

ANÁLISE DA TAXA DE MORTALIDADE EM IDOSOS COM DOENÇAS HIPERTENSIVAS EM ALAGOAS: O RECORTE DE: 2011 Á 2015

Mayra Socorro de Oliveira Silva¹; Márcia Daniela Gomes de Melo²; Maria Clara Brasileiro Barroso³

^{1,2,3} Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; ^{1,2} Acadêmica; ³ Mestre

E-mail para contato: mariaclarabarroso@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e crescente que gera inúmeras mudanças no organismo, sejam elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando à redução da capacidade funcional e ao desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) ^{1,2}. Logo, entre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais predominante ³⁻⁵.

Neste contexto, prever-se que até 2020 as DCNT serão a principal causa de incapacidades. Dentre as doenças mais comuns na população idosa, destaca-se a hipertensão arterial (HA), de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde, a HA, por ser uma patologia multifatorial a depender da cooperação e participação direta do sujeito hipertenso para seu controle, assim, se estabelece um grande desafio para os profissionais de saúde ⁶.

É claramente visto, que as doenças crônicas não transmissíveis são de difícil conceituação, porém são capazes de serem caracterizadas, sobretudo como doenças com História Natural prolongada, com o envolvimento de múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência e curso que não apresentam sintomas. O curso Clínico das DCNT é de costume lento, prolongado, permanente e as manifestações clínicas caracterizam-se por tempos de remissão e exacerbação. Epidemias e pandemias de DCNT estão associadas a progressiva e longevidade a população e apresentam consequências sociais graves ⁷.

Dentre as dificuldades encontradas para o atendimento às pessoas hipertensas, a falta de adquirir ao tratamento é reconhecida como uma das principais causas. Além desta, a adoção de práticas terapêuticas impróprias colabora para que a maioria dos hipertensos diagnosticados não consigam manter a pressão arterial sistêmica contida⁸.

Logo, a adesão ao tratamento é considerada um processo confuso, influenciado por fatores ambientais, individuais, de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, no qual encontram-se

comprometidas as dimensões biológica, sociológica e psicológica. Esses fatores são fortes determinantes da qualidade do cuidado concedido⁹. Além destes, aumenta-se os fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais dificultando ainda mais o processo de adesão¹⁰.

Cerca de 40 a 83% da população hipertensa não tem consciência do seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (PA). Por isso, no Brasil, a hipertensão arterial sistólica acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população urbana adulta e mais da metade dos idosos¹¹.

Dessa maneira, percebe-se que o povo brasileiro está envelhecendo, em nossa população há cada vez mais idosos havendo assim uma mudança na pirâmide etária. Por conta disso há um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial que tem alta predominância na terceira idade, sendo alarmante a quantidade de mortes consequentes da HA.

Sendo assim, torna-se imprescindível uma melhor qualificação dos profissionais da área de saúde para se obter um melhor tratamento precoce e diagnóstico apropriados, contribuindo também para orientar e direcionar esses idosos, evitando assim complicações características da hipertensão arterial, para se reduzir a mortalidade decorrentes da doença.

Dado o exposto, objetivou-se analisar a mortalidade de idosos por doenças hipertensivas por residência em Alagoas, no período de 2011 a 2015.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo documental, portanto utilizou-se documentos como fonte de pesquisa seja como fotos, bancos de dados na internet, vídeos, slides, entre outros. Pois, este método transcende a concepção dos textos impressos. Esse conteúdo serve para explicar dadas questões e valer-se de evidências para outras, conforme o interesse do pesquisador, tendo em vista que esses documentos são fontes de informações, indicações e esclarecimentos¹².

Logo, a construção desse estudo foi por meio de uma análise da taxa de mortalidade por hipertensão em residência de idosos com faixa etária de 60 à 80 anos ou mais no período de 2011 à 2015, com dados apurados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do site <<http://www.datasus.gov.br/>>. A seleção da amostra foi realizada através da plataforma Informações de Saúde (TABNET), pelo item “Estatísticas Vitais”.

Desse modo, foi usado o indicador de Mortalidade - 1996 a 2015, pela CID-10, a análise foi realizada no mês de setembro de 2017. Sendo para os anos de 2011 a 2015, no estado de Alagoas, selecionando o conteúdo óbito por residência, Capítulo CID-10: IX. Doenças do aparelho circulatório, Grupo CID-10: Doenças hipertensivas e sexo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise dos dados disponíveis no DATASUS, foi constatado que ainda é grande quantidade de mortes por Hipertensão em residência em ambos os sexos, e que em todos os anos a mortalidade das mulheres foi maior que a dos homens. Porém, a taxa entre as mulheres não obteve diferença relevante com o decorrer dos anos, com exceção do aumento brusco em 2012, fazendo com que o aumento de um ano para outro fosse considerável. Já para os homens, houve um aumento significativo do ano 2011 para o 2012, que seguiu aumentando, voltando a diminuir apenas em 2014, porém em 2015 voltou a aumentar, fazendo a diferença de 2011 para 2015 ser bastante expressiva.

Para exemplificar, a taxa de mortalidade por residência dos homens, se encontra no gráfico 1 e a taxa de mortalidade por residência das mulheres, se encontra no gráfico 2 abaixo:

Gráfico 1.

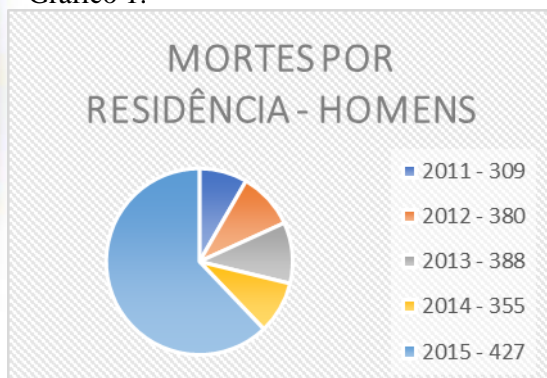
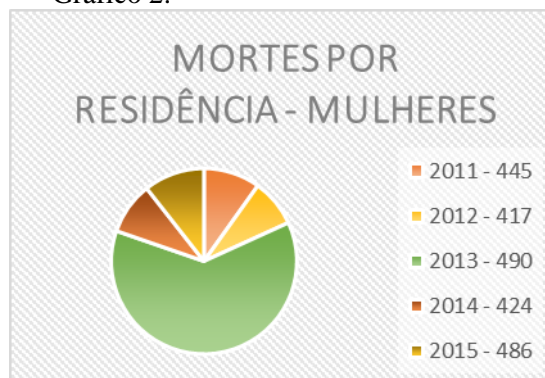


Gráfico 2.



Analisando a taxa de mortalidade em Alagoas, nota-se que a capital Maceió tem o maior número de mortes por Hipertensão em residência no estado, em ambos os sexos na faixa etária de 60 a 80 anos ou mais. Chegando a ser grande a diferença desse número com relação ao segundo município. Logo, nota-se um padrão, após Maceió, sendo Arapiraca o segundo município onde mais morrem homens e o terceiro onde mais morrem mulheres por hipertensão em residência no estado;

e Palmeira dos Índios o segundo município onde mais morrem homens e o terceiro onde mais morrem mulheres por Hipertensão em residência em Alagoas (vide Tabela 1 e 2).

Tabela 1.

MUNICÍPIOS COM MAIOR TAXA DE MORTALIDADE POR RESIDÊNCIA - HOMENS				
2011	2012	2013	2014	2015
Maceió - 86	Maceió - 100	Maceió - 95	Maceió - 90	Maceió - 111
Arapiraca - 13	Palmeiras dos Índios - 15	Arapiraca/ Palmeiras dos Índios - 24	Arapiraca - 19	Arapiraca - 27
Santana do Ipanema - 10	Arapiraca - 12	Atalaia - 10	Palmeiras dos Índios - 12	Palmeira dos Índios/ Penedo - 14

Tabela 2.

MUNICÍPIOS COM MAIOR TAXA DE MORTALIDADE POR RESIDÊNCIA - MULHERES				
2011	2012	2013	2014	2015
Maceió - 142	Maceió - 133	Maceió - 141	Maceió - 126	Maceió - 134
Penedo - 20	Palmeiras dos Índios - 26	Arapiraca - 23	Arapiraca - 19	Palmeira dos Índios - 31
Santana do Ipanema - 14	Arapiraca - 16	Palmeiras dos Índios - 22	Palmeira dos Índios/ Penedo - 13	Arapiraca - 22

O aumento da prevalência das doenças hipertensivas, provavelmente, vai continuar por muitos anos, sendo assim uma das grandes dificuldades para sociedade e também para o hipertenso, mesmo as medidas de prevenção e de controle, medicamentosas ou não serem reconhecidas por sua eficiência¹³. Considerando os fatos, este estudo demonstrou que ainda há uma alta taxa de mortes por hipertensão em residência em Alagoas, sendo Maceió o município onde mais se concentra essa taxa de mortalidade.

Sob o mesmo ponto de vista, se evidencia que apesar dos idosos estarem mais cuidadosos com a saúde, muito precisa se avançar se tratando das doenças crônicas não transmissíveis. Assim sendo, os fatores de suma importância para a qualidade do cuidado ao sujeito, se faz desde o acolhimento dos profissionais da área da saúde, onde se encontram comprometidas as características sociológica, psicológica e biológica, fatores individuais, entre outros. O que inegavelmente influencia na adesão ao tratamento, que é considerado um processo complexo¹⁴.

CONCLUSÃO

Com base no que foi visto, a taxa de mortalidade por Hipertensão em residência nesses 5 anos se manteve alta em todo esse período, sendo a maior taxa de mortes em idosas, em todos os anos e em todos os municípios, com exceção de Arapiraca em 2015, com uma diferença mínima.

Portanto, mais do que nunca se faz necessário a qualificação dos profissionais da área de saúde para se obter um melhor tratamento precoce e diagnóstico apropriados, para dessa maneira tentar evitar ao máximo as complicações características da hipertensão arterial, para se reduzir a mortalidade decorrentes da doença.

REFERÊNCIAS

1. Montagner S, Costa A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *An Bras Dermatol.* 2009;84(3):263-69. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000300008>.
2. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(3):513-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.
3. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens.* 2007 [acesso em 2013 Jul 10];14(2):84-8. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>.
4. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Kein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(7): 1337-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700012>.
5. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(6):1163-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010>.
6. Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2009
7. Dias JCR, Campos JADB. Aspectos epidemiológicos da obesidade com o Diabetes Mellitus. *Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr., São Paulo, v. 33, n. 1, p. 103-115, 2008.*

8. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. *Rev. saude publica.* 2003;37(5):635-42.
9. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Cienc. saude colet.* 2008;13(2):2257-67.
10. Helena ETS, Nemes MI, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. *Saude soc.* 2009;19(3):614-26.
11. Dosse C, et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão arterial. *Rev. Latino-am. Enfermagem.,* Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.
12. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007.
13. Lessa Í, Magalhães L, Araujo MJ, Filho NA, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq. bras. cardiol.* 2006;87(6):747-56.
14. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Cienc. saude colet.* 2008;13(2):2257-67.