

Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA

Profile of hypertensive patients from Family Health Unit of Cidade Nova 8, city of Ananindeua-Pará, Brazil

Perfil de hipertensos en la Unidad de Salud Familiar Cidade Nova 8, ciudad de Ananindeua-Pará, Brasil

Leidian Coelho de Freitas^{1*}, Gizele Moreira Rodrigues², Fernando Costa Araújo³, Elias Bruno Santana Falcon⁴, Narjara Fontes Xavier⁵, Edna Lamar da Costa Lemos⁶, Carla Andréa Avelar Pires⁷

Palavras-chave:
Hipertensão
Atenção Primária à Saúde
Programa Saúde da Família
Fatores de Risco
Epidemiologia

Keywords:
Hypertension
Primary Health Care
Family Health Program
Risk Factors
Epidemiology

Resumo

A Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública pela sua alta prevalência e morbimortalidade. Neste sentido, medidas preventivas e corretivas são essenciais para o controle de agravos. Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Ananindeua, Pará. O estudo foi do tipo observacional, transversal, descritivo e de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário em visitas domiciliares. A amostra foi de 124 hipertensos, sendo 70,16% idosos (idade média de 64,9 anos); 66,13% mulheres; 54,84% casados; 77,42% pardos; 39,52% possuem o ensino fundamental incompleto; 34,68% pertencem à segmentação econômica C2, equivalente a R\$ 933,00; 34,68% estavam com a pressão controlada. Entre os problemas de saúde relatados, destacam-se inchaço/dores nas pernas (41,13%); diabetes (33,06%); dislipidemia (33,06%). O IMC médio foi de 27,84, e observou-se associação significativa entre tabagismo e aumento dos níveis de pressão arterial. Os resultados sugerem a necessidade de se implementar ações de promoção à saúde, direcionadas para a educação na prevenção dos fatores de risco.

Abstract

Hypertension is a major public health problem due to its high prevalence and morbidity and mortality, therefore, preventive and corrective measures are essential to avoid disease aggravation. This study aimed to characterize the clinical and epidemiological profile of hypertensive patients registered in a Family Health Unit in Ananindeua, State of Para. This is an observational, transversal, descriptive and quantitative study. Data collection was performed by conducting a questionnaire at home visits. The sample comprised 124 hypertensive patients: 70.16% were elderly (mean age 64.9 years), 66.13% were women; 54.84%, married; 77.42%, African descent; 39.52% had incomplete elementary education; 34.68% belonged to the C-2 economic segmentation, equivalent to a R\$ 933,00 monthly income; 34.68% had blood pressure under control. Among the health problems reported, the following were emphasized: swelling / leg pain (41.13%), diabetes (33.06%), and dyslipidemia (33.06%). The average BMI was 27.84, and there was a significant association between smoking and increased levels of blood pressure. The results suggest the need to implement health promotion actions directed to the education in the prevention of risk factors.

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA). leidecoelho@gmail.com

² Universidade Federal do Pará (UFPA). gizelhi_rodrigues@hotmail.com

³ Universidade Federal do Pará (UFPA). fernando.stm@hotmail.com

⁴ Universidade Federal do Pará (UFPA). brunofalcon123@hotmail.com

⁵ Universidade Federal do Pará (UFPA). nanah.fontes@hotmail.com

⁶ Prefeitura Municipal de Ananindeua, Pará, Brasil. edna.lamar@hotmail.com

⁷ Universidade Federal do Pará (UFPA). carlaavelarpires@bol.com.br

*Autor correspondente.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Recebido em: 20/06/2011

Aprovado em: 18/01/2012

Palabras clave:
Hipertensión
Atención Primaria de Salud
Programa de Salud Familiar
Factores de Riesgo
Epidemiología

Resumen

La hipertensión arterial es un grave problema de salud pública por su elevada prevalencia de morbilidad y mortalidad. En este sentido, las medidas preventivas y correctivas son esenciales para el control de enfermedades. Este estudio tuvo por objetivo caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes hipertensos inscritos en una Unidad de Salud de la Familia de Ananindeua, Pará. El estudio fue del tipo observacional, transversal, descriptivo y cuantitativo. La recopilación de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario en las visitas a domicilio. La muestra consistió de 124 pacientes hipertensos, siendo 70,16% de edad avanzada (edad media 64,9 años); mujeres 66,13%; 54,84% casados; 77,42% marrón, 39,52% tenían educación primaria incompleta, 34,68% pertenecen a la segmentación económica C2, equivalente a R\$ 933,00, 34,68% estaban con la presión controlada. Entre los problemas de salud reportados, se destacan la hinchazón/dolor en las piernas (41,13%), diabetes (33,06%), dislipidemia (33,06%). El IMC promedio fue de 27,84, y se observó una asociación significativa entre el tabaquismo y aumento de los niveles de presión arterial. Los resultados sugieren la necesidad de implementar acciones de promoción de la salud, dirigidos a la educación en la prevención de factores de riesgo.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um importante problema de saúde pública, com alta prevalência e baixas taxas de controle. Atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil¹. Sua expressiva prevalência tem grande impacto nas alarmantes taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, bem como é responsável por alta frequência de internações, com custos médicos e socioeconômicos elevados².

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Atualmente, a linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg. O diagnóstico deve ser validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões^{1,3}.

O tratamento anti-hipertensivo consiste basicamente na terapia medicamentosa e não medicamentosa, tendo como objetivo principal a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares³. O tratamento não farmacológico, caracterizado por mudanças no estilo de vida, compreende principalmente o controle do peso, padrão alimentar adequado, prática de atividade física, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool^{1,4}.

No contexto da organização da atenção primária, o Ministério da Saúde implantou o sistema HIPERDIA, desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a estes pacientes^{5,6}.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona acompanhamento longitudinal e atenção integral à saúde dos hipertensos, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade⁷. A ESF, através de equipes interdisciplinares, implanta estratégias de atuação, adoção de políticas públicas,

atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde, interferindo positivamente no acesso e na adesão ao tratamento⁵.

O município de Ananindeua pertence à Mesorregião Metropolitana de Belém, apresenta população estimada de 456.316 habitantes (ano de 2010) e Taxa de Urbanização de 99,76. O índice de Desenvolvimento Humano é de 0,782 (Médio-Alto). Apresenta uma cobertura total de 41 Centros de Saúde públicos (Unidades Básicas de Saúde-UBS/Programa Saúde da Família-PSF) com cadastro no SIASUS 2009⁸.

Dada a escassez de estudos no âmbito Atenção Básica em quaisquer Unidades de Saúde do referido município, o presente estudo se justifica em conhecer o perfil epidemiológico da HAS com vistas ao planejamento de ações que venham configurar a realidade vivenciada, facilitando a atuação e eficácia da equipe da Saúde da Família, possibilitando a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos hipertensos assistidos na Unidade da Saúde da Família (USF) Cidade Nova 8, município de Ananindeua, Pará.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, observacional, de natureza quantitativa, realizado no período de junho de 2010 a Fevereiro de 2011. A amostra foi composta por 124 adultos e/ou idosos hipertensos, sendo critérios de inclusão: ser hipertenso, cadastrado no Sistema HIPERDIA e assistidos pela USF - Cidade Nova 8, município de Ananindeua, Pará. Foram excluídos do estudo 22 hipertensos: 8 por mudança de endereço, deixando de fazer parte da área de abrangência da USF; 10 por óbito; e 4 por não possuírem histórico qualquer de HAS. Observaram-se 4 perdas por não terem sido localizados em suas residências após 5 visitas domiciliares.

Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado aplicado em visitas domiciliares, o qual era composto das seguintes variáveis: gênero, idade, estado civil, escolaridade, raça e renda/classe social, tempo de diagnóstico, situação de saúde autorreferida e estilo de vida. Foram aferidas as seguintes medidas: peso, estatura, circunferência da cintura (CC), e PA. A PA foi aferida duas vezes, com intervalo de 20 minutos entre a primeira e a segunda aferição, em seguida foi feita a média das medidas.

Para os critérios de classificação do estado nutricional por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizaram-se os valores de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) para adultos e idosos^{9,10}. Quanto à avaliação da prática de atividade física, seguiram-se as normas das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹.

Para avaliar obesidade e risco para diabetes e doença cardiovascular, utilizou-se a associação combinada das medidas da circunferência da cintura e IMC proposta pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)¹¹.

Para identificar a segmentação econômica dos hipertensos estudados, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-CCBE). O CCBE confere pontos em função de cada característica domiciliar (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) e totaliza esses pontos. Em seguida, é feita uma correspondência entre faixas de pontuação do critério, distribuindo as pontuações em classificação econômica definida por A1 - R\$ 14.366,00 (46-42 pontos); A2 - R\$ 8.099,00 (41-35 pontos); B1 - R\$ 4.558,00 (34-29 pontos); B2 - R\$ 2.327,00 (28-23 pontos); C1 - R\$ 1.391,00 (18-22 pontos); C2 - R\$ 933,00 (17-14 pontos); D - R\$ 618,00 (13-8 pontos); e E - R\$ 403,00 (7-0 ponto)¹².

Para a realização deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde¹³. O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, e foi aprovado sob parecer favorável de nº 100/10. Foi anexado junto ao questionário um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido e assinado pelo participante da pesquisa ou pelo seu responsável, autorizando a entrevista.

Os dados obtidos foram arquivados em um banco de dados, utilizando o programa Microsoft Excel® e, em seguida, receberam tratamento estatístico com o uso do programa BioEstat® versão 5.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados e, em seguida, se procedeu à análise estatística inferencial. Aplicou-se o teste χ^2 -quadrado para

as variáveis qualitativas e o teste *t* de Student e Análise de variância (ANOVA), seguida pelo teste de Tukey para variáveis quantitativas. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

A USF Cidade Nova 8 provê atendimento em saúde a uma população de 4000 indivíduos, dentre os quais 150 são cadastrados e acompanhados pelo programa HiperDia. Desta população previamente identificados no Sistema HiperDia, participaram da pesquisa 124 adultos e/ou idosos hipertensos.

Através dos dados obtidos na pesquisa descreve-se um grupo de 29,84% adultos e de 70,16% idosos, com média de idade variando entre 34 e 99 ($64,9 \pm 11,1$) anos, sendo a maioria, 66,13%, do sexo feminino.

No que se refere ao tempo de diagnóstico da HAS, observou-se que, dentre os pacientes, 1,61% relataram ter hipertensão diagnosticada entre 3 e 11 meses; 21,77% tinham seu diagnóstico entre 1 e 4 anos; 29,03% entre 5 e 9 anos; e 47,58% já tinham o diagnóstico há mais de 10 anos.

A média da Pressão Arterial Sistólica (PAS) para o total da amostra foi de ($145 \pm 20,1$) mmHg, variando entre 90 e 200 mmHg; enquanto a média da Pressão Arterial diastólica (PAD) foi de ($85,6 \pm 11,8$) mmHg, variando entre 60 e 130 mmHg. Quanto ao estágio em que suas pressões se encontravam no momento da entrevista, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹, 34,68% dos hipertensos estavam com PA controlada; 40,32%, no estágio 1; 17,74%, no estágio 2; e 7,26% estavam com a PA no estágio 3 de hipertensão arterial. Dentre os pacientes com PA controlada, 41,86% eram do sexo masculino e 58,14% do sexo feminino.

A variável PA foi estratificada em quatro níveis: PA controlada ($<140/90$), estágio 1 ($140-159/90-99$) mmHg, estágio 2 ($160-179/100-109$) mmHg e estágio 3 ($\geq 180/\geq 110$) mmHg. A Tabela 1 apresenta a distribuição e a relação da PA dos indivíduos com o gênero, idade, estado civil, grau de escolaridade, raça e classe econômica.

Segundo os valores do IMC, 10,48% apresentam baixo peso; 33,06%, peso normal; 44,35%, sobrepeso; e 12,10%, obesidade.

No que se refere à relação da CC e o risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens e mulheres, observou-se que dentre os homens 35,71% não apresentam risco; 35,71%, risco aumentado; 28,57%, risco aumentado substancialmente. Já entre as mulheres, 10,98% não apresentam

risco; 12,20%, risco aumentado; e 76,83%, risco aumentado substancialmente.

Em relação à situação de saúde autorreferida pelos hipertensos, 33,06% referiram *Diabetes Mellitus* (DM); 9,68%, doença renal; 21,77%, cardiopatia; 22,58%, depressão; 33,06%, dislipidemia e 41,13%, inchaço/dores nas pernas; 6,45% tiveram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 24,19% Acidente Vascular Encefálico (AVE); 37,10% referiram ter casos de IAM e/ou AVE na família, considerando: homens <55 anos e mulheres <65 anos; e 62,10% referiram ocorrência de DM e/ou HAS na família.

No diz respeito à alimentação, 83,87% referiram alguma modificação na dieta. A associação entre a dieta e as medidas (IMC, PA e CC) não mostrou significância. Porém percebeu-se correlação dos níveis de consumo de sal e gordura com os de PA (p-valor $\leq 0,05$).

Com relação à prática de atividade física, 14,52% hipertensos referiram praticar algum tipo de atividade física. Quando associada a medidas Antropométricas e hemodinâmicas (IMC, PAS e PAD), não exerceu influência estatisticamente significativa. Foi encontrada associação entre a prática de atividade física e a CC (p-valor 0,041), e, em relação ao gênero, a prática de atividade exerceu mais influência nas mulheres que nos homens.

Dentre as medidas não farmacológicas, observou-se que o consumo de bebidas alcoólicas não influenciou a PA de forma significativa. A frequência da ingestão de bebida alcoólica foi de 31,45% entre os hipertensos.

A seguir, na Tabela 2, demonstra-se a associação entre o tabagismo e as medidas (IMC, PAS, PAD e CC). De maneira que a variável tabagismo exerce influência estatisticamente significativa sobre os valores de IMC, PAS e PAD. Já sua associação com a variável CC não se mostrou significativa.

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e o perfil clínico dos pacientes cadastrados no sistema HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, Ananindeua-PA, 2011.

Variáveis	Características da amostra								Valor de p
	Normotensos		Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Gênero									
Masculino	18	41,86	15	30,00	5	22,73	4	44,44	0,358
Feminino	25	58,14	35	70,00	17	77,27	5	55,56	
Idade (anos)									
18-39	1	2,33	-	-	-	-	-	-	0,249
40-59	11	25,58	15	30,00	9	40,91	1	11,11	
>60	31	72,09	35	70,00	13	59,09	8	88,89	
Estado civil									
Solteiro	10	23,26	2	4,00	5	22,73	2	22,22	0,106
Casado	19	44,19	32	64,00	12	54,55	5	55,56	
Divorciado	4	9,30	10	20,00	2	9,09	-	-	
Viúvo	10	23,26	6	12,00	3	13,64	2	22,22	
Escolaridade									
Analfabeto	2	4,65	2	4,00	2	8,33	1	11,11	0,627
Fund. Incompleto	17	39,53	17	34,00	6	25,0	5	55,56	
Fund. compl.	9	20,93	10	20,00	2	8,33	1	11,11	
Ens. médio inc.	5	11,63	7	14,00	4	16,67	-	-	
Ens. médio compl.	10	23,26	11	22,00	7	29,17	2	22,22	
Superior compl.	-	-	3	6,00	3	12,50	-	-	
Raça									
Pardo	38	88,37	38	76,00	15	68,18	5	55,56	0,698
Negro	4	9,30	7	14,00	4	18,18	1	11,11	
Branco	1	2,33	5	10,00	3	13,64	3	33,33	
Classes/renda familiar									
B1-4.558	2	4,65	3	6,00	3	13,64	-	-	0,707
B2-2.327	7	16,28	2	4,00	5	22,73	1	11,11	
C1-1.391	7	16,28	24	48,00	4	18,18	5	55,56	
C2-933	17	39,53	17	34,00	7	31,82	2	22,22	
D-618	10	23,26	4	8,00	3	13,64	1	11,11	

Teste de χ^2 , (p < 0,05) considerado significativo.

Tabela 2. Associação entre tabagismo, medidas antropométricas e hemodinâmicas em pacientes hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, Ananindeua – PA, 2011.

Variável	Tabagismo	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	p-valor
1	Sim	9	19,17	33,78	25,36	5,00	0,027
	Não	65	19,09	44,03	27,85	5,55	
	Ex-tabagista	50	18,31	46,86	28,27	5,71	
	Total	124	18,31	46,86	27,84	5,58	
2	Sim	9	125	165	148	11,73	0,041
	Não	65	90	200	147	21,40	
	Ex-tabagista	50	90	195	142	19,35	
	Total	124	90	200	145	20,06	
3	Sim	9	75	100	88,33	10,00	0,036
	Não	65	60	130	86,62	12,57	
	Ex-tabagista	50	60	110	83,90	10,94	
	Total	124	60	130	85,65	11,77	
4	Sim	9	77	109	94,72	11,21	0,736
	Não	65	43	140	95,52	15,16	
	Ex-tabagista	50	50	116	93,34	14,76	
	Total	124	43	140	94,58	14,69	

Teste *t* de Student e análise de variância (ANOVA). 1) IMC: Índice de Massa Corporal. 2) MPAS: Média da Pressão Arterial Sistólica. 3) MPAD: Média da Pressão Arterial Diastólica. 4) CC: Circunferência da Cintura.

Discussão

Observou-se maior prevalência de hipertensos idosos (70,16%) na amostra estudada, índice considerado compatível com outros achados da literatura¹⁴⁻¹⁶. Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostras de domicílios (PNAD) demonstrou que a HAS é a doença mais (43,9%) relatada entre os idosos¹⁷, o que evidencia a frequência de acometimento desta doença crônica na população idosa brasileira.

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, e esse grupo etário apresenta maior risco para evento cardiovascular (CV), na relação dos níveis de PA e, por conseguinte, na mortalidade¹. Uma metanálise realizada com 61 estudos prospectivos observacionais que prestigiam indivíduos adultos sem doença vascular prévia evidenciou que o risco CV já começa a partir da PA 115 × 75 mmHg em qualquer faixa etária, mas esse risco aumenta significativamente com o envelhecimento¹⁸, o que aponta a necessidade de efetivação de políticas em saúde que melhorem a observância ao controle da doença crônica em idosos.

Revelou-se maior prevalência de hipertensos do sexo feminino (66,13%). Este dado é um achado compatível com outros estudos realizados com hipertensos em diversos serviços (UBS/PSF) do Brasil: 68%, na cidade de Belém, Pará¹⁴; 64,1%,

na cidade de Vitória, Espírito Santo¹⁵; 67,9%, na cidade de São Paulo¹⁹; 84,4%, na cidade de Salvador, Bahia¹⁶. Apesar de as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão apontarem que a prevalência de HAS é 38,5% nos homens e 30% nas mulheres¹, acredita-se que essa predominância do gênero feminino nos estudos supracitados possa sugerir uma maior preocupação das mulheres com sua própria saúde ou ainda uma maior acessibilidade destas aos serviços de saúde, de modo que este pode se relacionar à existência de um maior número de programas de saúde nas UBS direcionados às mulheres quando comparado aos para homens, acrescido ao fato de que, na maioria das vezes, são as mulheres que acompanham as crianças aos serviços de saúde, facilitando assim o acesso às atividades e às equipes de saúde¹⁶.

A PA mostrou-se na maior parte da amostra (75%) entre controlada e estágio 1, sendo que quanto maior o estágio da HAS menor foi o número de indivíduos encontrados. Resultado semelhante foi encontrado num estudo com 100 hipertensos no município de Belém, Pará¹⁴.

Dentre os entrevistados normotensos, a maioria declarou ser casado. Para pessoas em união estável, o envolvimento do cônjuge é componente facilitador para a adesão ao tratamento, contribuindo desta forma para o controle da PA. Em um estudo com 200 hipertensos realizado em Maceió - AL, 98% dos hipertensos casados apresentavam PA controlada e, entre os solteiros, a frequência de controle correspondeu a 79%⁵.

Em relação à classe econômica a que pertenciam, a maioria dos entrevistados foi classificada como pertencente à classe econômica C2, que corresponde a uma renda família de R\$ 933,00 mensal. Em se tratando de uma população de baixa renda, a necessidade de comprar os medicamentos pode interferir negativamente no orçamento doméstico e, assim, ser um fator de não adesão ao tratamento¹⁻⁵. Entretanto, não houve associação entre a renda familiar e o controle da PA neste estudo.

No Brasil, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade¹. A baixa escolaridade entre hipertensos tem sido identificada em vários estudos, inclusive constituindo fator que dificulta um controle eficaz da PA^{3,5,20}. Na amostra, evidenciou-se que os usuários em sua maioria estudaram no máximo até oito anos, porém não houve associação significativa entre o controle da HAS e a escolaridade.

Segundo o IMC, 56,45% dos hipertensos estavam com o peso acima da normalidade, sendo este grupo mais predisposto a adquirir doenças cardiovasculares. A redução do peso reduz aproximadamente o nível da PAS em torno de 5 mmHg, podendo atingir até 20 mmHg para cada 10 kg de peso perdido. Independente do valor do IMC, a obesidade androide ou central é um fator preditivo de

doença cardiovascular²¹. No presente estudo, as mulheres apresentaram maior risco de complicações metabólicas associadas com obesidade androide.

Os fatores de risco cardiovascular mais referidos pelos hipertensos foram: História familiar prematura de doença cardiovascular: homens <55 anos e mulheres <65 anos, 37,10%; Diabetes melito, 33,06% e Dislipidemias 33,06%. Em um estudo semelhante com 385 hipertensos, 30,9% apresentavam história familiar de DCV; 28,6%, hipercolesterolemia; e 22,9%, diabetes autorreferidos²⁰. A elevada prevalência desses fatores de risco reforça a importância de controlá-los através de medidas de promoção e proteção à saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento adequado.

A dieta desempenha um papel importante no controle da HAS. Preconiza-se uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 g de cloreto de sódio) baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol⁴. Neste estudo, observou-se que os hipertensos que restringiam o consumo de sal e gordura apresentaram valores pressóricos menores que os demais.

É interessante observar que apenas 14,52% dos indivíduos referiram praticar atividade física regularmente, valor considerado baixo quando comparado a estudos anteriores que relatam a prática de atividade física entre 22,6 e 38,8% dos hipertensos^{3,7,14,15,17,19}.

Cerca de um terço dos hipertensos afirmaram consumir bebidas alcoólicas, estando esse valor acima dos encontrados nas literaturas pesquisadas^{14,15,20}. Porém o consumo não teve influência estatisticamente significativa sobre as pressões. A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e o seu consumo excessivo pode causar resistência à ação anti-hipertensiva de alguns medicamentos^{1,21}.

A prevalência do tabagismo foi de 7,25% entre os entrevistados. Os hipertensos tabagistas apresentaram valores pressóricos mais elevados do que os não tabagistas, havendo associação significativa entre o tabagismo e a elevação da PA. Um estudo semelhante com 334 hipertensos constatou que o comportamento em relação ao hábito de fumar cigarros influenciou a pressão arterial média de forma significativa¹⁵. Na literatura estudada, a prevalência do tabagismo varia de 13-17%^{15,19,20,22}. Vale ressaltar que o cigarro provoca aumento da pressão arterial através da nicotina. Nos fumantes regulares, o tabagismo causa aumento da pressão sanguínea, que geralmente está elevada entre 6 e 16%. Em certos fumantes, ao final de um dia, tendo fumado 20 cigarros, a pressão diastólica eleva-se 17% e a frequência cardíaca 34%²³.

Conclusão

O perfil dos hipertensos cadastrados da Unidade de Saúde da Família avaliada é caracterizado em sua maioria por mulheres, cor parda, idade >60 anos, casadas, baixa escolaridade, renda familiar baixa, na faixa de sobrepeso ou obesidade, com risco de complicações metabólicas muito aumentado, dieta controlada, não etilista, ex-tabagista e não tabagista, história familiar prematura de doenças cardiovascular, portador de diabetes e dislipidemias, hipertensos a mais de 5 anos e PA entre controlada a estágio 1.

Esses dados sugerem a necessidade de implementar ações de promoção à saúde, direcionadas para a educação e prática na prevenção dos fatores de risco, proporcionando uma melhor qualidade de vida à população. Neste contexto, salienta-se a importância da equipe multiprofissional no controle da HAS e na prevenção das complicações crônicas.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1): 1-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>
2. Magalhães MEC, Brandão AA, Pozzan R, Campana EMG, Fonseca FL, Pizzi OL, et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17(2):93-97.
3. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30 (1): 27-32. PMID:19653552.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.
5. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17(3): 132-139.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistemas de Informação HIPERDIA [online] [acesso em 2001 Ago 22]. Disponível em: <http://www.2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>
7. Sales CM, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2):157-63.
8. Pacheco JJ, Palheta MOV, Costa Junior RMF, Costa SV, Tostes WS. Estatística Municipal: Ananindeua. Governo do Estado do Pará [online]. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Finanças, 2011 [acesso em 2001 Out 25]. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/georeferenciamento/anandindeua.pdf>
9. World Health Organization – WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 1990. (WHO Technical Report Series, 797).
10. World Health Organization – WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.

11. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3 ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2010 [online]. [acesso em 2001 Ago 22]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS 196/96. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.
14. Lima TM, Meiners MMMA, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde 2010; 1(2):113-120;
15. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(3):383-7.
16. Sala A, Nemes Filho N, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. Rev Saude Publica. 1996; 30(2):161-7. PMID:9077015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000200008>
17. Lima-Costa Mf, Barreto Sm, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 745-757. PMID:12806478. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300006>
18. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Prospective Studies Collaboration: age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002; 360 (6): 1903-13. PMID:12493255.
19. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. Acta Paul Enferm. 2010; 23(5):658-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500012>
20. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Ridão EG. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. Acta Sci, Sci Health 2009; 31(1):77-82.
21. Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 768p.
22. Costa MFFL, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2):18-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900004>
23. Rosemberg J. Nicotina Droga Universal. INCA; 2007.