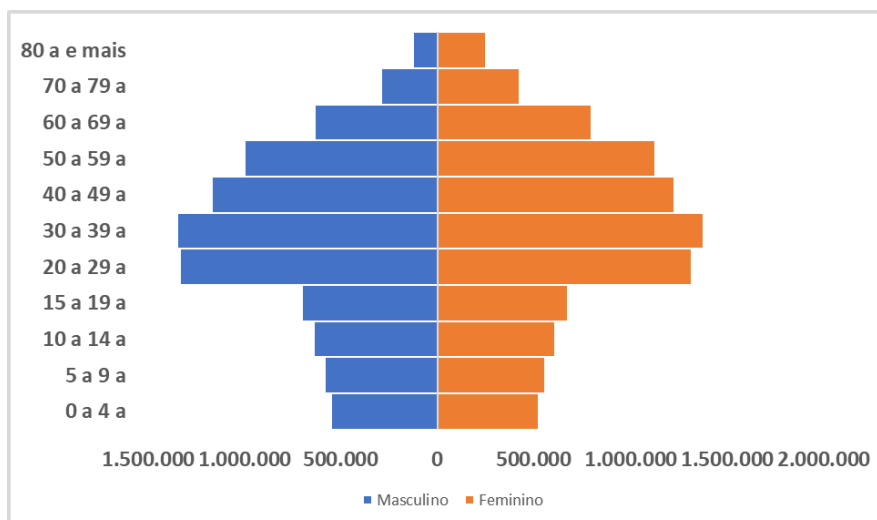


## PANORAMA DAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS (CID I10- I15) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

### 1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO RJ

Na pirâmide etária do estado do Rio de Janeiro observa-se um estreitamento da base e alargamento do seu topo, característica de populações amadurecidas. Foi marcante a assimetria por sexo com predominância feminina a partir dos 30 anos de idade até o topo da pirâmide, em função da mortalidade diferencial, possibilitando às mulheres se beneficiarem das condições do aumento da longevidade (Figura 1).

Figura 1 – Pirâmide populacional do estado do Rio de Janeiro segundo faixa etária e por sexo para o ano de 2019



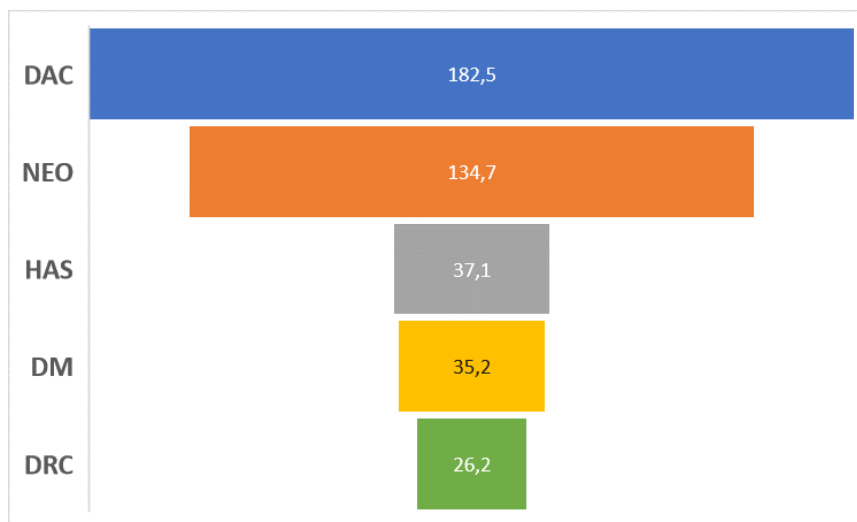
Fonte: tabnet/SES-RJ, 2019. Estimativas preliminares efetuadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

As doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, diabetes e os agravos, como acidentes de transporte terrestres e a violência interpessoal/autoprovocada, respondem por aproximadamente 70% de todos os óbitos do estado.

Em 2019, ocorreram no estado 32.854 mortes por DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis), destas 15.835 por doenças do aparelho circulatório (DAC), 11.694 por neoplasias malignas, 3.053 por diabetes (DM) e 2.272 por doenças respiratórias crônicas (DRC) (SES, 2020).

Quanto ao risco de morrer pelas DCNT, as taxas de mortalidade específicas por 100.000 mil habitantes incluindo a Hipertensão Arterial, que apresenta uma taxa superior à de diabetes e de doenças respiratórias crônicas, ficaram assim distribuídas:

Figura 2 – Risco de morrer pelos principais grandes grupos das DCNT segundo taxa de mortalidade específica por 100.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro em 2019



Fonte: tabnet/SES-RJ, 2019. Estimativas preliminares efetuadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e a gravidade das DCNT. Entre os residentes do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019, houve o predomínio das internações por doenças cardiovasculares (73.224), neoplasias (44.676), doenças respiratórias crônicas (42.264), diabetes (7.762) e hipertensão (5.012).

## 2. FATORES DE RISCO

Nas últimas décadas, o estado do Rio de Janeiro, assim como o país, passou por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que evidenciaram transformações no modo de vida da população.

O termo Fator de Risco (FR) está associado ao aumento do risco que tem uma pessoa de desenvolver alguma doença. A exposição a certo FR significa que antes de adoecer, o indivíduo teve um contato momentâneo ou em longo período, com um fator

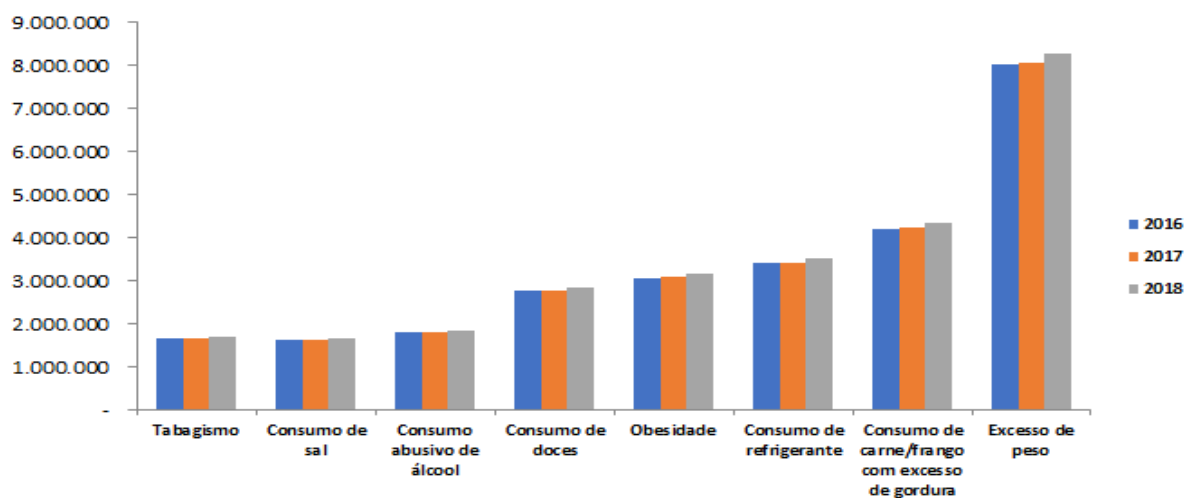
de exposição. O nexo causal de um FR com um evento mórbido permite o entendimento de que a remoção do FR é a prevenção do evento, caracterizando a redução de risco.

As DCNT são multifatoriais e influenciadas pelas condições socioeconômicas, fatores comportamentais e herança genética. A sua ocorrência está estatisticamente associada à exposição a alguns fatores ou condições de risco. A ação destes fatores cumulativos causa modificações tanto bioquímicas, quanto celulares, lesando irreversivelmente tecidos e órgãos lentamente, comprometendo suas funções e o surgimento aparente da doença. Os fatores de risco podem ser modificáveis (comportamentais) ou não modificáveis (sexo, idade, etnia e herança genética). Dentre os fatores de risco comportamentais para as DCNT, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, consumo nocivo de álcool e o sedentarismo. Além de fatores de risco intermediários como obesidade, hipertensão e dislipidemias.

Os fatores de risco estão associados ao aumento do risco do desenvolvimento de determinadas doenças. No caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais fatores implicam na prevalência da ocorrência da doença, na morbidade e na mortalidade.

Com relação ao estado do Rio de Janeiro, os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) apontaram que é crescente o número de pessoas com excesso de peso, em relação aos demais fatores de risco. A obesidade e o excesso de peso estão relacionados com a ocorrência de HAS, AVC, DM e câncer, além de comprometer a qualidade de vida.

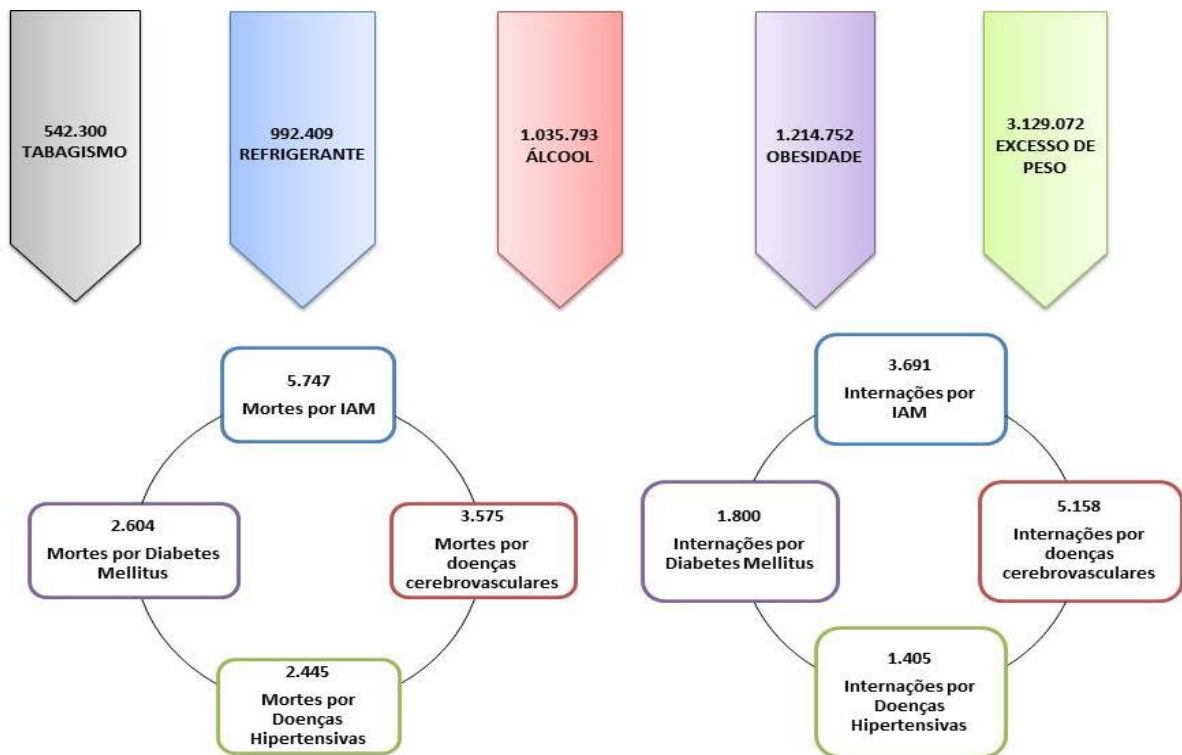
Figura 3 – Estimativa de residentes e fatores de risco no estado do Rio de Janeiro segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013



Fonte: PNS, 2013.

Os fatores de risco, em residentes da capital do Rio de Janeiro, apresentados no infográfico representam importante impacto sobre as doenças do aparelho circulatório e endócrinas, como diabetes mellitus.

Figura 4: Estimativa de fatores de risco para DCNTs x Mortalidade e Internação em residentes da capital do RJ, no ano de 2018

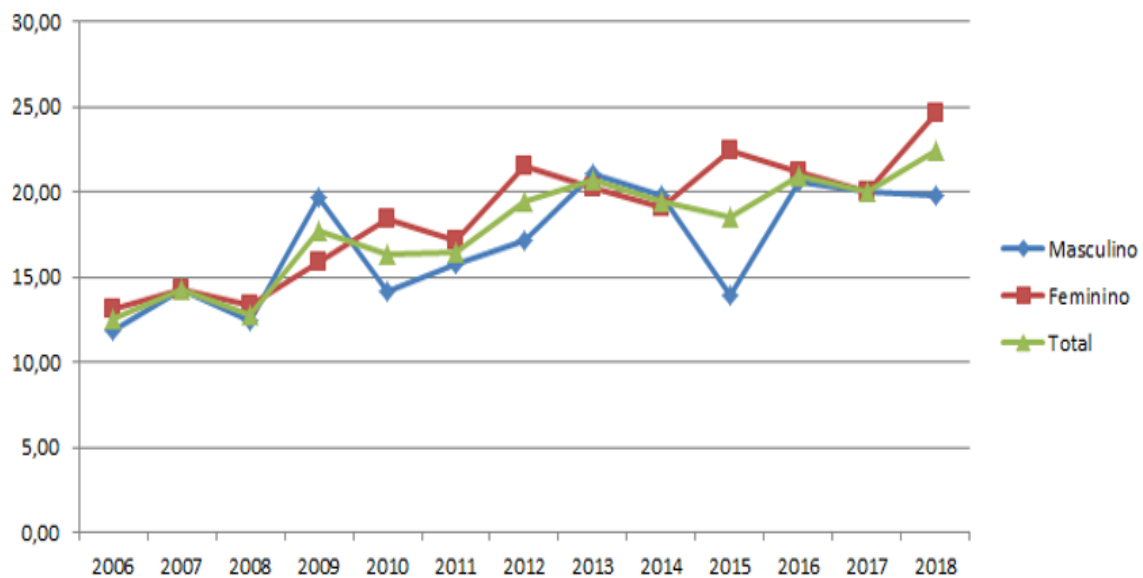


Fonte: VIGITEL, 2018; SIH/SES/RJ; SIM/SES/RJ – dados gerados em 05 novembro de 2019.

Ressalta-se que os fatores de risco para tais doenças são considerados evitáveis e modificáveis por medidas de mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida. A Diabetes Mellitus (DM) foi incluída na análise, pois se associa ao sobrepeso e a existência de doenças pré-existentes.

Segundo o inquérito de vigilância dos fatores de risco e de proteção das DCNTs (Vigitel) realizado por telefone uns dos fatores analisado é o Estado Nutricional para a população com 18 anos e mais. A obesidade é um fator de risco e uma doença que tem apresentado aumento na prevalência, ao longo dos anos em que a pesquisa tem sido realizada, com algumas variações para baixo e para cima. Na figura a seguir, podem-se observar as prevalências de obesidade segundo sexo na capital do estado.

Figura 5 - Percentual de pessoas ( $\geq 18$  anos) com obesidade ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), no Município do Rio de Janeiro, segundo sexo. Vigitel: 2006 – 2018



Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para os anos. Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Os dados do VIGITEL apresentam uma variação para a obesidade, nos 13 anos de levantamento, de 19% para o sobrepeso e de 79% para a obesidade (sendo de 69% para os homens e de 86% para as mulheres).

Também se pode observar a prevalência estimada de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) e de obesidade pela PNS (2013) e pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Pela figura a seguir, pode-se verificar a variação percentual com relação à obesidade se compararmos a prevalência da PNS com a prevalência estimada do SISVAN. Cabe destacar que a PNS apresenta dado para a população e o SISVAN da população SUS dependente, que para o estado do Rio de Janeiro, segundo dados do Tabnet/SES-RJ é em torno de 69%.

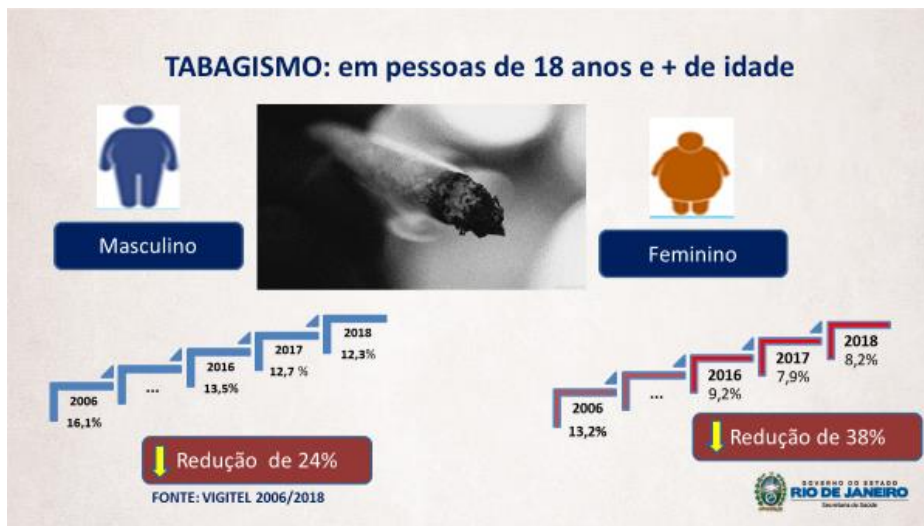
Figura 6 – Percentual de excesso de peso e obesidade no estado do Rio de Janeiro pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) e pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2019)



Fontes: PNS, 2013 e relatórios públicos SISVAN, 2019.

No caso do tabagismo, este é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e é considerado, pela OMS, a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Com relação à hipertensão, o cigarro é capaz de causar um aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica e aumentar a resistência às drogas anti-hipertensivas (BRASIL, 2014).

Figura 7 - Percentual de pessoas ( $\geq 18$  anos) tabagistas no Município do Rio de Janeiro, segundo sexo. Vigitel: 2006 – 2018



Fonte: 2006 – 2018.

Quanto ao uso abusivo do álcool, o mesmo está relacionado à elevação da pressão arterial a partir do consumo de 30-40 g de álcool/dia em mulheres e 31 g de álcool/dia em homens, além da dificuldade do controle da doença, devido ao uso irregular dos medicamentos (BRASIL, 2014; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2018).

Subsecretaria de Vigilância em Saúde

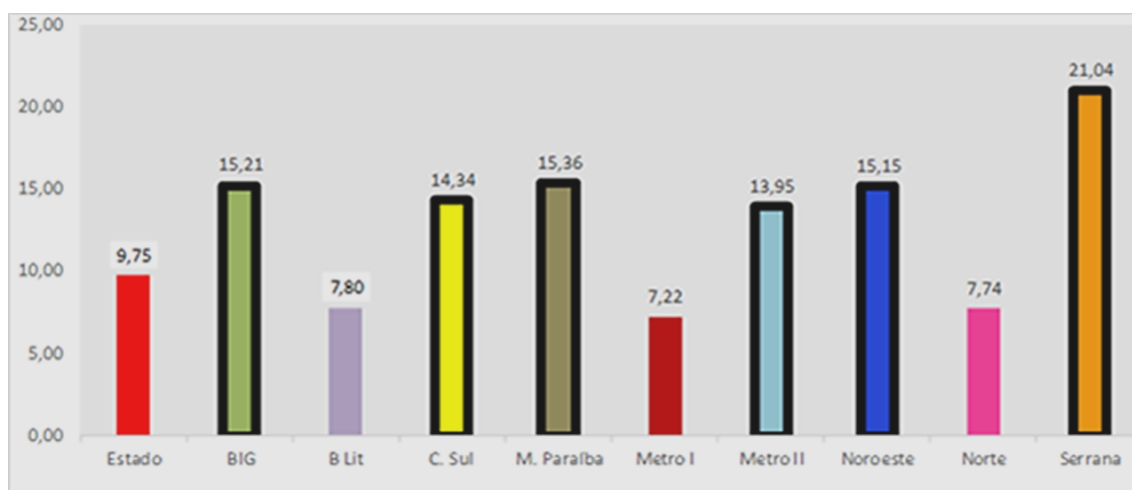
Figura 8 - Percentual de pessoas ( $\geq 18$  anos) que referem consumo abusivo de álcool no Município do Rio de Janeiro, segundo sexo. Vigitel: 2006 – 2018



Fonte: 2006 – 2018.

No estado do Rio de Janeiro utilizando-se a menção do consumo de álcool nas declarações de óbitos foi possível estimar a taxa de mortalidade de residentes por 100.000 mil habitantes, segundo as doenças, condições e lesões em que o álcool foi mencionado.

Figura 9 - Taxa de mortalidade de residentes por 100.000 mil habitantes, segundo as doenças, condições e lesões em que o álcool foi mencionado na Declaração de Óbito. ERJ, 2017



Fonte: SIM/SES-RJ.



De acordo com o estudo de Gawryszewski e Monteiro (2014) em países latino-americanos, a taxa de mortalidade (em cada 100.000 mortes ao ano) relacionada ao álcool foi classificada como baixa (<6); média (6 a 12) e alta (>12).

Quanto ao percentual estimado de pessoas insuficientemente ativas, o estado do Rio de Janeiro, quando comparado com a Região Sudeste e o país, mostrou as maiores proporções de insuficiência e estratificando-se por sexo foram as mulheres.

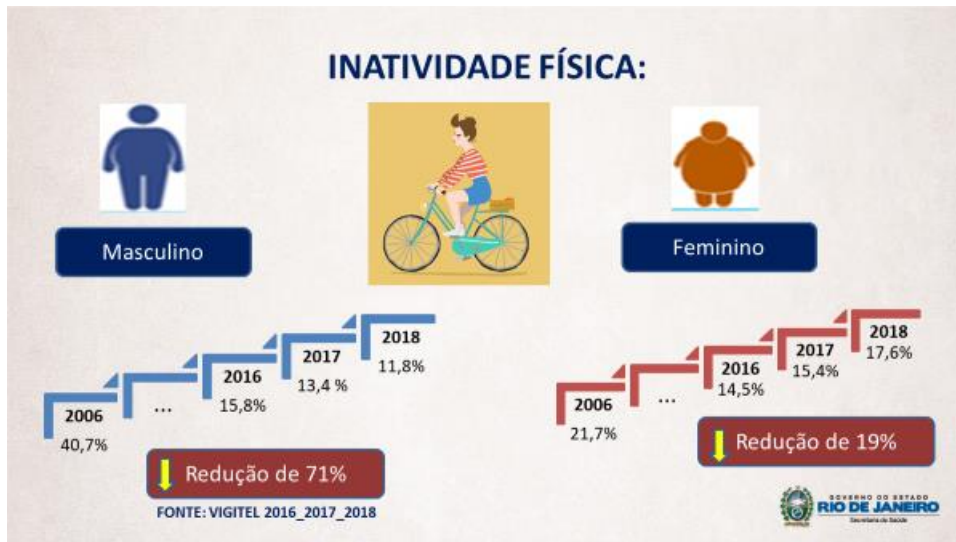
Figura 10 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que são insuficientemente ativas no município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (UF), Região Sudeste e Brasil, em 2013

Local	Masculino	Feminino	Total
	%	%	%
Município do RJ	35,5	47,3	42,1
Rio de Janeiro	39,4	54,6	47,7
Sudeste	41,0	51,3	46,5
Brasil	39,8	51,5	46,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde/IBGE/MS, 2013.

Segundo o VIGITEL houve uma redução na inatividade física no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2006 a 2018. Sendo que os homens reduziram mais a inatividade do que as mulheres e conforme já apresentado na figura 5 seus percentuais de obesidade são inferiores aos apresentados pelas mulheres.

Figura 11 - Percentual de pessoas ( $\geq 18$  anos) com inatividade física no Município do Rio de Janeiro, segundo sexo. Vigitel: 2006 – 2018



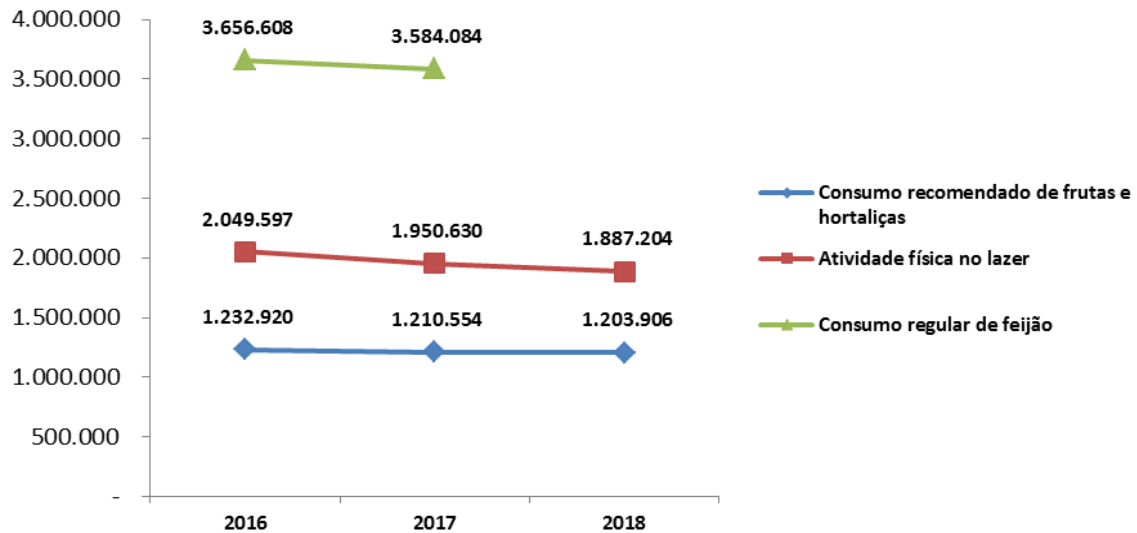
Fonte: VIGITEL, 2006 – 2018.

### 3. FATORES DE PROTEÇÃO

Em determinadas situações, quando a frequência da doença é menor em pessoas não expostas a determinantes, considera-se um fator de proteção (DUQUIA, BASTOS, 2007).

Os fatores de proteção avaliados pelo VIGITEL correspondem a consumo regular de feijão, prática de atividade física no lazer e consumo de recomendado de frutas e hortaliças.

Figura 12 - Estimativa de residentes e seus fatores de proteção na capital do Rio de Janeiro.



Fonte: VIGITEL, 2016-2018.

Com relação à atividade física no lazer (150 minutos semanais), que vem apresentando uma redução, tem sido destacada pela articulação do Programa Academia da Saúde, que tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, produção do cuidado e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011).

O padrão alimentar apresentado demonstra dualidade, visto que envolve fatores sociais, econômicos e culturais. O consumo recomendado de frutas e hortaliças (corresponde a ingestão mínima de 5 vezes ao dia) e o consumo regular de feijão (corresponde a ingestão do alimento 5 dias ou mais da semana) vem decrescendo.

Quanto ao consumo alimentar, o SISVAN também fornece informações a partir de alguns marcadores alimentares utilizados pelas pesquisas citadas anteriormente. Cabe destacar que nesse sistema pode-se obter informações mais detalhadas para o estado, regiões de saúde e municípios. É um importante sistema para um diagnóstico situacional que pode refletir tanto o estado nutricional quanto o consumo alimentar da população de forma mais desagregada, diferente das pesquisas como o PNS (restrita ao país, região, estado e capital segundo característica rural ou urbana) e VIGITEL (apenas capitais).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) em sua VII Diretriz expõe que o padrão alimentar do portador de hipertensão depende de um plano saudável e sustentável, excluindo-se dietas radicais.

A mesma diretriz aponta que a atividade física contribui para a redução da Pressão Arterial e minimização do risco cardiovascular.

#### 4. PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

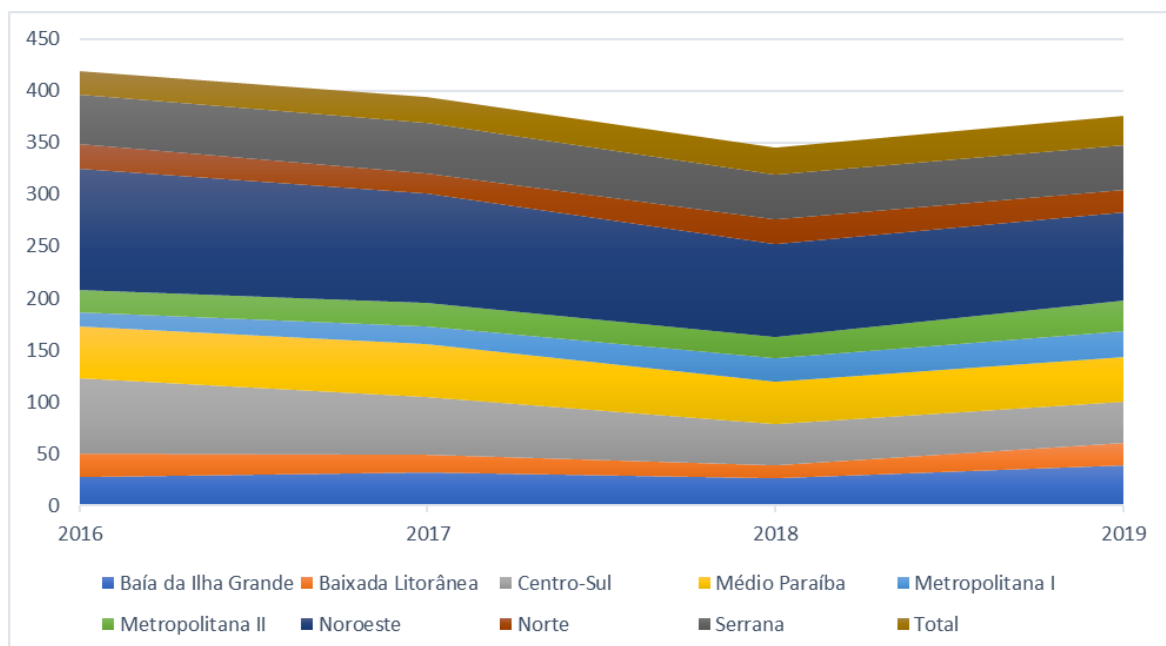
No estado do Rio de Janeiro a Hipertensão Arterial, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, apresentou a prevalência de 23,9% em residentes com 18 anos e mais.

Os Critérios e Parâmetros Assistenciais do SUS (2017) estimam que 10,99% da população acima de 45 anos apresentarão doença arterial coronariana (DAC), responsável por altos índices de mortalidade, incapacitação e prejuízos financeiros de ordem pública (NOGUEIRA ET al, 2016). Segundo o escore de Framingham a projeção do risco de DAC é de 3 pontos para faixa etária de 45-49 anos, 6 pontos para 50-54 anos de idade, 8 para 55-59 anos e mais de 10 pontos para pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2014).

#### 5. Morbidade

Analisando-se a taxa de internação por 100.000 habitantes segundo doenças hipertensivas, nos anos de 2016 a 2019, percebe-se em algumas regiões uma queda de 2016 a 2018 com um crescimento em 2019, representando uma variação percentual de aproximadamente 25% para a taxa total do estado de 2016 (23,2) comparando com 2019 (28,9).

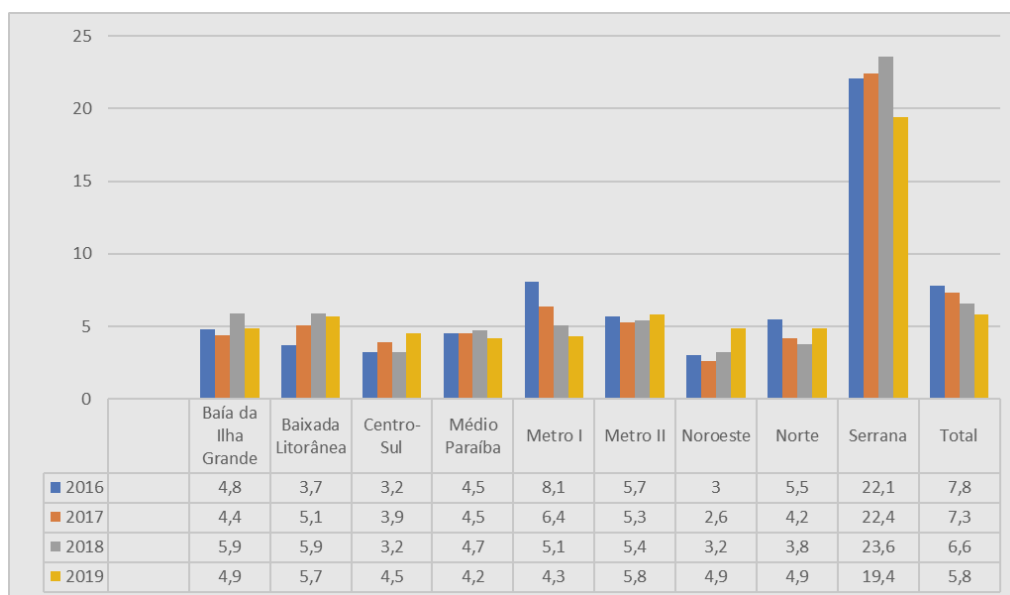
Figura 14 - Taxa de internação de doenças hipertensivas segundo Região de Saúde, por 100.000 habitantes, no Rio de Janeiro – 2016 a 2019.



Fonte: SIH/SES/RJ - dados gerados em 7 de outubro de 2019

Apesar do aumento da taxa de internação, o tempo médio de internação por AIH autorizada decresceu 25,6% no estado, conforme apresentado na figura 15, o que representa a gravidade do caso, a adequação dos serviços e os custos com os procedimentos hospitalares (DANTAS, et al, 2018).

Figura 15 – Tempo médio de internação por doenças hipertensivas por local de residência, no Rio de Janeiro – 2016 a 2019.



Fonte: SIH/SES/RJ - dados gerados em 10/04/2020.

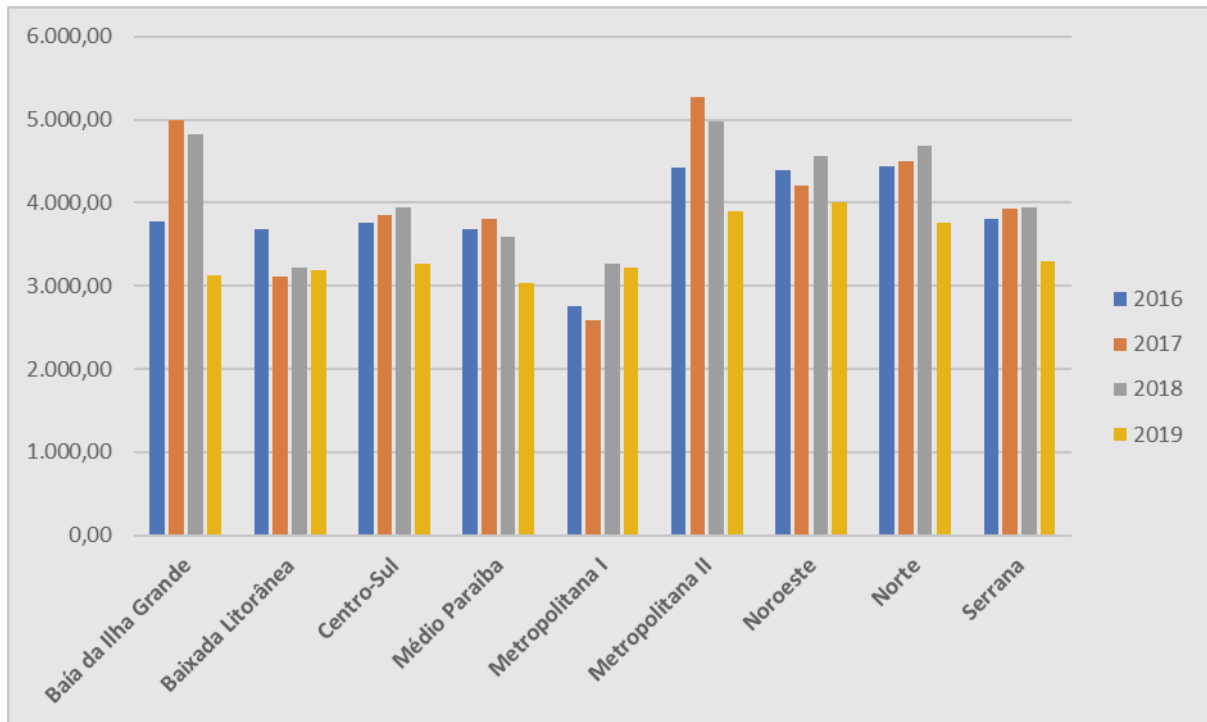
Comparando as nove (9) regiões, percebe-se o aumento nas seguintes regiões: Centro Sul, Metro II, Noroeste e Norte. Na figura chama atenção o tempo médio de internação da Região Serrana discrepante em relação às demais localidades, o que implica na necessidade de atenção à saúde e seus condicionantes nesta região.

Ao analisar a Região Serrana, os municípios Petrópolis e São José do Rio Preto apresentaram tempo médio de internação elevado, quando comparados aos demais.

Importante evidenciar que o longo tempo de internação se relaciona com o surgimento de outras comorbidades, como lesão por pressão e infecções relacionadas à assistência hospitalar.

Ao analisar o custo financeiro das internações, optou-se por adotar as autorizações de internação hospitalar (AIH) aprovada de doenças isquêmicas do coração, por ter maior impacto financeiro sobre as demais doenças do aparelho circulatório.

Figura 16 – Custo médio de internação por doenças isquêmicas segundo local de residência, no Rio de Janeiro – 2016 a 2019



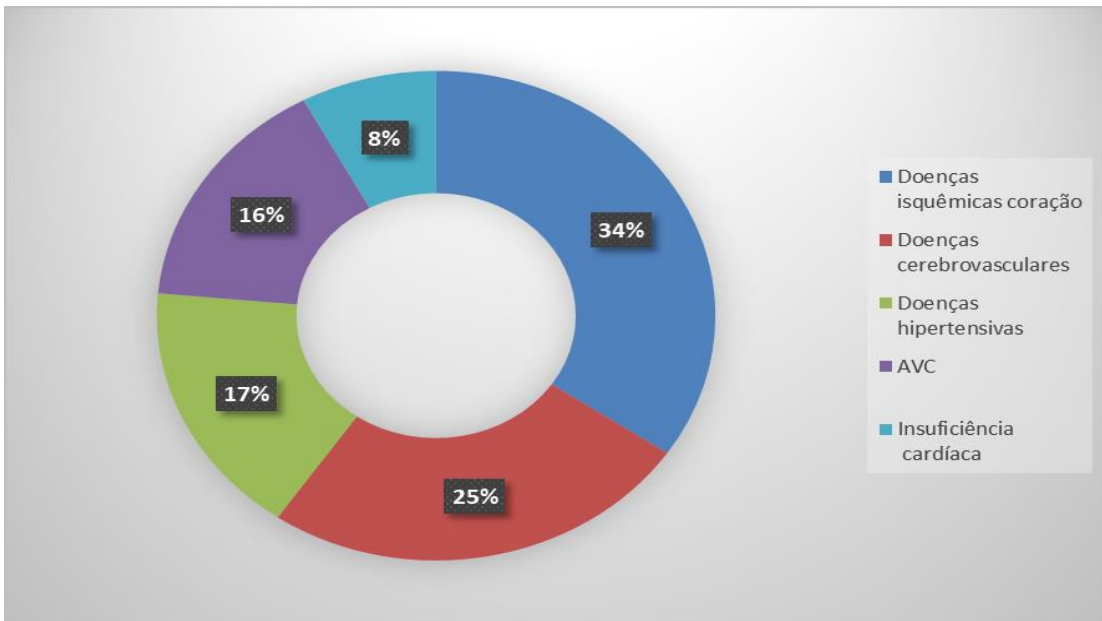
Fonte: SIH/SES/RJ - dados gerados em 10 de março de 2020.

## 6. MORTALIDADE POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças hipertensivas apresentaram, em 2019 sem estratificar por faixa etária, a terceira causa de morte (6.399), após as doenças isquêmicas (13.091) e as cerebrovasculares (9.532).

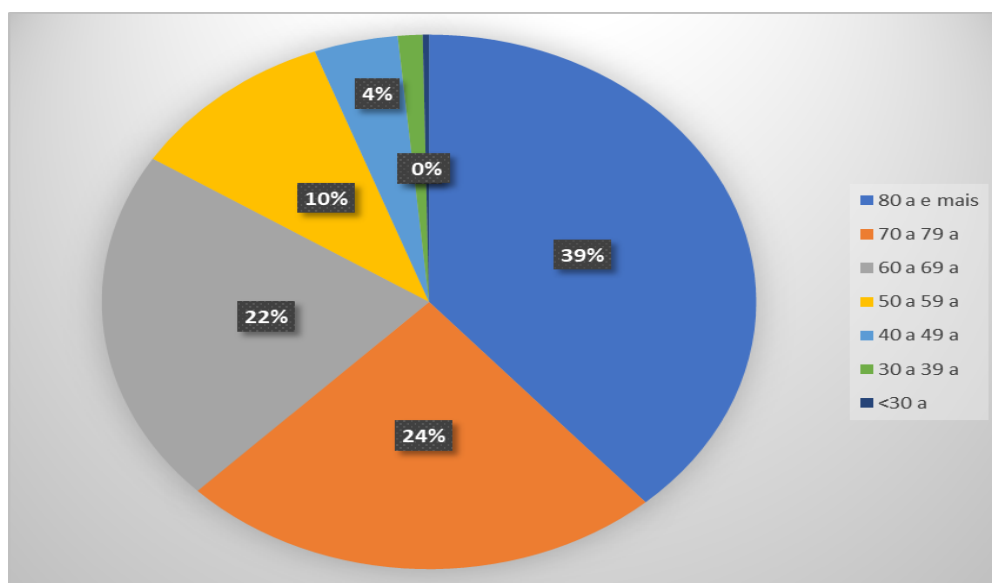
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Figura 17 - Percentual das principais causas de óbito entre as doenças do aparelho circulatório sem estratificar por faixa etária em residentes do estado do Rio de Janeiro, 2019



Fonte: SIM/SES/RJ - dados gerados 10 de março de 2020.

Figura 18 - Percentual de óbitos por doenças hipertensivas, em relação à faixa etária, em residentes do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019.

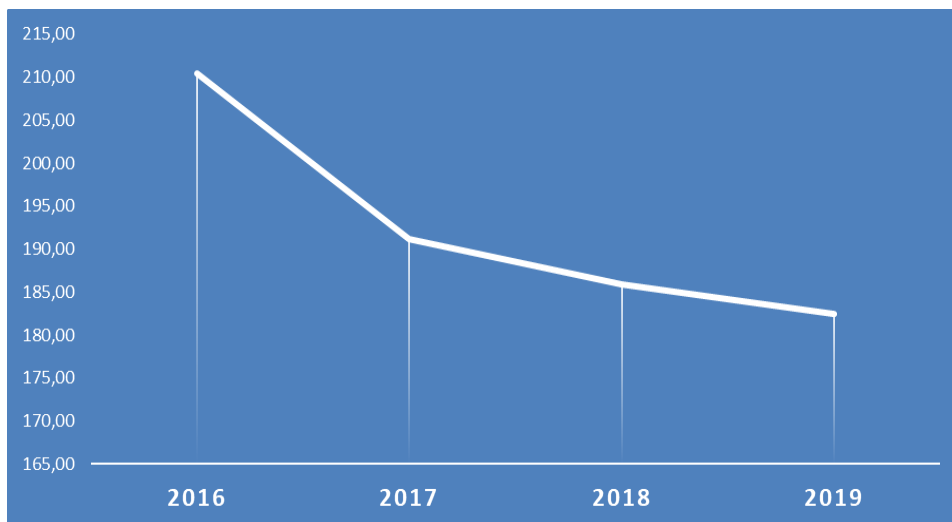


Fonte: SIM/SES/RJ - dados gerados em 07 de outubro de 2019

Percebe-se que 85% dos óbitos ocorridos em 2019, correspondem à população idosa ( $\geq 60$  anos). Estudos corroboram tal dado ao relacionar que com o avançar da idade, surgem alterações na parede dos vasos sanguíneos, o que leva ao enrijecimento arterial e perda da distensibilidade e da elasticidade dos vasos. Condição como processo aterosclerótico também pode estar relacionado à gravidade do nível pressórico (COSTA, LOURENÇO, 2017; COELHO et al, 2019).

Apesar do expressivo percentual de mortalidade prematura no ano de 2019, ao comparar com os anos anteriores, percebe-se a redução desta taxa.

Figura 19 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, por 100.000 habitantes. Rio de Janeiro, 2016 a 2019



Fonte: SIM/SES/RJ - dados gerados em 10 de março de 2020.

A partir do panorama da mortalidade no Estado e da característica clínica da doença hipertensiva ser silenciosa, as intervenções em saúde devem envolver os determinantes sociais do processo saúde doença, por meio de ações efetivas de promoção, prevenção e reabilitação.

Ainda que a taxa de mortalidade tenha sofrido variação mínima, há uma lacuna na informação da causa de óbito, caracterizando uma subestimação que pode ser estimada ao verificar a menção de hipertensão arterial em outros óbitos.





Subsecretaria de Vigilância em Saúde

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COELHO, Juliana Chaves et al. A hipertensão arterial é causa subjacente de morte avaliada na autópsia de indivíduos. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

COSTA, Eduardo Magalhães; LOURENÇO, Roberto. Hipertensão arterial no idoso saudável e no idoso frágil: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, v.16, n.1, p.37-43, 2017.

LENTSCK, Maicon Henrique, et al. **Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, n. 2, p. 372-384, 2015.

MACHADO, Juliana Costa et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 2

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NOGUEIRA, Josilma da Silva, et al. Fatores de risco cardiovascular e doença coronariana: uma análise em pacientes revascularizados. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.17, n.1, 2016.

Organização Mundial da Saúde. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010**. Genebra: WHO; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: SBC, 2016.



Subsecretaria de Vigilância em Saúde

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual de hipertensão arterial** - Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS/UFRGS. **Telecondutas: cardiopatia isquêmica**. Rio Grande do Sul; 2017.

**Autores:** Marcia Regina Mazalotti Teixeira e Raquel Queiroz (Residente de Enfermagem UFF 2019).

**Revisão:** Eralda Ferreira da Silva

Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis  
Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde  
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental