,2 - 28,4)
Sul	-	-	21,8	(18,2 - 25,8)
Leste	-	-	22,7	(19,1 - 26,7)
Município de São Paulo	21,7	(19,8 - 23,8)	23,2	(21,5 - 25,0)

Notas:

*A estimativa de prevalência para estas categorias não foram apresentadas, pois apresentaram coeficiente de variação maior que 30%.

** Salário mínimo (SM) na ocasião da entrevista: 2008 - R\$ 415,00 e 2015 - R\$ 724,00.

Fonte: ISA Capital 2008 e 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Comorbidades

O peso das comorbidades em pessoas com HAS, com 20 anos ou mais e 60 anos ou mais foram analisados pela sua frequência (**Tabelas 2 e 3**).

Observa-se que a maioria das pessoas com HAS com 20 anos ou mais de idade apresenta alguma comorbidade (78,4%), sendo que mais da metade delas apresenta mais do que uma. Esta frequência varia, como esperado, de acordo com a faixa etária, sendo maiores nas com 60 anos ou mais (87%). Vale ressaltar que apenas 13% dos idosos apresentam HAS sem alguma comorbidade.

A HAS com alguma comorbidade é, portanto, a mais prevalente no MSP. Entre as pessoas com 20 anos ou mais, o 'colesterol elevado' é a comorbidade mais prevalente, chegando a quase 1/3 dos casos (31,5%), seguida do diabetes (23,1%), varizes de membros inferiores (16,8%) e arritmias (10,9%). Entre os idosos, a sequência das principais comorbidades é exatamente a mesma, porém com prevalências significativamente maiores de 'colesterol elevado' (42,1%) e diabetes (31,5%).

A atenção à saúde dos hipertensos exige que se considere um cuidado mais abrangente do que somente a HAS. É provável que esta população demande mais serviços de saúde, tenham mais intercorrências que requeiram atenção especializada, utilizem maior número de tipos de fármacos e tenham maior possibilidade de interações não desejadas, com implicações para o orçamento tanto familiar quanto institucional.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Tabela 2 - Prevalência (%) de hipertensão referida, segundo número de comorbidades e frequência acumulada dessas prevalências, na população com 20 anos ou mais e com 60 anos ou mais de idade. Município de São Paulo, 2015.

Número de comorbidades	20 anos e mais				60 anos e mais			
	%	IC _{95%}	% acumulada	%	IC _{95%}	% acumulada	%	IC _{95%}
Nenhuma	21,7	(18,2 - 25,6)	21,7	-	13,1	(10,2 - 16,6)	13,1	-
Uma	22,5	(19,6 - 25,7)	44,2	22,5	19,3	(16,2 - 22,9)	32,4	19,3
Duas	17,0	(14,4 - 20,0)	61,2	39,5	18,5	(15,1 - 22,4)	50,8	37,8
Três	15,0	(12,6 - 17,7)	76,1	54,5	18,1	(14,7 - 22,2)	69,0	55,9
Quatro	9,4	(7,6 - 11,4)	85,5	63,9	10,6	(8,2 - 13,6)	79,5	66,5
Cinco ou mais	14,5	(12,0 - 17,5)	100,0	78,4	20,5	(16,7 - 24,9)	100,0	87,0

Fonte: ISA Capital 2015.

Tabela 3 - Prevalência (%) das comorbidades mais frequentes entre hipertensos de 20 anos ou mais e de 60 anos ou mais de idade. Município de São Paulo, 2015.

Morbidades	20 anos e mais		60 anos e mais	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Colesterol elevado	31,5	(28,1 - 35,0)	42,1	(37,2 - 47,0)
Diabetes	23,1	(20,6 - 25,9)	31,5	(27,6 - 35,7)
Varizes de membros inferiores	16,8	(14,1 - 20,0)	21,7	(17,8 - 26,2)
Arritmia	10,9	(8,9 - 13,1)	12,6	(10,1 - 15,7)

Fonte: ISA Capital 2015.

A **Tabela 4** apresenta a prevalência de alguns agravos selecionados considerando presença ou não de HAS. Esta seleção se deve ao fato de que a presença simultânea de HAS e Diabetes mellitus (DM) representa aumento do risco de eventos associados como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), entre outros. A associação entre HAS e doenças coronarianas compromete a qualidade de vida dos indivíduos, aumenta o risco de complicações mais graves e de ocasionar sequelas. O AVE é uma das principais causas de morte e incapacidades no MSP, no estado de São Paulo e no Brasil e tem sido considerada a principal complicação da HAS.¹³

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Pode-se observar no ISA Capital 2015 que a ocorrência dos agravos selecionados é significativamente maior entre hipertensos quando comparados aos não hipertensos: 23,2% apresentam diabetes *versus* 3,0%; 5,7% referiram IAM *versus* 0,6% e 4,3% - AVE *versus* 0,5% (**Tabela 4**).

Neste Inquérito, dentre as pessoas com hipertensão, a proporção daqueles que relataram arritmia cardíaca foi 10,9% e outras doenças cardíacas: 5,0% (dado não apresentado em tabela).

Tabela 4 - Prevalência (%) de alguns agravos selecionados, na população com 20 anos ou mais de idade, segundo presença de hipertensão referida. Município de São Paulo, 2015.

Doenças e agravos	Hipertensão arterial referida			
	Sim		Não	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Diabetes mellitus	23,2	(20,6 - 26,0)	3,0	(2,4 - 3,8)
Infarto agudo do miocárdio	5,7	(4,3 - 7,4)	0,6	(0,4 - 1,0)
Acidente vascular encefálico	4,3	(3,3 - 5,7)	0,5	(0,3 - 0,9)

Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Conhecimentos sobre controle da hipertensão

A pergunta: “O (a) Sr.(a) se sente bem orientado e informado quanto à maneira de cuidar da hipertensão?” teve o objetivo de identificar se a percepção das pessoas sobre as orientações recebidas varia entre as regiões de saúde da cidade. A maioria dos hipertensos (85,6% – IC_{95%} 82,1-88,4) considerou-se bem orientada sobre os cuidados que devem ter com a doença, com maiores frequências na CRS Centro-Oeste (93,5% – IC_{95%} 87,3-96,8) e Sudeste (91,2% – IC_{95%} 85,7-94,7) e a menor 73,8% (IC_{95%} 62,9-82,4) na CRS Sul.

O conhecimento e adoção de demais medidas relacionadas ao controle da HAS foram abordados com as perguntas: “Na sua opinião, o que DEVE SER FEITO para “controlar” a hipertensão?”.

Observou-se, entre as pessoas com HAS, que ‘usar medicamentos de rotina’ foi a medida mais citada: 74,9% a consideraram necessária (**Gráfico 3**). A dieta hipossódica é considerada medida necessária por pouco mais da metade dos hipertensos (56,6%) e adotada por apenas 39,1% deles (**Gráfico 4**). O uso excessivo de sal é um dos principais fatores de risco para o aumento da pressão arterial.¹ O controle da obesidade, outro fator de risco importante, também não foi valorizado pelos entrevistados: menos de um terço das pessoas afirmaram que fazer dieta para manter ou perder peso era algo que deveria ser feito e somente 16,5% dentre os que referiram HAS afirmaram fazê-lo. A atividade física, importante fator protetor para eventos cardiovasculares, apareceu com uma proporção ainda menor (22,7%) (**Gráfico 3**).

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

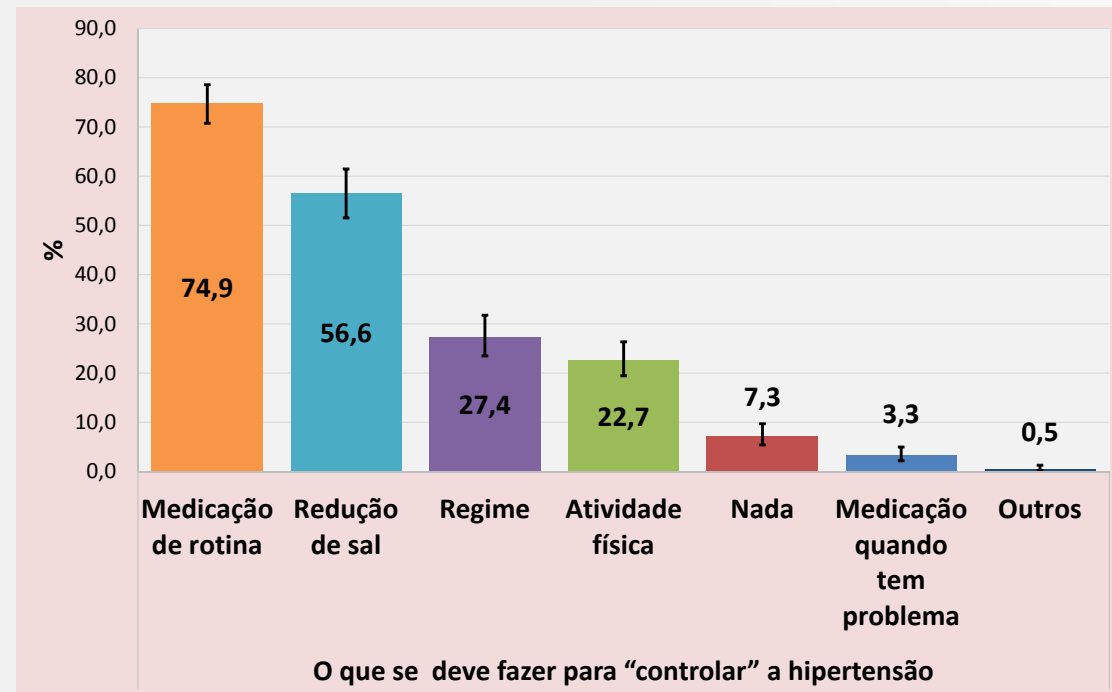
Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Gráfico 3 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo tipo de cuidado que DEVERIA ADOTAR para o controle da doença. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

É importante a diferença de proporção entre o que as pessoas sabem que deve ser feito (**Gráfico 3**) e o que as pessoas declaram fazer (**Gráfico 4**), a indicar que a adesão aos programas de cuidados não dependem exclusivamente da informação que as pessoas detêm.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

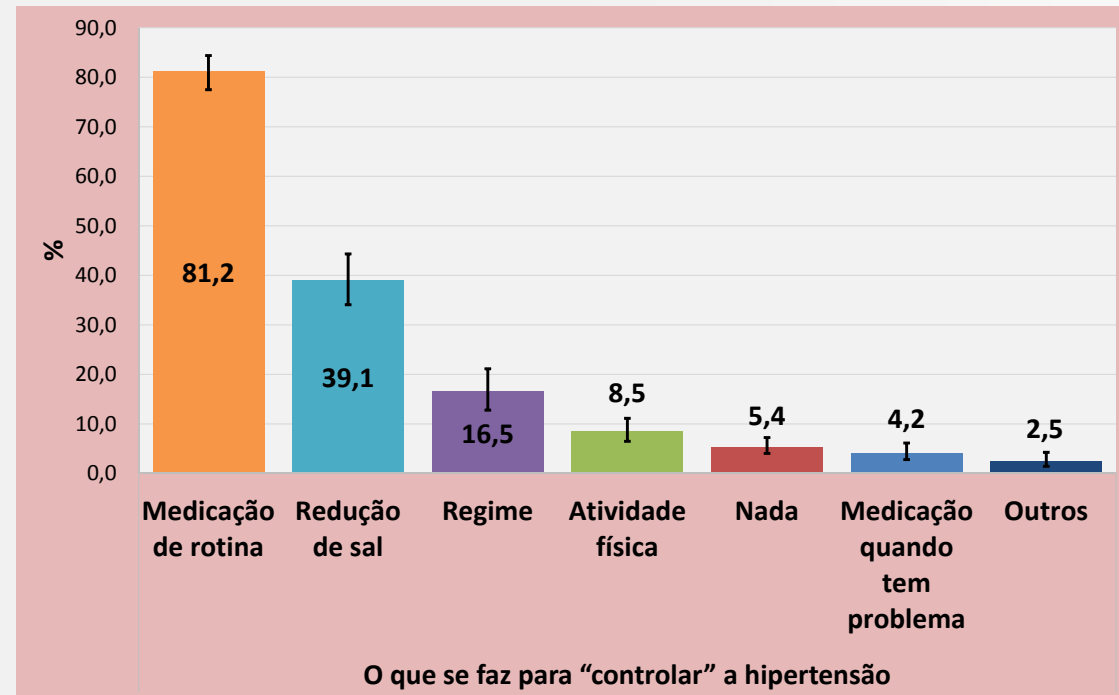
Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Gráfico 4 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo tipo de ADOTA para o controle da doença. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Padrão de acompanhamento nos serviços de saúde entre as pessoas com hipertensão

O acompanhamento regular nos serviços de saúde foi pesquisado com a pergunta: “O (a) Sr.(a) consulta o médico ou serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?”.

A maioria das pessoas (72,6%) informou ‘realizar regularmente consultas médicas ou visita aos serviços de saúde’ e 20,2% ‘não o fazem’ (**Tabela 5**). Esta parcela é menor do que a obtida no ISA 2008 (30,6% – IC_{95%} 26,3-35,2), mas ainda assim é elevada, especialmente considerando o número total de hipertensos, o que representa um grande desafio para as equipes de saúde agirem para mudar este comportamento, que compromete o controle adequado da doença. Houve redução significativa dos que ‘só vão aos serviços de saúde quando têm algum problema’, que eram 13,8% (IC_{95%} 10,9-17,5) em 2008 e 7,2% (IC_{95%} 5,3-9,7) em 2015. As menores proporções de hipertensos com ‘seguimento regular’ foram observadas entre os residentes da região Sul, Leste e Norte, áreas com grande parcela da população usuária SUS, com diferença estatisticamente significativa apenas da CRS Leste em relação a Centro-Oeste (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Padrão de uso de serviços de saúde entre os hipertensos, segundo sexo e Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de residência. Município de São Paulo, 2015.

	Não consulta regularmente		Só consulta quando tem problema		Consulta regularmente	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	22,5	(17,1 - 28,9)	8,1	(5,3 - 12,3)	69,4	(62,9 - 75,1)
Feminino	18,8	(14,7 - 23,7)	6,6	(4,6 - 9,5)	74,6	(69,7 - 78,9)
Coordenadoria Regional de Saúde						
Norte	22,9	(17,5 - 29,2)	7,1*	(3,4 - 14,5)	70,0	(61,3 - 77,5)
Centro-Oeste	11,7	(6,4 - 20,3)	4,6*	(1,3 - 14,7)	83,7	(74,7 - 90,0)
Sudeste	14,1	(8,2 - 23,0)	5,9*	(2,9 - 11,4)	80,1	(71,7 - 86,4)
Sul	31,3	(19,0 - 46,8)	3,2*	(1,3 - 7,9)	65,5	(50,8 - 77,7)
Leste	19,7	(13,9 - 27,0)	14,6	(9,8 - 21,3)	65,7	(59,0 - 71,8)
MSP	20,2	(16,4 - 24,6)	7,2	(5,3 - 9,7)	72,6	(68,2 - 76,6)

*Coeficiente de variação superior a 30%.

Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

A identificação do que leva o hipertenso a não ser acompanhado por equipes de saúde, conforme se recomenda para pessoas com HAS, é muito importante para a proposição de estratégias e aprimoramento das ações com o objetivo de aumentar a adesão dos usuários aos serviços, pois a irregularidade no acompanhamento aumenta as chances de complicações graves da doença e mais precocemente.

O principal motivo referido foi '*não considerar necessário este seguimento*' (**Gráfico 5**), o que evidencia, por um lado, o desconhecimento e, por outro lado, a não valorização dos riscos associados a este agravo, entre outros motivos que precisam ser investigados em cada caso. O segundo motivo mais citado foi '*dificuldade em conseguir atendimento*'. Não foi identificada diferença significativa entre os sexos para nenhum dos motivos investigados.

Este comportamento em relação ao controle da HAS deve ser alvo de ações para seu enfrentamento em todos os níveis da assistência à saúde. Ações de comunicação, grupos educativos para orientação adequada e sensibilizações devem ser programadas para aumentar a consciência da população alvo e sua adesão ao acompanhamento regular. Também se faz necessária a reorganização da rede de atenção para favorecer o acesso daqueles que encontram alguma barreira ou dificuldade para utilizar os serviços. Classificação de risco e de vulnerabilidade é importante, pois permite identificar justamente aquela parcela da população que mais necessita de acompanhamento frequente e da ação multiprofissional.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

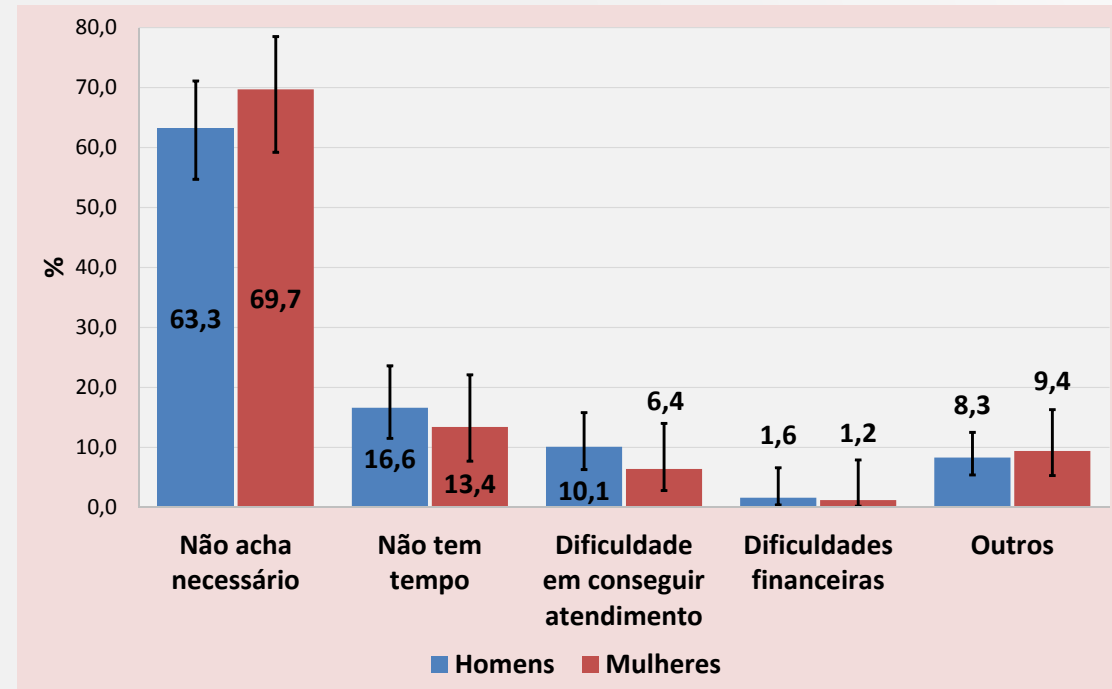
Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Gráfico 5 - Proporção (%) dos motivos referidos pelas pessoas com hipertensão, com 20 anos ou mais, PARA NÃO FAZER O ACOMPANHAMENTO REGULAR DESTA CONDIÇÃO DE SAÚDE, segundo sexo. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

Para avaliar a proporção de hipertensos que consideram estar com a pressão arterial controlada foi feita a pergunta: “A sua pressão está controlada?”. Entre os hipertensos apenas 7,0% (IC_{95%} 5,2-9,4) referiram estar com a pressão controlada, não havendo diferença significativa quanto ao sexo (dados não apresentados). No Canadá, considerado país modelo no controle da HAS, 15,7% dos hipertensos em acompanhamento estão descompensados. Na América Latina e África a estimativa de controle varia entre 1 a 15% apenas. Há estudos que mostram grande parte dos portadores de HAS com a doença não compensada em decorrência de fatores como o uso irregular da medicação, baixa adesão às mudanças de hábitos de vida, acompanhamento irregular e a presença de outros fatores de risco ou morbidades.^{21, 22}

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Apesar de 88,9% dos hipertensos terem se considerado *‘adequadamente informados quanto à maneira de cuidar da hipertensão’*, isto é, considerando aqueles que referem serem *parcialmente orientados ou bem orientados*, e de 92,6% terem declarado *‘estar controlados’*, a menor parte deles citou e adota as medidas de controle não medicamentosas como *dieta hipossódica, dieta para manutenção ou redução de peso e prática de atividades físicas* e parte deles *‘não faz acompanhamento regular nos serviços de saúde’*. As equipes de saúde têm que considerar as percepções errôneas sobre o que se conhece da doença, seu estado de controle e adoção de medidas de controle, assim como a proporção de pessoas com HAS descompensada, quando avaliadas nos serviços de saúde. É necessário o planejamento e elaboração das ações coletivas de saúde, além do fortalecimento da prática de elaboração dos projetos terapêuticos individuais por equipes multiprofissionais, para aumentar a adesão ao seguimento adequado e ao efetivo controle desta condição.

Não foi identificada diferença significativa entre os sexos e entre as regiões de saúde quanto a se sentirem bem orientadas nos aspectos referentes à HAS (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo avaliação da informação obtida sobre a doença nos serviços de saúde, por sexo e CRS de residência. Município de São Paulo, 2015.

	Não se sente bem orientado		Sente-se parcialmente orientado		Sim, é bem orientado	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	10,5	(7,4 - 14,8)	83,4	(78,7 - 87,2)	6,1	(4,0 - 9,1)
Feminino	11,5	(8,1 - 16,1)	85,8	(81,4 - 89,4)	2,7	(1,6 - 4,5)
Coordenadoria Regional de Saúde						
Norte	13,2	(8,5 - 19,9)	83,0	(75,7 - 88,5)	3,7*	(1,8 - 7,4)
Centro-Oeste	4,2*	(1,7 - 10,3)	93,8	(87,8 - 97,0)	2,0*	(0,6 - 5,9)
Sudeste	8,8	(5,1 - 14,8)	89,0	(84,0 - 92,6)	2,2*	(1,0 - 4,6)
Sul	19,2	(11,1 - 31,2)	74,4	(64,4 - 82,4)	6,4	(3,5 - 11,3)
Leste	8,2	(4,5 - 14,6)	86,3	(78,2 - 91,7)	5,5	(3,0 - 9,7)
MSP	11,1	(8,5 - 14,5)	84,9	(81,6 - 87,7)	4,0	(2,9 - 5,4)

*Coeficiente de variação superior a 30%.

Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Influência da HAS nas atividades diárias

Quanto ao tempo de conhecimento deste diagnóstico, 32,8% das pessoas com HAS souberam ter este agravo havia cinco anos ou menos na data da entrevista; 21,1% descobriram apresentá-la entre seis e dez anos antes da entrevista e 21,4% conheceram seu diagnóstico havia mais de 20 anos (**Tabela 7**). A média de idade quando do diagnóstico de adultos que referiram HAS é 44,6 anos (IC_{95%} 43,5-45,8).

A influência da HAS nas atividades de vida diária e na qualidade de vida das pessoas também foi investigada. Um quarto das pessoas com HAS responderam ter limitações, sendo que para quase 10% a doença ocasiona muita limitação. A HAS tende a ser assintomática ou pouco sintomática, não causando limitação às atividades corriqueiras para a maioria das pessoas.

Tabela 7 - Proporção (%) da população com 20 anos ou mais que referiu hipertensão, segundo tempo decorrido desde o diagnóstico (em anos), limitação das atividades do dia-a-dia e problemas ocasionados pela hipertensão. Município de São Paulo, 2015.

	%	IC _{95%}
Tempo decorrido desde o diagnóstico (em anos)		
0 a 5	32,8	(29,3 - 36,4)
6 a 10	21,1	(18,3 - 24,1)
11 a 20	24,8	(22,0 - 27,8)
21 a 40	17,4	(15,0 - 20,0)
40 ou mais	4,0	(2,8 - 5,6)
Limitação das atividades do dia-a-dia e problemas ocasionados		
Não há	74,4	(69,8 - 78,5)
Pouca	15,9	(13,3 - 18,9)
Muita	9,7	(6,8 - 13,8)

Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Desta forma, é importante que as equipes de saúde realizem ações de busca ativa, orientações junto à comunidade, estímulo à população para a aferição periódica da pressão arterial, possibilitando o diagnóstico precoce e a orientação adequada para seu acompanhamento regular, evitando complicações.

A avaliação do risco cardiovascular global de cada hipertenso é fundamental para análise prognóstica e orientação do projeto terapêutico. Alguns agravos aumentam o risco cardiovascular e predisõem à ocorrência de outras complicações. As doenças coronarianas associadas à HAS comprometem a qualidade de vida dos indivíduos, além de proporcionar risco de complicações graves e de ocasionar sequelas.

Apresentação**Resumo****Lista de figuras, gráficos e tabelas****Introdução****Método****Resultados e discussão****Considerações finais**

Referências bibliográficas**Questionário - Bloco C2****Anexo**

Considerações finais

A HAS é agravo à saúde altamente prevalente, com tendência histórica de aumento na população da cidade de São Paulo. Sua detecção, tratamento e controle precoces e efetivos são essenciais para a redução de complicações, em especial as doenças cardiovasculares. Os resultados obtidos no ISA Capital 2015 evidenciam algumas características da população hipertensa, que devem ser considerados no planejamento das ações em saúde de caráter coletivo e individual.

Parte significativa dos hipertensos entrevistados considera-se compensada e refere acompanhamento regular nos serviços de saúde. Apesar destas afirmações, diversos estudos têm mostrado que a proporção dos casos de HAS sem acompanhamento e controle adequado é elevada, o que representa um grande desafio para as equipes de saúde frente ao problema, pois este comportamento compromete o controle eficaz da doença, aumenta o risco de patologias associadas e o surgimento de complicações. Estudos realizados em outros países, como o Canadá, considerado modelo mundial no controle da HAS, 15,7% dos hipertensos em acompanhamento estavam descompensados. Outros estudos indicam que, mesmo em países com sistemas universais consolidados de atenção à saúde, a proporção de pessoas com diagnóstico de condições e doenças crônicas adequadamente controladas é bastante baixa.²³

Sendo a HAS um problema de saúde pública muito relevante em nosso meio, e principalmente a HAS com alguma comorbidade, que varia de acordo com a faixa etária, as equipes de saúde devem, ao analisar os resultados obtidos no ISA Capital 2015, considerar a dissonância entre o conhecimento das medidas de controle, a crença sobre estar em acompanhamento e tratamento apropriados, e a baixa proporção de valorização e adoção de medidas de controle essenciais, relatadas pela população com HAS. Isso se reflete na elevada proporção de pacientes com níveis pressóricos aumentados entre os usuários dos serviços de saúde.

Estabelecer estratégias que encorajem práticas de promoção da saúde, planejamento de ações coletivas e projetos terapêuticos individuais, com a finalidade de obter maior adesão ao seguimento adequado e efetivo são necessários para o controle desta doença.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis, sobretudo com redução do consumo de sal e do excesso de peso, a prática de atividade física regular, o abandono do tabagismo e a restrição do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados, sem os quais

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

há grande probabilidade de não se alcançarem os níveis da pressão arterial desejados, mesmo com o uso de doses progressivas de medicamentos.

Ademais, se faz necessária a sensibilização da comunidade por meio de metodologias de comunicação que ampliem o conhecimento e a possibilidade de prevenção da HAS. A busca ativa de casos, com aferição periódica da pressão arterial em todas as oportunidades, favorecendo o diagnóstico precoce, orientação apropriada e a corresponsabilidade sobre o seguimento do plano terapêutico, entre as equipes de saúde e os usuários, também é fundamental para o controle efetivo da HAS e a redução da morbimortalidade a ela associada.

A atenção à saúde dos hipertensos exige que se considere um cuidado mais abrangente do que somente a HAS. É provável que esta população demande mais serviços de saúde, tenham mais intercorrências que requeiram atenção especializada, utilizem maior número de tipos de fármacos e tenham maior possibilidade de interações não desejadas, com implicações para o orçamento tanto familiar quanto institucional.

O presente estudo permite identificar melhor o perfil e comportamento dos hipertensos e a evolução destes ao longo do tempo decorrido entre os três inquéritos realizados. A contribuição no aprimoramento deste conhecimento oferece mais subsídios para o enfrentamento das dificuldades encontradas no controle da HAS em nosso meio.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Referências bibliográficas

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107 (3 Supl.3):1-83.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013a.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, Geneva, 2013.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de gestão estratégica e Participativa. Vigitel 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível no endereço: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/Lancamento-resultados-2016.pdf>. Acesso em 15/05/2017.
5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.
6. SCHMIDT MI, DUNCAN BB, AZEVEDO E SILVA G, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet, London, v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949- 1.961, 2011.
7. ERVATTI LR, BORGES GM, JARDIM AP. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 156 p. (Estudos & Análises nº 3). Disponível no endereço: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em 13/11/2017.
8. DUNCAN BB. CHOR D, AQUINO EML, BENSENOR IM, MIL JG. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012; 46(Supl):126-34.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

9. SÃO PAULO. PREFEITURA DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA-Capital 2015 nº 0 - Aspectos metodológicos e produção de análises na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Disponível no endereço: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf. Acesso em 10/10/2017.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Disponível no endereço: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em 27/07/2017.
11. SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA - Capital 2008, nº 4, 2011: Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estado Nutricional de Adolescentes. São Paulo: CEInfo, 2011, 40 p.
12. PINHEIRO RS; VIACAVA F, TRAVASSOS C e BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, Ciência e Saúde Coletiva, 7(4): 687-707, 2002.
13. MENDIS S, PUSKA P, NORRVING B editors. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization; 2011.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013b. Disponível no endereço: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>. Acesso em 17/11/17.
15. ANDRADE SSSA, STOPA SR; BRITO AS; CHUERI PS; SZWARCOWALD CL; MALTA DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, 24(2): 297-304, 2015.
16. SCALA LC, MAGALHÃES LB, MACHADO A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p.780-5.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

17. MALTA DC; SILVA JUNIOR 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. Saúde, Brasília, 22(1):151-164, 2013.
18. GAWLIK KS, MELNYK BM, TAN A. An Epidemiological Study of Population Health Reveals Social Smoking as a Major Cardiovascular Risk Factor. American Journal of Health Promotion. 2017. Disponível no endereço: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0890117117706420>. Acesso em 07/08/2017.
19. STEWART MJ, JYOTHINAGARAM S, MCGINLEY IM, PADFIELD PL. Cardiovascular effects of cigarette smoking: ambulatory blood pressure and blood pressure variability. J Hum Hypertens. 1994; 8:19-22.
20. LEITE IC, VALENTE JG, DAUMAS RP, RODRIGUES RN, SANTOS MF, OLIVEIRA AF et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1551-1564, 2015. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701551. Acesso em 13/11/2017.
21. MANSUR AP, FAVARATO D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. Arq Bras Cardiol, 2012; 99(2):755-61.
22. BERRY JD, DYER A, CAI X, GARSIDE DB, NING H, THOMAS A et al. N Engl J Med 2012; 366:321-9.
23. WILBER JA, BARROW JG. Hypertension - a community problem. Am J Med 1972; 52: 653-663. Apud HART JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. British Journal of General Practice, 1992.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

Questionário - Bloco C2

Anexo

C2 01a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **hipertensão arterial** ou **pressão alta**?

1. não → pular para C2 02a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 02a.

C2 01b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem **hipertensão**?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 01c. Ter **hipertensão** limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto? **(L)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 01d. O que o(a) Sr.(a) faz para “controlar” a **hipertensão**? **(+1)**

1. dieta com redução de sal

2. regime para perder/ manter peso

3. cuidado com a alimentação

4. atividade física

5. toma medicação de rotina

6. toma medicação só quando tem “problema” com a pressão

7. não faz nada

8. outro

9. NS/NR

C2 01e. A sua pressão está controlada?

1. não

2. sim.

9. NS/NR

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

C2 01f. O(a) Sr.(a) consulta o médico ou serviço de saúde **regularmente** por causa da **hipertensão**? L

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim → **pular para C2 01h.**
9. NS/NR

C2 01g. Por que o(a) Sr.(a) não consulta o médico ou serviço de saúde **regularmente** por causa da **hipertensão**? + 1

1. não acha necessário
2. não tem tempo
3. dificuldades de obter atendimento no serviço de saúde
4. dificuldades financeiras
5. outros
9. NS/NR

C2 01h. Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a) foi ao médico ou serviço de saúde por causa da **hipertensão**?

1. no último mês
2. de 1 mês a 6 meses
3. mais de 6 meses a 1 ano
4. mais de 1 ano a 5 anos
5. mais de 5 anos
9. NS/NR

C2 01i. O(a) Sr.(a) se sente bem orientado e informado quanto à maneira de cuidar da **hipertensão**?

- | | | | |
|--------|--------|---------------------------------|----------|
| 1. não | 2. sim | 3. parcialmente (mais ou menos) | 9. NS/NR |
|--------|--------|---------------------------------|----------|

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

C2 01j. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” a hipertensão? + 1

1. dieta com redução de sal
2. regime para perder/ manter peso
3. cuidado com a alimentação
4. atividade física
5. tomar medicação de rotina
6. tomar medicação quando tem “problema” com a pressão
7. não fazer nada
8. outro → ir para C2 01k.
9. NS/NR

1 a 7 e 9 → pular para C2 02a.

C2 01k. outro - Especificar o quê:

9. NS/NR

Outras Doenças Crônicas

C2 03a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem angina?

C2 04a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) teve infarto do miocárdio?

C2 05a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem arritmia cardíaca?

C2 06a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma outra doença do coração?

C2 07a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr(a) tem ou teve câncer?

C2 08a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem artrite, reumatismo ou artrose?

C2 09a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem osteoporose?

C2 10a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem asma ou bronquite asmática?

C2 11a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica(DPOC)?

C2 13a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem sinusite crônica?

C2 14a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma outra doença do pulmão?

C2 15a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem tendinite, LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)?

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, gráficos e tabelas

Introdução

Método

Resultados e discussão

Considerações finais

Referências bibliográficas

Questionário - Bloco C2

Anexo

C2 15a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **tendinite, LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)**?

C2 16a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **varizes de membros inferiores**?

C2 17a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) teve **acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame**?

C2 18a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea**?

C2 19a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **colesterol elevado**?

C2 20a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **doença de coluna ou problema de coluna**?

C2 21a. O(a) Sr.(a) tem algum tipo de **problema emocional ou mental** como **ansiedade, depressão, síndrome do pânico, TOC (transtorno obsessivo compulsivo) esquizofrenia ou algum outro**?

C2 22a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **outra doença crônica além das que disse anteriormente**?

C3 01a. O(a) Sr.(a) costuma ter **enxaqueca ou dor de cabeça**?

C3 02a. O(a) Sr.(a) costuma ter **dor nas costas**?

C3 03a. O(a) Sr.(a) tem algum tipo de **alergia**? (*além da asma, rinite e sinusite que pode já ter relatado*)

C3 04a. O(a) Sr.(a) costuma ter **tontura ou vertigem**?

C3 05a. O(a) Sr.(a) tem **insônia**?

C3 06a. O(a) Sr.(a) tem **infecção do trato urinário ou cistite** com alguma frequência?

C3 07a. O(a) Sr.(a) tem problema de **incontinência urinária** ou perde urina?

C3 08a. O(a) Sr.(a) tem algum **outro problema de saúde** além dos que já conversamos?