

Internações por Hipertensão Essencial em homens idosos no Brasil: estudo comparativo entre as regiões nordeste e sudeste no período de 2008 a 2012.

Layz Dantas de Alencar¹ - layzalencar@gmail.com

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas² - rmeryco_dantas@hotmail.com

Jéssica Barreto Pereira³ - jessicajesse@hotmail.com

¹Aluna do 7º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – campus Cajazeiras/PB

²Professora mestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – campus Cajazeiras/PB- Membro do GEPASH/UFCG

³Aluna do 4º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – campus Cajazeiras/PB Membro do GEPASH/UFCG

Introdução

O envelhecimento é um processo multidimensional, dinâmico e crescente na população mundial, principalmente no Brasil, que está vivendo fortes pressões decorrentes da longevidade na sua população. A ONU projeta para 2050 uma expectativa de vida mundial de 75,4 anos. Para o Brasil, o IBGE aponta uma média de 81,29 anos. Em 2010 os homens apresentavam 4,5 mais chances de morrer do que as mulheres, com uma expectativa de vida de 69,73 anos, enquanto para as mulheres, a esperança de vida ao nascer chegava aos 77,32 anos^{1,2,3}.

Esse prolongamento de vida foi uma conquista que tem exigido bruscas mudanças na sociedade, por isso a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) busca garantir atenção adequada e digna para esse contingente populacional, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde^{4,5}.

Nessa fase da vida o indivíduo enfrenta transformações morfofuncionais, psicológicas e sociais, levando a alterações patológicas de ordem crônico-degenerativas, dentre essas encontra-se a Hipertensão Arterial (HA). Ela mantém uma maior prevalência nos homens, e no posicionamento global desponta com 37,8% em homens e 32,1% em mulheres^{6,7,8}. O estilo de vida do mundo moderno: aumento do consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, diabetes, obesidade e sedentarismo, associados às características sócio-demográficas: faixa etária, nível

socioeconômico, etnia, tem favorecido sua instalação. É considerada um problema de saúde pública pelo número de pessoas acometidas e quantidade de indivíduos hipertensos não diagnosticados, não tratados corretamente e pelo alto índice de abandono ao tratamento⁹.

Uma das implicações para essa realidade é o fato dos homens só recorrerem aos serviços de saúde quando seu quadro clínico está em situação avançada e com isso ficam mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas¹⁰. Para mudar essa realidade o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, cujo propósito é facilitar, ampliar e qualificar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, pretendendo que estes busquem os serviços pelo menos uma vez ao ano¹⁵.

Associar o sexo masculino a condição de idoso faz com que a HA se torne mais prevalente, e acarrete mais complicações. Nesse contexto, o presente trabalho objetivou estimar a prevalência de hipertensão em homens idosos brasileiros no período de 2008 à 2012, além de fazer uma análise comparativa entre o número internações de homens hipertensos idosos nas regiões Nordeste e Sudeste.

Metodologia

Para atender os objetivos optou-se por realizar um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, com análise estatística descritiva. Para a coleta de dados utilizou-se o site do Datasus com as variáveis Epidemiológicas e Morbidades Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) de Hipertensão Primária, registrados por local de internação nos estados da região Nordeste e Sudeste no período de Janeiro de 2008 à dezembro de 2012. Os dados foram agrupados e analisados descritivamente, tendo como medida de tendência central a média, e como parâmetro a proporção. Os dados foram discutidos com base na literatura pertinente.

Análise e discussão

O estudo revela que no ano de 2008 na região sudeste e no Brasil a maior prevalência de internações por HA foi na raça branca (67,9% e 48,58%), enquanto na região nordeste a maior prevalência foi na raça parda (74%). Nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 na região nordeste o índice de internação na raça parda foi em média de 81,69% (78,48%, 82,01%, 82,56%, 83,72%) e no Brasil a média nesse mesmo grupo foi de 51,92% do total de internações por HA (49,72%, 51,64%, 52,75%, 52,56%). A região sudeste manteve-se com uma maior prevalência nos

idosos de raça branca e uma média de internação de 64% (65.21%, 65.14%, 63.18%, 62.48%).

Este perfil da região nordeste e do Brasil corrobora com o estudo de Magnabosco¹² cujo resultado aponta uma prevalência da HA na raça não branca e com uma frequência duas vezes superior que a branca¹³. Essa é uma condição que se repete nos achados da literatura brasileira, e onde a gravidade da doença também é mais incidente na raça não branca¹⁴.

O estudo destaca um maior número de internações acima dos 70 anos, cuja explicação pode estar no fato de que, com o desgaste gradativo dos órgãos e sistemas em decorrência do avançar da idade há um aumento das complicações, e é na velhice que os homens se confrontam com a própria vulnerabilidade, levando-os a buscar mais os serviços de saúde em decorrência dos quadros irreversíveis de adoecimento¹⁵.

Esse quantitativo de internações indica que os serviços da atenção primária não estão sendo efetivos no controle da HA e que há a necessidade destes se voltarem para prestar um cuidado mais efetivo com medidas preventivas, suporte de tratamento e orientações adequadas. O Ministério da Saúde reforça a importância dos serviços públicos de saúde como suporte ao tratamento dos hipertensos, bem como a necessidade de se ficar atento ao perfil dos usuários hipertensos e recomenda aos profissionais de saúde, para um melhor controle da HAS, o acompanhamento com consultas rotineiras, nas quais sejam realizados o exame clínico, a prescrição de medicamentos, a solicitação de exames e a oferta de orientações¹⁶.

Considerações finais

A HA ainda constitui-se um sério problema de saúde pública de ordem nacional e mundial, e que por tratar-se de uma doença crônica, depois de instalada, acompanhará o indivíduo por toda a vida, fazendo-o chegar na velhice com ela, carregando consigo todas as complicações que a mesma proporciona. Daí a necessidade dos profissionais da atenção básica intensificar suas ações no sentido de controlar o agravo e minimizar suas complicações oferecendo ao idoso uma melhor qualidade de vida.

Sendo mais prevalente na raça negra, faz-se de extrema importância medidas mais específicas para esse grupo, pois mesmo a região sudeste apresentando uma

maior prevalência na raça branca, os valores na raça parda ficaram muito próximos. Com isso pode-se perceber que a HA vai estar presente no grupo de idosos não importando a região do país.

Tabela 01 – Distribuição da Hipertensão essencial nas regiões Nordeste, Sudeste e Brasil nos anos de 2008 a 2012.

Ano/ Raça		Faixa Etária / Região														
		Região Nordeste					Região Sudeste					Brasil				
		60-69	%	>70	%	Total	60-69	%	>70	%	Total	60-69	%	>70	%	Total
2008	Branca	290	35,9	518	64,1	808	1.817	44,3	2.284	55,7	4.101	3.046	43,8	3.903	56,2	6.949
	Preta	112	52,9	100	47,1	212	260	48,7	274	51,3	534	438	49,5	446	50,5	884
	Parda	1.239	40,2	1.843	59,8	3.082	667	49,6	679	50,4	1.346	2.694	42,8	3.598	57,2	6.292
	Amarela	16	35,6	29	64,4	45	15	40,5	22	59,5	37	41	37,6	68	62,4	109
	Indígena	5	55,6	4	44,4	9	12	66,7	6	33,3	18	37	54,4	31	45,6	68
2009	Branca	269	35,9	481	64,1	750	1.604	43	2.123	57	3.727	2.809	43,1	3.705	56,9	6.514
	Preta	95	40,4	140	59,6	235	242	48,9	253	51,1	495	419	45,4	503	54,6	922
	Parda	1.457	39,6	2.226	60,4	3.683	729	49,9	732	50,1	1.461	3.218	43	4.273	57	7.491
	Amarela	11	50	11	50	22	12	48	13	52	25	42	54,5	35	45,5	77
	Indígena	1	33,3	2	66,7	3	16	59,2	11	40,8	27	29	45,3	35	54,7	64
2010	Branca	189	32,4	394	67,6	583	1.469	42	2.034	58	3.503	2.537	42,8	3.396	57,2	5.933
	Preta	82	39,8	124	60,2	206	208	47,8	227	52,2	435	366	45,5	439	54,5	805
	Parda	1.473	40,0	2.211	60,0	3.684	679	48,6	719	51,4	1.398	3.061	41,9	4.254	58,1	7.315
	Amarela	7	53,8	6	46,2	13	10	43,5	13	56,5	23	30	46,2	35	53,8	65
	Indígena	3	50	3	50	6	7	36,8	12	63,2	19	19	39,6	29	60,4	48
2011	Branca	172	34	334	66	506	1.529	43,9	1.954	56,1	3.483	2.366	42,7	3.178	57,3	5.544
	Preta	90	42	124	58	214	233	49	242	51	475	375	46,4	433	53,6	808
	Parda	1.407	40,3	2.083	59,7	3.490	731	48,3	783	51,7	1.514	3.059	42,9	4.074	57,1	7.133
	Amarela	7	46,7	8	53,3	15	20	48,8	21	51,2	41	43	51,2	41	48,8	84
	Indígena	2	100	0	0	2	0	0	0	0	0	12	40	18	60	30
2012	Branca	136	35,3	249	64,7	385	1.187	41,9	1.646	58,1	2833	2.101	42,2	2.883	57,8	4.984
	Preta	40	26,3	112	73,7	152	188	44,7	223	55,3	421	312	42,4	424	57,6	736

Preta	1.132	39,7	1.716	60,3	2.848	570	45,8	674	54,2	1.244	2.655	41,3	3.774	58,7	6.429
Amarela	2	13,3	13	86,7	15	15	41,7	21	58,3	36	27	39,1	42	60,9	69
Indígena	0	0	2	100	2	0	0	0	0	0	3	20	12	80	15

Referências

1. DIOGO, MJD, et al. Saúde e qualidade de vida na velhice. 3 ed. Campinas-SP: ÁLINEA; 2009.
2. FERNANDES, AMBL. et. al. Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. Revista Fisioterapia em Saúde (PUCPR. Impresso). Curitiba, v. 25, n.4, p. 821-830, out.-dez., 2012.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: Tábuas de Mortalidade - São Paulo. Rio de Janeiro, 2010.
4. OLIVEIRA, AMM. et. al. Representações Sociais e Envelhecimento: uma Revisão Integrativa de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 427-434, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
6. MEDEIROS, NT. et. al. Avaliação de risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. Revista Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR. Impresso). Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 76-82, abr.-jun., 2012.
7. MARTINS, MCC. et. al. Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. Revista Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 95, n.2, p. 192-199, 2010.
8. PUCCI, N. et. al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. Revista Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 322-329, jul.-ago., 2012.
9. NASCENTE, FM. et. al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. Revista Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 95, n.4, p. 502-509, out., 2010.
10. SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.17, n.10, p. 2 579-2588, out., 2012.
11. COSTA, JSD. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, [on line], v.88, n.1, p.59-65, 2007.
12. MAGNABOSCO, P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.
13. SILVA, C. S. Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa. 118f . Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.
15. DIAS, EM. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém, PA. Revista Médica. São Paulo, v.88, n.3/4, p. 191-8, jul.-dez., 2009.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.