



Hipertensão arterial: fatores de risco modificáveis e não modificáveis em homens de município do Alto Sertão paraibano

Hypertension: modifiable risk factors in men and non-modifiable in the city of Hinton High Paraiba

Emanuelle Keynes de Abreu Farias

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria – FSM, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: nelinha.ekaf@hotmail.com.

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB). E-mail: rosimeire.cz@hotmail.com

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, Cajazeiras (PB). E-mail: symara_abrantes@hotmail.com.

Maria Carmem Batista de Alencar

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, Cajazeiras (PB). E-mail: carmemsjp@hotmail.com.

Francileuda Batista de Almeida

Farmacêutica pela Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras (PB), E-mail: farmaciasantamariacz@gmail.com

Oscar Fernandes Sobral Neto

Graduando em Odontologia pela Universidade Potiguar, Natal (RN), Brasil. E-mail: oscarneto_sobral23@hotmail.com

Resumo: A Hipertensão Arterial Sistêmica desponta como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, causando sério impacto na saúde pública, pois estas com relação a mortalidade, em 2001, ocuparam no grupo de causas definidas de morte o primeiro lugar. Para analisar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis em homens de um município do alto sertão paraibano, foi realizado um estudo exploratório e quantitativo, utilizando as informações do HIPERDIA de 231 homens hipertensos cadastrados em 07 (sete) USF, onde foi possível observar que a grande maioria dos hipertensos, classificados de acordo com os níveis pressóricos em moderado a grave, possuem baixo grau de escolaridade, estão, geralmente entre a faixa etária de 60 a 100 anos de idade, e de raça/cor predominantemente amarela ou preta, na maioria viúvos ou solteiros, apresentando pelo menos, um fator de risco associado, sendo mais uma maior prevalente os antecedentes familiares e sedentarismo, tendo como tratamento instituído o medicamentoso com associação de drogas. Merece destaque ainda a ausência de informações na ficha de cadastro do HIPERDIA. As informações são imprescindíveis para a construção de ações estratégicas, e para isso deve ser mantida atualizada, com compromisso e responsabilidade. A prevenção deve atuar de forma a tentar minimizar a prevalência de HAS, deste modo, acredita-se ser a educação em saúde o ponto crucial para conseguir alcançar tal objetivo. Cabe, assim, a equipe atuante, especialmente a da atenção primária a saúde, com o conhecimento da caracterização das pessoas residentes em suas áreas de atuação, mediante utilização dos Sistemas de Informação em Saúde, reconhecer as áreas de risco, e trabalhar de forma efetiva com a referida população.

Palavras-chave: Fatores de Risco. Hipertensão. Saúde do Homem.

Abstract: The Hypertension is emerging as one of the main risk factors for cardiovascular disease, causing serious impact on public health, as these with respect to mortality, in 2001, occupied the group defined causes of death the first place. To analyze the risk factors modifiable and non-modifiable in men in a city of high backlands of Paraíba, an exploratory and quantitative study was carried out using the HIPERDIA Information 231 registered hypertensive men in seven (07) USF, where it was observed that the vast majority of hypertensive patients, classified according to blood pressure levels in moderate to severe, have low level of education, are usually between the age group of 60 to 100 years of age, and race / predominantly yellow or black color, Most widowed or single, with at least one associated risk factor, being more prevalent greater family history and physical inactivity, with the treatment used the drug with combination of drugs. Noteworthy also the lack of information on HIPERDIA registration form. The information is essential for the construction of action strategies, and this should be kept updated with commitment and responsibility. Prevention should act to try to minimize the prevalence of hypertension therefore believed to be health education the crucial point for achieving this goal. It is thus the active staff, especially the primary health care, with knowledge of the characteristics of people living in their fields by use of Health Information Systems, recognize the areas of risk, and work effectively with said population.

Keywords: Risk Factors. Hypertension. Men's Health.

Recebido em 06/09/2015

Aprovado em: 09/10/2015

INTRODUÇÃO

Os cidadãos brasileiros vêm, ao longo dos últimos anos observando e vivenciando uma maior longevidade, e assim, envelhecer tornou-se uma realidade, sentida e pesquisada por muitos e com uma demanda urgente, pois de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008) o Brasil está envelhecendo em ritmo acelerado, chegando ao auge no ano de 2050, sendo prevista que a média de vida da população atinja os 81,2 anos. Fato quase impossível de se imaginar em décadas passadas (MORAES, 2011).

E assim, tem-se uma estreita relação de causa e efeito entre a incidência e prevalência das doenças e agravos não transmissíveis (DANTS) e o prolongamento da vida, assim quanto maior a expectativa de vida, maior o índice das DANTS, desta forma torna-se previsível que tais doenças ocupem os primeiros lugares nas estatísticas do país, modificando, assim, o cenário observado nos séculos passados, onde predominavam as doenças infectocontagiosas e parasitárias (OHARA, et al., 2008).

Dentre as DANTS destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos mostram uma prevalência, neste agravo, acima de 30,67%, e 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43% no adulto jovem, mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos, e, no tocante aos gêneros, a prevalência foi de 35,8% entre os homens e de 30% em mulheres. E ainda, revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC; SBH; SBN, 2010).

A HAS desponta como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, causando sério impacto na saúde pública, pois estas com relação a mortalidade, em 2001, ocuparam no grupo de causas definidas de morte o primeiro lugar, seguida pelas neoplasias com 15,2% e das causas externas com 14,6% (OHARA, et al., 2008).

Tomando por base que o homem está sendo, cada vez mais, acometido por tais patologia, bem como o fato de que os homens brasileiros correspondem a 60% das mortes no país, e possuem expectativa de vida em torno de 7,6 anos a menos que as mulheres. Sedentário e mais acometidos pela problemática da dependência química, principalmente álcool e fumo, o homem revelado pelo estudo, também é pouco preocupado com o planejamento familiar. Assim, a saúde do homem ganha espaço no Sistema Único de Saúde e na sociedade através da Política Nacional de Saúde do Homem, criada em 2009, que simples e clara em seu objetivo, a política e a implementação de suas ações perpassam pela necessidade de entendimento da formação do gênero masculino e de todas as suas particularidades perante a uma sociedade patriarcal que o formou com um estereótipo de invulnerabilidade (MONTEIRO; ANDRADE, 2010).

Diante deste preocupante quadro, o Ministério da Saúde (MS) se viu na necessidade de aumentar a atenção a população nas principais patologias que a acometem, a HAS e o Diabetes Mellitus (DM), criando um programa informatizado que é responsável pelo cadastramento e

acompanhamento dos indivíduos acometidos, possibilitando através dele a identificação de fatores de risco principalmente de doenças cardiovasculares, denominado HIPERDIA, e por sua característica constitui-se uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento dessas doenças (SOUSA; Et al., 2010).

Utilizado em todo o território nacional, tem como principal gerador de informação a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é responsável pelo cadastramento inicial e o acompanhamento mensal dos mesmos, e com relação ao perfil dos usuários cadastrados, surgiu o seguinte questionamento: qual o comportamento dos fatores de risco na população masculina no município de Cajazeiras?

Para responder a questão norteadora foi realizado um estudo transversal e documental objetivando investigar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis em homens do Alto Sertão Paraibano a partir da ficha de cadastro do HIPERDIA.

Espera-se, a partir dos dados gerados e da sua análise, através da apresentação da frequência relativa dos referidos fatores, propor ações que os minimizem. É importante salientar que os conhecimentos advindos do aprimoramento nas pesquisas em HAS permitiram grandes avanços: diagnóstico mais preciso, tratamento mais eficaz, melhor conhecimento da epidemiologia e, conseqüentemente, maiores benefícios aos pacientes portadores de hipertensão (GELEILETE; COELHO; NOBRE, 2008).

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como descritivo, transversal, documental e institucional, com uma abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva preocupa-se com a descrição dos fatos ou fenômenos, e o caráter quantitativo, propõe a explicar, por meio de dados quantificáveis, as causas, as conseqüências e as inter-relações entre os fenômenos conforme explicita Vieira (2010). Com o estudo transversal é possível fazer a relação entre causa e efeito, a partir dos dados coletados. Trata-se de um estudo documental uma vez que foram utilizados dados já existentes, das fichas de HIPERDIA preenchidas para o cadastro dos hipertensos, e institucional por caracterizar um espaço geográfico organizativo e que aglomera os indivíduos para atendimento, mantendo seu banco de registro.

A pesquisa foi realizada em 07 (sete) Unidades da ESF do município de Cajazeiras - PB. Dados do IBGE (2010) trazem que o município de Cajazeiras está situado no oeste paraibano distante 477 km da Capital João Pessoa, possui uma população de 58.446 habitantes distribuída em uma área territorial de 568,896km², e densidade demográfica de 103,28 hab/km², sendo que 27.938 são homens e 30.508 são mulheres. É considerada a 6ª maior cidade do estado da Paraíba, sendo reconhecida, principalmente pelo seu potencial e estrutura educacional.

A população alvo foi composta de todos os hipertensos cadastrados no HIPERDIA, que totaliza 1.868 (mil, oitocentos e sessenta e oito) e a população de estudo

foi constituída de todos os homens cadastrados no HIPERDIA, que totaliza 536. O tamanho da amostra foi constituído de 231 cadastros de hipertensos registrados nas Unidades de Saúde da Família, a saber: Dr. Vital Rolim, 87 (oitenta e sete) cadastrados, Simão de Oliveira, 27 (vinte e sete) cadastrados, José Nilson de Sousa, 26 (vinte e seis) cadastrados, Sol Nascente, 15 (quinze) cadastrados, Dr. José Jurema, 29 (vinte e nove) cadastrados, José Leite Rolim, 20 (vinte) cadastrados, Maria José de Jesus, 27 (vinte e sete) cadastrados.

A escolha das Unidades deu-se por sorteio, a partir da divisão geográfica por região (norte, sul, leste, oeste), haja vista o município não ser dividido em Distritos. Para se garantir a aleatoriedade da mesma, o processo foi mantido até que se completou o tamanho da amostra.

O cálculo da amostra foi efetuado a partir da fórmula que contempla população finita, com um intervalo de confiança de 95% e um erro de 5%, utilizando-se os parâmetros de proporção adotados pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão.

Foram observados como critérios de inclusão e exclusão: homens maiores de 30 anos, e excluídos aqueles hipertensos que não estão sendo acompanhados ou mudaram-se para outros municípios.

À priori o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, bem como um ofício de solicitação de autorização a Secretaria Municipal de Saúde, e com a aprovação da pesquisa pelo referido comitê, através do protocolo nº 798082011, a mesma foi iniciada, quando então foi estabelecido contato inicial com a Secretaria Municipal do município referenciado, e logo em seguida com a enfermeira das unidades selecionadas.

Nas unidades, foi solicitado o acesso as fichas de cadastro dos pacientes hipertensos, através das quais foram levantados os dados necessários como os dados de caracterização dos sujeitos, bem como os fatores de risco e as complicações associadas à HAS, conforme relatórios gerados pelo sistema HIPERDIA.

De posse dos dados os mesmos foram consolidados e agrupados, e posteriormente realizada a análise.

Para a coleta de dados foi utilizada a própria ficha do HIPERDIA, porém foi elaborado um instrumento auxiliar (Apêndice E) para o registro dos dados coletados, constando as variáveis que foram trabalhadas.

Após o agrupamento dos dados, foi realizada a tabulação dos mesmos. De acordo com Vieira (2010) a tabulação consiste em trabalhar os dados, a fim de obter um retrato detalhado em termos de valores e estatísticas que possam demonstrar a realidade observável.

Depois de dispostos em gráficos e/ou tabelas, os dados foram analisados estatisticamente, com estatística simples descritiva, usando como parâmetro a proporção e média, como medida de tendência central, e depois de quantificados, analisados à luz da literatura pertinente, referenciando o estudo pré-estabelecido.

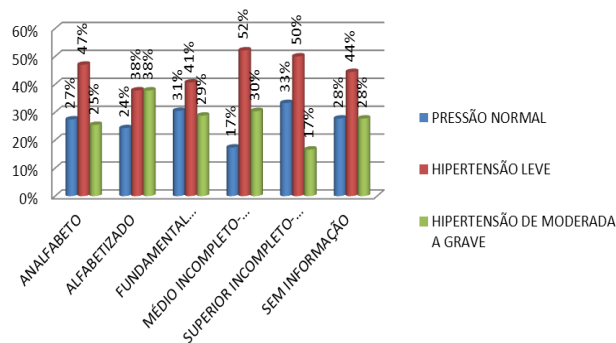
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a realização da pesquisa foi possível analisar 231 cadastros de hipertensos registrados nas

Unidades de Saúde da Família alvo do estudo citadas anteriormente na metodologia.

O primeiro dado observado diz respeito ao nível de escolaridade dos homens hipertensos, conforme dados da figura que segue:

Figura 01: Distribuição dos homens hipertensos de acordo com a classificação da Pressão Arterial e o Nível de Escolaridade.



Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a figura 01, dos hipertensos que encontram-se com a PA controlada, 33% destes possuem Ensino Superior Incompleto; dos acometidos por hipertensão leve 52% possuem Ensino Médio Incompleto; já dos que tinham hipertensão de moderada a grave, 38% eram apenas alfabetizado.

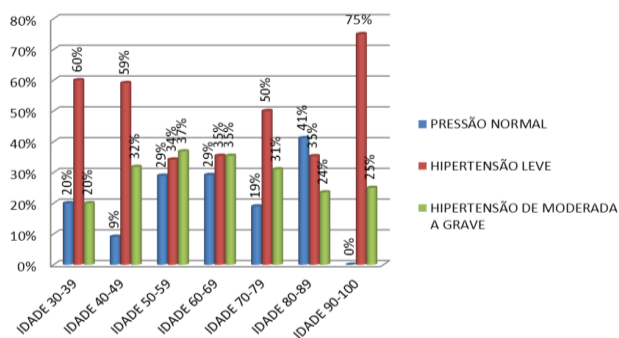
Observa-se nos dados uma associação entre o baixo grau de escolaridade com a maior incidência de hipertensão de moderada a grave, podendo dizer que nesse estudo a baixa escolaridade constituir em um predisponente para a exposição aos demais fatores de risco associados à HAS.

De acordo com estudo científico proposto por Cipullo et al. (2010), indivíduos com nível de escolaridade mais baixo apresentaram uma maior prevalência de hipertensão em todos os grupos etários. Já Costa et al. (2007), aponta que existe uma maior prevalência de hipertensão arterial em indivíduos com menos de 4 (quatro) anos de escolaridade, o que se deve, geralmente, a falta de conhecimento dos fatores de risco, bem como o déficit em prevenção

Interessante também se faz ressaltar que o hábito de fumar, um dos fatores de risco para a hipertensão arterial, é maior entre os homens de menor escolaridade. Bem como, a procura por serviços de saúde e pela prevenção primária a patologias é bem menos frequente neste grupo, conforme apontam Malta et al. (2011).

Na sequência, buscando ainda conhecer os fatores de risco para a hipertensão arterial, optou-se por analisar a idade, como um dos fatores não modificáveis, onde puderam ser observados os dados expostos na figura 02.

Figura 02: Distribuição dos homens hipertensos de acordo com a classificação da Pressão Arterial e a idade.



Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição dos sujeitos segundo o nível da pressão arterial e a idade, conforme a figura 2 demonstra que os níveis tensionais normais foram mais frequentes (41%) na faixa etária entre 80 e 89 anos; os com hipertensão leve (75%) estão entre 90 e 100 anos de idade; e dos que são acometidos por hipertensão de moderada a grave (37%) estão entre 50 e 59 anos.

Observa-se diante de tais dados, a grande prevalência de hipertensão leve, moderada e grave na população idosa, com idade entre 60 e 100 anos, e a este respeito, é importante também levar em consideração o grande aumento populacional de indivíduos nesta faixa etária, que ficam mais susceptíveis às doenças crônicas degenerativas e a instalação de políticas que favorece uma melhor qualidade de vida.

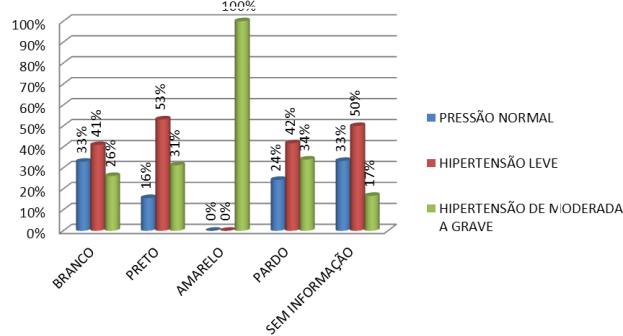
Estudos de Cipullo et al. (2010) também evidenciaram o mesmo achado, onde a prevalência da hipertensão aumentou progressivamente e significativamente com a idade até os 69 anos.

No Brasil, o índice de idosos passou de 6,2%, em 1960, para 13,9%, em 1991. De acordo com estimativas, este índice alcançará 106,8% em 2050, e conforme apontam Müller (2011).

Assim, como um processo dinâmico e progressivo, ao longo do envelhecimento ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Sua dimensão vai além do contexto biológico, e requer, portanto, atenção especial. Diante da situação, é preciso implementar ações em favor das populações que envelhecem, com políticas de caráter mais preventivo e menos curativo, mais promocional e menos assistencial, capazes de contribuir para a manutenção da qualidade de vida. Justifica-se, portanto, a necessidade de avaliar periodicamente os idosos, no intuito de detectar problemas de saúde e fatores de risco relacionados com as alterações cardiovasculares (MÜLLER et al., 2011).

Deste modo, sabendo que a idade constitui um fator de risco não modificável de grande importância no desencadeamento da HAS, cabe agora avaliar outros destes fatores de risco, e ainda dentre aqueles não modificáveis tem-se a raça/cor, onde nessa vertente foram obtidos os dados expostos na figura 03.

Figura 03: Distribuição dos homens hipertensos de acordo com a classificação da Pressão Arterial e a cor.



Fonte: dados da pesquisa.

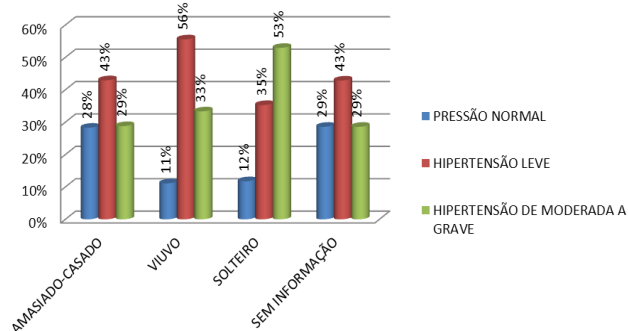
Tomando agora por base a cor dos sujeitos pesquisados o gráfico acima mostra que daqueles com pressão normal 33% são brancos e igualmente 33% não teve essa informação preenchida no HIPERDIA; naqueles com hipertensão leve observou-se uma frequência de 53% de cor negra; e dos com hipertensão moderada a grave, em sua totalidade são de cor amarela.

Os dados obtidos no estudo diferenciam-se na literatura internacional, que traz a raça negra, a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico como descrições sócio demográficas dos portadores de HAS, bem como de estudo realizado em Salvador – BA que também traz a referida evidência (LESSA, et al., 2004).

Observa-se, com preocupação, a grande prevalência no que tange a falta de informações concernentes aos dados, o que dificulta uma melhor caracterização quanto ao critério utilizado.

Além de tais fatores serem essenciais na compreensão dos fatores de risco para a hipertensão, é ainda necessário analisar a variável estado civil, onde diante das análises foram obtidos os dados da figura 04.

Figura 04: Distribuição dos homens hipertensos de acordo com a classificação da Pressão Arterial e o estado civil.



Fonte: dados da pesquisa.

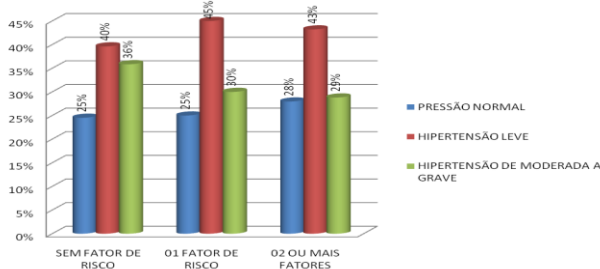
Tomando por base o estado civil dos sujeitos da pesquisa, é possível observar no gráfico 04 que, daqueles com pressão controlada 29% não apresentam informações referentes ao mesmo no HIPERDIA e 28% são amasiados ou casados; dos com hipertensão leve, 56% são viúvos; e daqueles com hipertensão de moderada a grave, 53% são solteiros.

Observa-se diante dos dados que existe uma maior incidência de hipertensos entre a população sem

companheiros, dentre estes os solteiros e viúvos. E, com relação a esta variável, estudo semelhante executado por Sawyer; Leite; Alexandrino (2002) onde o estado civil se mostrou associado à prevalência de hipertensão arterial, em que os indivíduos que se disseram viúvos ou separados apresentaram prevalências maiores quando comparados aos solteiros ou casados. Deste modo, os autores trazem que a presença de companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a uma maior possibilidade diagnóstica de hipertensão, o que justificaria o achado de maior prevalência de hipertensão nessas classes civis. O estado civil se associa também com a idade, que por sua vez se associa com a hipertensão arterial, isto é, as pessoas viúvas ou separadas são mais velhas e também têm mais hipertensão, de modo que estado civil se configura como variável de confusão.

Deste modo, em uma tentativa de melhor especificar a presença de HAS diante de fatores de risco, fez-se necessário quantificar tais dados, os quais na figura 05 pode-se observar uma associação entre HAS e quantidade de fatores de risco associados.

Figura 05: distribuição dos homens hipertensos de acordo com a classificação da Pressão Arterial e a quantidade de fatores de risco



Fonte: dados da pesquisa.

Assim, tomando por base a quantidade de fatores de risco, pode-se observar na figura 05 que dos que não apresentavam fatores de risco 40% são portadores de hipertensão leve, daqueles com um fator de risco 45% têm hipertensão leve, e dos que apresentam dois fatores ou mais, também 43% apresentam hipertensão leve.

Mesmo considerando, com base na literatura estudada, que os fatores de risco condicionam a uma maior prevalência de HAS, observam-se nos dados supracitados uma baixa associação da presença destes com a HAS.

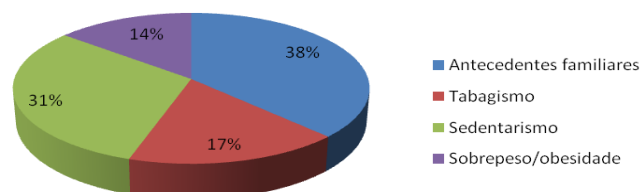
Estudos no Brasil evidenciam que a prevalência de hipertensão e os fatores de risco associados têm sido avaliados desde o fim da década de 70, com uma ampla variação entre os diferentes estudos. Essa disparidade provavelmente resulta da falta de padronização da metodologia e critérios de seleção dos indivíduos analisados. Outro possível fator é a grande heterogeneidade entre diferentes regiões do país, com áreas desenvolvidas e em desenvolvimento coexistindo. Além disso, os estudos disponíveis não analisaram completamente os vários fatores envolvidos na gênese da hipertensão, especialmente a associação entre a pressão arterial, excreção urinária de sódio e disfunção renal, conforme apontam Cipullo et al. (2010).

De acordo com Müller et al. (2011), entre os fatores de risco sobressaem a idade, o sexo, a raça, os antecedentes familiares, a hipertensão arterial, a obesidade, o estresse, a vida sedentária, o álcool, o tabaco, o uso de anticoncepcionais, a alimentação rica em sódio e gordura. E assim, HAS, obesidade, tabagismo, DM tipo 2 e sedentarismo contribuem isolada ou associadamente para o desenvolvimento do processo aterosclerótico, que se caracteriza como mecanismo central para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, responsável por 28% dos óbitos no Brasil.

Importante ainda salientar que embora as doenças cardiovasculares (DCV) tenham manifestação clínica na idade adulta, crescem as evidências de que os fatores de risco surgem cada vez mais cedo e se estendem às idades posteriores. Deste modo, a prevenção constituiu-se na estratégia mais eficaz. Dentre as medidas preventivas, verificar a prevalência de fatores de risco em idades precoces deve ser uma das prioridades, pois a aterogênese pode preceder em muitos anos suas manifestações clínicas, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Esses diagnósticos populacionais favorecem estratégias de promoção à saúde com ações que estimulem a manutenção e/ou adoção de hábitos saudáveis que, incorporados na adolescência, podem persistir até a idade adulta, conforme especificam Beck et al. (2011).

Deste modo, melhor especificando os fatores de risco para a HAS, tem-se uma descrição dos achados na figura 06.

Figura 06: Especificação dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis encontrados.



Fonte: dados da pesquisa.

Os dados da figura 06 revelam uma maior frequência dos antecedentes familiares, com 38%, como fator de risco para HAS, entretanto, dada a importância dos demais é importante descrever a incidência de 31% em sedentarismo, 17% em tabagismo e 14% no que tange ao sobrepeso e obesidade.

Dada a grande relevância de fatores de risco associados especialmente ao tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, deve-se considerar uma forte presença de todos estes no indivíduo do sexo masculino, onde historicamente, estes estão mais expostos a tais fatores.

Estudos de Araújo et al. (2008) trazem fortes evidências que a história familiar de hipertensão arterial é um dos maiores fatores na determinação dos níveis de pressão arterial. Ao estudarem a influência da hereditariedade na origem da hipertensão, alguns pesquisadores referem que os componentes de uma mesma família, além de partilharem entre si os genes,

compartilham também o mesmo ambiente cultural e doméstico.

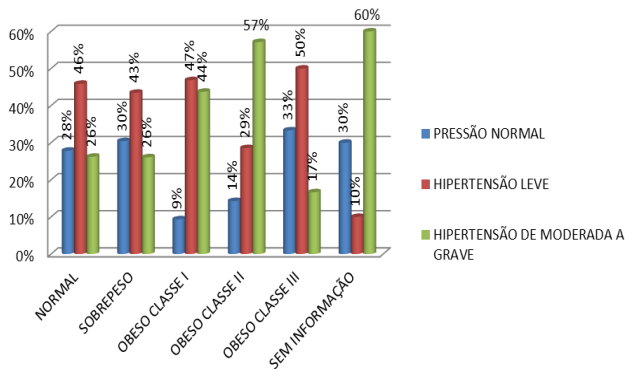
Já com relação ao sedentarismo, inúmeros estudos o trazem como especial fator de risco modificável para HAS, dentre estes destaca-se o de Jardim, et al. (2007) que o traz como um dos fatores de risco também complicador para prevenção e tratamento da HAS.

Com relação ao tabagismo, segundo Tarantino (2002), o tabaco presente no cigarro é o único agente que, não sendo bactéria nem vírus, adquiriu características epidêmicas devido aos malefícios que causa à saúde pública mundial, deste modo, o fumo constitui o maior tóxico que o ser humano introduz no organismo, onde tem-se cerca de 7.000 substâncias químicas, das quais 4.720 bem identificadas. Assim, em cada tragada, o tabagista inala cerca de 2.500 elementos.

Neste sentido, dados epidemiológicos apontam que o tabagismo por si só é responsável por 80% de todos os casos de bronquite crônica e enfisema, isto é, da doença pulmonar obstrutiva crônica (TARANTINO, 2002). Ainda nesse sentido, Hansel; Dintzis (2007) apontam que as principais doenças responsáveis pela alta mortalidade no tabagismo são, em ordem de frequência, coronariopatia, câncer do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Além dos fatores já estudados até o presente, um dos mais significativos para o desencadeamento da HAS é a obesidade, e neste sentido, fez-se necessário avaliar o IMC dos participantes, obtendo-se os seguintes dados:

Figura 07: Distribuição dos homens hipertensos de acordo com a classificação da Pressão Arterial e a classificação do IMC.



Fonte: dados da pesquisa.

A figura 07 traduz que 33% dos homens hipertensos com pressão normal apresentam obesidade classe III; 50% dos acometidos por hipertensão leve são também obesos em classe III; e 60% daqueles acometidos por hipertensão de moderada a grave não possuem tal informação, enquanto 57% destes são obesos em classe II.

Observa-se, portanto níveis mais elevados de HAS associados a obesidade, e a este respeito tem-se que o excesso de peso (sobrepeso/obesidade) ocasiona anormalidades na PA e no metabolismo dos lipídeos e da glicose e, conseqüentemente, predispõe às doenças cerebrovasculares. O impacto adverso do excesso de peso sobre os múltiplos fatores de risco cardiovascular requer prevenção primária já em idades precoces e, acrescido a estas evidências, estudos apontam que o excesso de peso

na adolescência tende a persistir na vida adulta (BECK, et al., 2011).

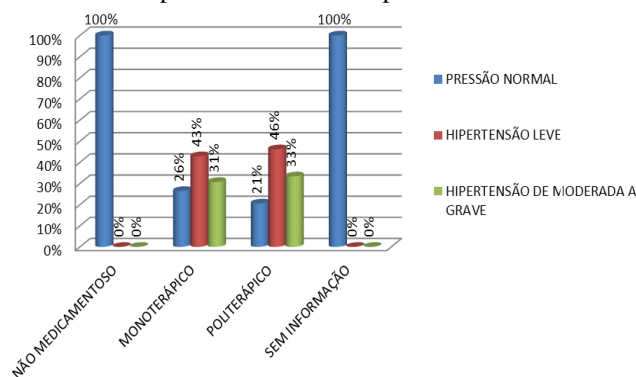
A prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou nas últimas décadas em praticamente todos os países do mundo, inclusive no Brasil. A mudança se deve ao desenvolvimento econômico mundial levando as alterações nos hábitos e estilos de vida, com consumo excessivo de alimentos ricos em gordura saturada associado aos baixos níveis de atividade física, o que aumenta o risco de doenças cardíacas e cerebrovasculares, hipertensão, diabetes, câncer e distúrbios musculoesqueléticos (MALTA, et al., 2011).

Ainda de acordo com os autores o padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida. De acordo com a OMS (2004), o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo. Ainda segundo a OMS, as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, também aumentam as doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração. Assim, a OMS preconizou na Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde a adoção de hábitos saudáveis, incluindo o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras.

Assim, Beck et al. (2011) resume ao afirmar que apesar de sua conhecida origem multifatorial, o excesso de peso é influenciado por uma alimentação pobre em nutrientes e rica em energia, aliada à inatividade física. Estes fatores apresentaram uma prevalência elevada na população estudada.

E, para finalizar o estudo, buscou-se avaliar o tipo de tratamento utilizado pelos hipertensos, onde foram obtidos os seguintes dados:

Gráfico 08: Distribuição dos homens hipertensos de acordo com a pressão arterial e o tipo de tratamento.



Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a figura 07, os sujeitos com pressão arterial normal não utilizam medicações, daqueles com hipertensão leve 46% realizam tratamento politerápico, e dos com hipertensão de moderada a grave 33% utilizam também o tratamento politerápico.

Estudos de Jardim et al. (2007) reconhecem que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do

aparecimento dos fatores de risco e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HAS, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos e torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência.

Deve-se considerar que a assistência aos hipertensos tem desafiado os profissionais de saúde no que se refere à consecução do controle dos níveis tensionais. De modo geral, percebe-se desmotivação do usuário frente às ações propostas pelos serviços, como atividades educativas e atividades físicas. Quando participam das mesmas, esta ação é considerada pequena em relação ao número de cadastrados nas unidades de saúde (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2011).

Assim, importante ressaltar que a taxa de controle da hipertensão arterial permanece subótima apesar dos amplos e intensos programas institucionais e o número das novas medicações. A combinação de drogas de diferentes mecanismos de ação vem se tornando uma alternativa para aumentar a redução na PA e aumentar seu controle, aumentar aderência ao tratamento e reduzir os eventos adversos (WILLE, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma patologia que traz, nos dias atuais, grandes preocupações, diante de sua grande prevalência, chegando a ser considerada uma “epidemia global”, que vem sendo causadora de grande morbidade e mortalidade na população brasileira. A principal questão a ser evidenciada é a exposição aos diversos fatores de risco, que condicionam o aparecimento da patologia, como os antecedentes familiares, tabagismo, dislipidemias, e, especialmente o sedentarismo e a nutrição inadequada.

A HAS acomete tanto mulheres como homens, sendo mais prevalente neste último grupo, fato que pode se justificar pela maior exposição aos fatores de riscos, principalmente quando nos remetemos ao tabagismo e etilismo, vícios que ganham grande relevância no cotidiano deste gênero sexual, e por buscarem menos os serviços de saúde para ações preventivas, mesmo existindo para isso políticas públicas que o amparem.

É imprescindível que se busque nos serviços o que pode estar mantendo os homens tão afastados dos mesmos, e desta forma cabe, aos profissionais da atenção básica buscarem estratégias que os captem precocemente, além de estabelecer ações que os estimulem a frequentar mais os serviços, não só pela necessidade de tratamento, mas também para a prevenção de outros agravos, utilizando como instrumento, bastante incentivado na prevenção primária, a educação em saúde, que aplicada corretamente promove a transformação do cidadão.

Dentro do processo de organização de serviço, o HIPERDIA como instrumento de acompanhamento e avaliação do portador de hipertensão, sendo bem preenchido e atualizado permanentemente, oferece subsídios para traçar um perfil do sucesso ou não das ações do programa de controle de hipertensão pelas Equipes de Saúde da Família, constituindo-se um instrumento de reformulação de conceitos e do planejamento de atividades direcionadas a população.

Mesmo se conhecendo a importância do HIPERDIA, chama-se a atenção para o fato da grande incidência de questões não respondidas, deixadas de ser preenchidas pelo profissional que realizou o cadastro do usuário hipertenso, fazendo com que as informações obtidas no presente trabalho, diminuam um pouco o impacto da representatividade estatística da população estudada, e servir de referência para definição da população total.

A ausência de informações impossibilita a construção de um diagnóstico preciso das condições de saúde da população, o que pode vir a trazer graves prejuízos, seja pela impossibilidade de objetivar ações direcionadas, ou mesmo pela imprecisão na distribuição de subsídios relativos ao tratamento desses pacientes, como por exemplo, a disponibilização das medicações básicas.

Cabe, portanto, aos profissionais envolvidos com o acompanhamento dos hipertensos pelo HIPERDIA, ser mais rigorosos no que tange ao preenchimento correto dos formulários, para assim poder, com um banco de dados atualizados, e avaliados continuamente traçar ações para uma assistência de qualidade, em especial na atenção básica, onde o profissional, a partir da vinculação com o usuário, poderá transformá-lo em corresponsável pelo seu tratamento, através da conscientização, e com isso possibilitar a redução da morbimortalidade pela HAS.

A partir das informações disponibilizadas na ficha de cadastro do HIPERDIA observou-se, que a grande maioria dos hipertensos, classificados de acordo com os níveis pressóricos em moderado a grave, possuem baixo grau de escolaridade, o que pode aparecer como uma justificativa para o não controle da pressão, uma vez que a baixa escolaridade traz uma menor compreensão às informações repassadas, e este é um fator relevante no que concerne ao déficit de conhecimentos básicos para formulação de conceitos de saúde e vida saudável.

O grupo estudado na sua maioria se encontra na faixa etária entre 60 e 100 anos de idade, e raça/cor predominantemente amarela ou preta. Assim, com relação à idade, é notório um aumento crescente da HAS com o progredir da idade, seja pela exposição prolongada aos fatores de risco ou mesmo aos fatores inerentes ao próprio envelhecimento e mudança corporal. E, com relação a raça/cor, nossa realidade difere em parte da literatura científica que traz a cor negra como fator de risco para HAS, e consequentemente um maior número nesta categoria.

Já com relação ao estado civil, nota-se que a grande maioria são solitários, viúvos ou solteiros. Tais dados conduzem-nos a observar que o estado de espírito é um fator relevante no acometimento por HAS, haja vista que a solidão, por si só, na maioria dos casos, condiciona o indivíduo a depressão e sofrimento. É importante salientar que a presença de um companheiro serve de estímulo para continuidade do tratamento e prática que leva a melhoria na qualidade de vida.

Especificamente, em se tratando dos fatores de risco, observou-se que dos indivíduos com hipertensão arterial moderada a grave apresentam, pelo menos, um fator de risco associado, e dentre tais fatores, viu-se uma

maior prevalência de antecedentes familiares e sedentarismo. O sedentarismo, em si, pode ser considerado responsável pela obesidade, que é vista, no estudo como uma forte influência para o desenvolvimento da HAS, o que traz grande preocupação por evidenciar um déficit no que concerne a prevenção primária, que deveria ser executada de forma ampla pelas Unidades de Saúde da Família, com o incentivo às práticas de atividade física, utilizando como parceiro o Núcleo de Apoio à Saúde da Família que tem uma assistência multidisciplinar, contanto em sua equipe com educador físico, pra estimular a população a desenvolver tal hábito.

A prevenção deve atuar de forma a tentar minimizar a prevalência de HAS, deste modo, acredita-se ser a educação em saúde o ponto crucial para conseguir alcançar tal objetivo. Cabe, assim, a equipe atuante, especialmente a da atenção primária a saúde, com o conhecimento da caracterização das pessoas residentes em suas áreas de atuação, mediante utilização dos Sistemas de Informação em Saúde, reconhecer as áreas de risco, e trabalhar de forma efetiva com a referida população.

E, com relação ao tratamento, observou-se que dos sujeitos com hipertensão leve, moderada a grave, a maioria é tratado por meio de politerapia, ou seja, quando uma só terapêutica não se faz mais eficaz na redução da PA. O que pode ser resultado de um manejo inicial inadequado, ou mesmo de um tratamento medicamentoso inicialmente ineficaz, seja pela não adesão a dieta terapêutica ou mesmo pela presença dos fatores de risco associados, fato que vem a evidenciar, mais uma vez, o déficit relativo a prevenção primária, e aos agravos relacionados a HAS.

Por fim fica claro a necessidade de treinamentos/oficinas, onde possa ser evidenciado para os profissionais, através de um processo de sensibilização, a importância de se der dados confiáveis, para a formulação do planejamento e a construção de estratégias, que sendo aplicadas seja favorável a organização dos serviços de saúde e a melhoria na qualidade de vida da população.

Este trabalho não encerra as discussões acerca do acompanhamento, tratamento e prevenção da HAS no contexto da APS e da utilização do HIPERDIA como subsídio na realização de ações direcionadas, mais estabelece um desafio a ser continuado, como um estímulo para que os profissionais de saúde repensem as suas práticas e a condução das políticas de controle da HA.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G.B.S.; PAZ, E.P.A.; SILVA, G.A.S. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. *Acta Paul Enferm* 2011;24(4):459-65.
- ARAÚJO, T.L.; et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. *Rev Esc Enferm USP.*, 2008; 42(1):120-6.
- BECK, C.C. Et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(1): 36-49.

- CIPPULO, J.P. Et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92(1): 42-49.
- COSTA, J.S.D. Et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1) : 59-65.
- GELEILETE, T. J. M.; COELHO, E. B.; NOBRE, F. Medidas Casual e Residencial da Pressão Arterial. *Tratado de Cardiologia SOCESP.* São Paulo: Manole, 2008.
- HANSEL, D. E.; DINTZIS, R. Z. *Fundamentos de Rubin: Patologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- JARDIM, P.C.B.V.; Et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4) : 452-457.
- LESSA, I. Et al. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 16(2), 2004.
- MALTA, D.C. Et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):2011-2022, 2011.
- MONTEIRO, A.B.; ANDRADE, R.F. Política nacional de atenção integral a saúde do homem: um enfoque no Estado do Amapá. *PRACS: Revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP Macapá*, n. 3, p. 231-234, dez. 2010.
- MORAES, V. Políticas pública e longevidade humana: tecendo desafios no centro de referência da cidadania do idoso – CRECI. *Revista Portal de Divulgação*, n.10, Maio 2011 - <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>.
- MÜLLER, C.L. Et al. Fatores de risco cardiovascular e qualidade de vida de idosos: um estudo preliminar. *Revista da Graduação Vol. 4 No. 1* 2011.
- OHARA, E.C.C.; Et al. Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.
- Organização Mundial da Saúde. *Estratégia global sobre dieta, atividade física e saúde.* Genebra: OMS; 2004. Número do Documento: WHA57.17.
- SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2002; 71: 757-76.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.* Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

SOUZA, B.S. Et al. Grupo de HIPERDIA: educando para vida. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):401-404.

TARANTINO, A. B. Doenças pulmonares. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VIEIRA, J.G.S. Metodologia de pesquisa científica na prática. Curitiba: editora Fael, 2010.

WILLE, O. Combinação de drogas para o tratamento da hipertensão arterial: estratégia para um melhor controle pressórico. Rev. de Saúde. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 83 p. tab.