

1. Epidemiologia da hipertensão arterial

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL: A IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular¹. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

1.2 MORTALIDADE

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção².

Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca também teve taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres (Figura 1). No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração³.

Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana⁴. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg¹.

1.3 PREVALÊNCIA

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9% (Figura 2)⁵⁻⁷.

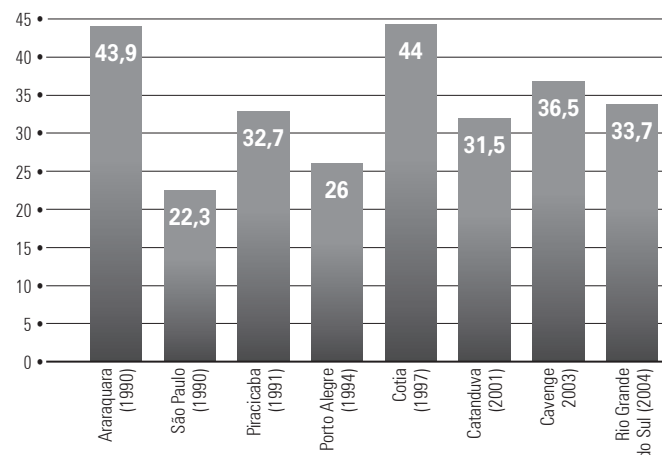


Figura 2. Prevalência da hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) em cidades brasileiras

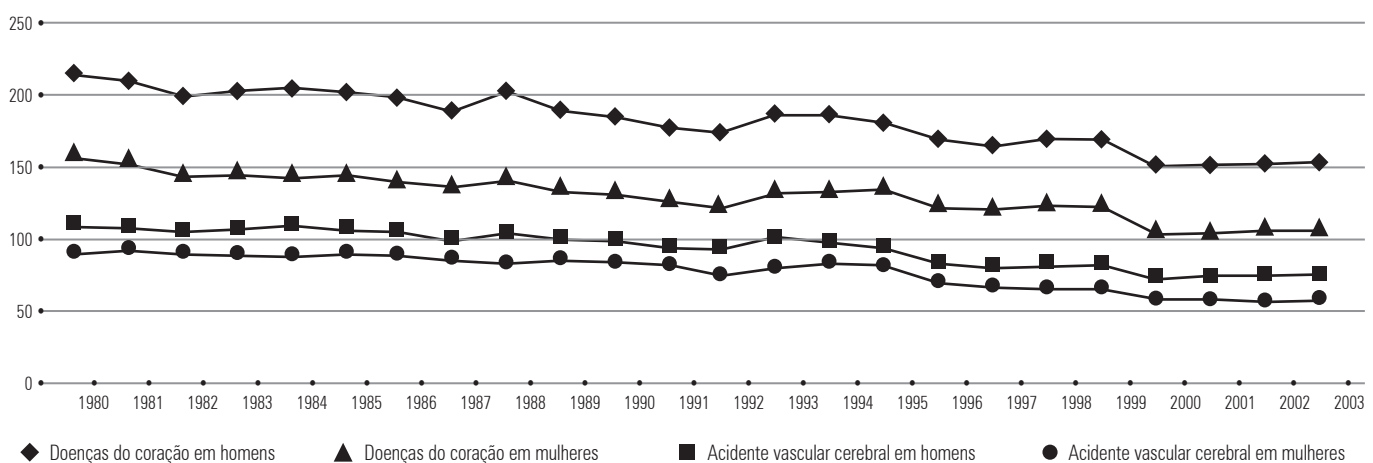


Figura 1. Evolução temporal das taxas de mortalidade ajustadas pela idade (padrão OMS) no período de 1980 a 2003 para doença cerebrovascular e doenças do coração (coronariana, insuficiência cardíaca e miocardiopatia hipertensiva) para ambos os gêneros no Brasil

1.4 HOSPITALIZAÇÕES

A hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações (Figura 3). Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais freqüente que as internações por acidente vascular cerebral. Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28³.

1.5 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

IDADE

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade⁸. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica⁹. Em indivíduos idosos da cidade de Bambuí, MG, 61,5% apresentavam hipertensão arterial¹⁰.

O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente¹.

SEXO E ETNIA

A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década¹¹. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas¹².

FATORES SOCIOECONÔMICOS

Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados¹³.

SAL

O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial¹⁴. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. Entre os índios Yanomami, que têm baixa ingestão de sal, não foram observados casos de hipertensão arterial¹⁵. Em população urbana brasileira, foi identificada maior

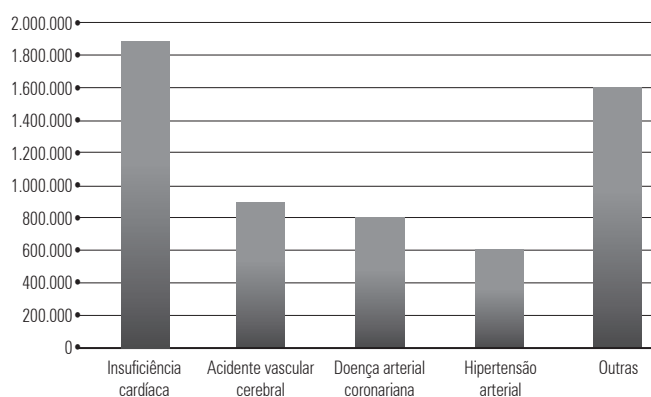


Figura 3. Número de hospitalizações por doença cardiovascular no Brasil (2000-2004)

ingestão de sal nos níveis socioeconômicos mais baixos (vide capítulo 5, item 5.3; capítulo 9, item 9.1).

OBESIDADE

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial¹⁶; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado¹⁶⁻¹⁸. Estudos sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total¹⁹. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão¹⁹. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial²⁰.

ÁLCOOL

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à freqüência de ingestão²¹. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol²².

Estudo observacional²¹ indica que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida.

SEDENTARISMO

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior

de desenvolver hipertensão que os ativos^{23,24}. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos²⁵. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente²⁶ (vide capítulo 5, item 5.5; capítulo 9, item 9.2).

1.6 OUTROS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada²⁷. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável²⁸. Em amostras da nossa população, a

combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia⁵. A obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco²⁹.

1.7 TAXAS DE CONHECIMENTO, CONTROLE E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg)⁶. Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle¹⁰.