

HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONTROLE E FATORES DE RISCO EM HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ivett Thereza da Silva Barbosa¹; Nilza Maria Cunha¹.

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e-mail: ivettthereza@gmail.com

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e-mail: cunha.nilza@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Descrever o controle da pressão arterial e fatores associados em hipertensos. **Métodos:** Estudo transversal, amostra aleatória de 190 hipertensos cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa/PB. **Resultados:** Apontaram, em média, idade de 60 anos, sendo 82,6% do sexo feminino, com predomínio de analfabetos/ensino fundamental incompleto, não apresentando renda acima de 4 salários mínimos. A média da pressão arterial sistólica foi $137,1 \pm 18,7$ mmHg e $81,3 \pm 12,1$ mmHg da pressão arterial diastólica. Sendo que 57,9% apresentaram pressão arterial controlada, 36,0% eram obesos, 59,5% sedentários e 68,9% não faziam dieta. **Conclusão:** Os níveis de controle da pressão arterial neste estudo foram mais elevados que os identificados em estudos em outras regiões do Brasil. A presença de fatores de risco nos hipertensos reforça a necessidade de medidas de prevenção e promoção da saúde com vistas à redução da morbimortalidade por doença cardiovascular.

Descritores: Hipertensão; Prevenção e controle; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To describe the control of blood pressure and associated factors in hypertensive patients. **Methods:** Cross-sectional study, random sample of 190 hypertensive registered teams in the Health Strategy of John's Family Pessoa / PB. **Results:** pointed on average age 60 years, 82.6% female, with a predominance of illiterate / incomplete primary education, with no significant income over four minimum salaries. The average systolic blood pressure was 137.1 ± 18.7 mmHg and 81.3 ± 12.1 mmHg in diastolic blood pressure. Of which 57.9% had controlled blood pressure, 36.0% were obese, 59.5% sedentary and 68.9% were not diet. **Conclusion:** The control blood pressure levels in this study were higher than those identified in studies in other regions of Brazil. The presence of risk factors in hypertensive reinforces the need for health promotion and prevention measures in order to reduce morbidity and mortality from cardiovascular disease.

Keywords: Hypertension; Prevention and control; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) tem alta prevalência e baixas taxas de controle; apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade¹.

Silenciosa, a HA é a mais prevalente doença vascular no mundo e o maior fator de risco para as doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil².

Sabe-se que o controle da pressão arterial reduz a incidência das doenças cardiovasculares, contudo, este tem ocorrido no mundo de forma insatisfatória, e a busca de estratégias para o aumento do controle dos níveis pressóricos tem sido cada vez mais abordada na prática clínica³. No Brasil não há levantamentos nacionais que informem a quantidade exata de hipertensos com controle da pressão arterial (PA). Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada⁴.

Fatores de risco estão comumente associados à hipertensão arterial, como características sócio-demográficas (faixa etária, sexo, grupo étnico, nível sócio-econômico), consumo abusivo de álcool, ingestão de sódio, estresse, diabetes, obesidade e sedentarismo. Alguns fatores (dislipidemias, tabagismo) podem interagir com a PA e aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas no controle e tratamento da hipertensão arterial^{1, 5, 6}.

Considerando-se que a hipertensão arterial é um fator bem estabelecido para o desenvolvimento de todas as manifestações clínicas da aterosclerose e que a elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica, ou de ambas, aumenta a probabilidade de doença isquêmica do coração, morte súbita, aterosclerose, mortalidade geral, é indiscutível a importância dos fatores relacionados ao controle da hipertensão arterial no âmbito da saúde pública. Conhecer a taxa de controle da hipertensão é essencial para traçar estratégias de prevenção em todos os níveis da atenção⁷.

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se consolidando como eixo estruturante da atenção básica e tem contribuído com avanços importantes na mudança das práticas de saúde. Desempenha importante papel no controle da pressão arterial e na prevenção de complicações, com a atuação de uma equipe multiprofissional, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família⁸.

Para a implementação de estratégias voltadas à atenção à saúde da população hipertensa, é essencial o conhecimento dos níveis de controle da pressão arterial, de forma a garantir o manejo adequado da hipertensão arterial e uma mudança significativa na qualidade de vida da população.

Este estudo foi desenvolvido visando descrever o controle da pressão arterial e fatores de risco associados, em hipertensos acompanhados na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa – Paraíba, 2012.

MÉTODOS

O delineamento do presente estudo caracterizou-o como pesquisa de natureza descritiva, de abordagem quantitativa e de corte transversal.

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, em consoante com a Declaração de Helsinki, sob o nº 269 no dia 09 de novembro de 2011. Todos os participantes foram informados sobre os procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O tamanho da amostra foi de 180 hipertensos, calculado com base numa estimativa de 30% de hipertensos com controle, e precisão de 7%. Considerando o total de equipes de saúde da família no município (180)¹⁰ foi realizado o sorteio aleatório de 10% das equipes em cada um dos cinco Distritos Sanitários, e de 10 hipertensos em cada equipe de saúde da família, através do número do prontuário dos hipertensos cadastrados no Sistema Hiperdia e/ou através dos registros dos hipertensos de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). O sorteio foi feito a partir de um ponto aleatório da listagem de acompanhamento desses profissionais. A amostra final foi de 19 equipes de saúde da família e 190 hipertensos, com uma margem de 5% a mais de hipertensos na amostra, considerando as possíveis perdas.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2012, por entrevistadores devidamente treinados e supervisionados pela pesquisadora coordenadora do estudo. O questionário utilizado no estudo foi composto por questões fechadas, organizadas em blocos, incluindo: características sócio-demográficas (sexo,

idade, renda e escolaridade); fatores de risco relacionados aos hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, alcoolismo); medidas antropométricas (peso, altura, a circunferência da cintura (CC) e a circunferência do quadril (CQ); e medidas da pressão arterial.

A partir dos dados referentes ao peso do indivíduo (em quilogramas) dividido pela sua altura (em metros) ao quadrado foi calculado o índice de massa corpórea, (IMC), sendo classificado nas categorias: normal ($IMC < 25,0 \text{ Kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC 25,0 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$)^{11, 12}.

A aferição da circunferência da cintura foi realizada tomando como referência a altura da cintura natural do indivíduo, que é a parte mais estreita do tronco entre a crista ilíaca lateral e a última costela, com precisão de 0,1 cm. Foi classificada para homens em normal ($CC < 102 \text{ cm}$) e alta ($CC \geq 102 \text{ cm}$). As mesmas categorias foram utilizadas para as mulheres, mas com pontos de corte diferentes ($CC \leq 88 \text{ cm}$ e $CC \geq 88 \text{ cm}$ respectivamente)^{11, 12}.

Para fins de cálculo da razão cintura-quadril (RCQ) foi medida a circunferência do quadril no nível de protrusão máxima dos músculos glúteos. A RCQ foi calculada como CC (cm) dividida pela circunferência do quadril (cm). Foi classificada para homens nas categorias normal ($RCQ < 1$) e alta ($RCQ \geq 1,0$). Para as mulheres foram classificadas as mesmas categorias com base em: $RCQ < 0,80$ e $RCQ \geq 0,80$, respectivamente¹².

A pressão arterial foi aferida em três momentos diferentes durante a entrevista, com intervalo mínimo de cinco minutos entre elas. Para fins de análise, foi considerada a média das três aferições. Utilizou-se tensiômetro automático digital validado de pulso da marca OMROM – HEM 705 CP. Como critério adotou-se a classificação das VI Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, ou seja, para os hipertensos com controle da PA valores da pressão arterial sistólica (PAS) $< 140 \text{ mmHg}$ e da pressão arterial diastólica (PAD) $< 90 \text{ mmHg}$, e para os hipertensos sem controle da PA valores de PAS $\geq 140 \text{ mmHg}$ ou PAD $\geq 90 \text{ mmHg}$ ¹¹.

Todos os questionários foram revisados e os dados digitados e submetidos a tratamento estatístico utilizando o *Software (Statistical Package for the Social Sciences)* SPSS na versão 19. Os resultados foram apresentados através de suas médias e desvios padrão, e por suas frequências e proporções dependendo do tipo de cada variável.

RESULTADOS

Participaram do estudo 190 hipertensos. Os dados da Tabela 1 mostram que ocorreu o predomínio do sexo feminino (82,6%); a idade média identificada foi de $60 \pm 12,7$ anos; constatou-se uma maior proporção de pessoas com o ensino fundamental incompleto (46,8%) ou analfabetos (13,7%). A faixa de renda familiar de um até quatro salários mínimos predominou (61,4%), e nenhum indivíduo declarou renda acima de quatro salários mínimos.

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas dos hipertensos entrevistados no município de João Pessoa, PB - 2012.

Características Sócio-Demográficas		
Idade (DP)	60,3 \pm 12,7	
Sexo		
Masculino	n = 33	17,4%
Feminino	n = 157	82,6%
Nível de estudos		
Analfabeto	n = 26	13,7%
Ensino fundamental incompleto	n = 89	46,8%
Ensino fundamental completo	n = 27	14,2%
Ensino médio completo	n = 36	18,9%
Superior completo	n = 12	6,3%
Renda Familiar		
Até 1 SM	n = 68	38,6%

Com relação ao controle da pressão arterial, observou-se que 110 (57,9%) dos hipertensos entrevistados apresentaram controle da PA. Com relação às médias da pressão arterial, a análise dos dados mostrou que a média da pressão arterial sistólica foi igual a $137,1 \pm 18,7$ mmHg e da pressão arterial diastólica foi $81,3 \pm 12,1$ mmHg (Tabela 2).

Na análise dos índices antropométricos, observou-se que o IMC médio foi de $29,9 \pm 5,6$ Kg/m², predominando hipertensos com obesidade (46,6%), seguido daqueles com sobrepeso (36,0%). A média da CC identificada foi de $99,4 \pm 11,4$ cm, com maior frequência da CC categorizada alta (79,5%); a RCQ apresentou média de $0,90 \pm 0,06$, com destaque da categoria alta com 81,1% (Tabela 2).

Quanto aos outros fatores de risco, o sedentarismo foi observado em 59,5% dos hipertensos entrevistados; quando questionados sobre o uso do fumo e do álcool, 56,8% afirmaram nunca ter fumado e 67,8% nunca terem consumido álcool; constatou-se que, 68,9% dos hipertensos não faziam dieta para perder peso (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da média, níveis de controle da pressão arterial e fatores de risco da hipertensão arterial em hipertensos, João Pessoa - PB, 2012.

Variáveis		
Pressão arterial sistólica (DP)	137,1 ± 18,7	
Pressão arterial diastólica (DP)	81,3 ± 12,1	
Controle da pressão arterial		
Com controle	n= 110	57,9%
Sem controle	n= 80	42,1%
Índice de Massa Corpórea (IMC) (DP)	29,9 ± 5,6	
Normal (< 25,0)	n= 33	17,5%
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	n = 68	36,0%
Obeso (> ou igual a	n = 88	46,6%

30,0)

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONHECIMENTO HUMANO		
Longevidade: Transformações, Impactos e Perspectivas		
24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015		
Circunferência cintura (média) (DP)	99,4 ± 11,4	
Normal	n = 39	20,5%
Alta	n = 151	79,5%
Relação cintura-quadril (RCQ) (DP)	0,90 ± 0,06	
Normal	n = 36	18,9%
Alto	n = 154	81,1%
Atividade Física		
Leve	n = 58	30,5%
Moderada	n = 19	10,0%
Não tem	n = 113	59,5%
Tabagismo		
Sim, fumo atualmente	n = 13	6,8%
Fumei no passado, mas parei de fumar	n = 69	36,3%
Nunca fumei	n = 108	56,8%
Consumo de álcool		
Sim, ao menos uma vez por semana	n = 10	5,3%
Sim, menos que uma vez por semana	n = 13	6,8%
Não, nunca consumi	n = 128	67,4%
Não, parei de consumir	n = 39	20,5%
Não está seguem dieta	n = 131	68,9%

DP – Desvio padrão.

DISCUSSÃO

Os usuários hipertensos entrevistados neste estudo apresentaram características sócio demográficas caracterizadas pelo predomínio do sexo feminino com idade média de sessenta anos, uma renda considerada baixa, e um nível de escolarização limitado.

Os achados do presente estudo conferem desproporção com os homens na utilização dos serviços de saúde. Possivelmente esse fato se explique pela fragilidade na busca ativa de hipertensos nas equipes de saúde da família. Pode ser comum encontrar uma população feminina superior á masculina na procura por serviços de saúde. Na dinâmica de muitas famílias, os homens têm uma maior participação extradomiciliar ficando a mulher responsável pelos afazeres domésticos e os cuidados com a família¹⁴.

A baixa escolaridade dos hipertensos entrevistados nos reporta a refletir sobre as considerações de Ramos¹⁵, afirmando que isto pode ser um obstáculo ao desenvolvimento de uma consciência crítico-reflexiva das necessidades de mudanças dos hábitos de vida, necessárias para que se conquiste uma melhor qualidade de vida.

O perfil observado permite supor que os participantes deste estudo, em sua maioria, são pessoas em posição socialmente desfavorável, compatível com a situação econômica da maioria da população brasileira¹⁶.

Na análise do controle da pressão arterial os resultados referentes à população amostral, revelaram níveis mais elevados de controle da PA (57,9%) e média da pressão arterial sistólica e diastólica de $137,1 \pm 18,7$ mmHg e $81,3 \pm 12$, respectivamente, comparando-se a outros estudos realizados no Brasil, que utilizaram o mesmo ponto de corte do nosso estudo^{10, 17, 18}.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial estudos realizados no Brasil mostraram que as melhores taxas de controle da PA, são observadas em municípios com ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da hipertensão arterial¹³.

Com base nos parâmetros antropométricos investigados neste estudo observou-se uma acentuada proporção da circunferência da cintura e da relação cintura-quadril alta. Os fatores de risco revelaram predomínio de sobrepeso, obesidade e sedentarismo. Revelaram ainda que poucos hipertensos faziam dieta para perder peso.

As variáveis etilismo e tabagismo não representaram importantes fatores de riscos neste estudo. Em relação à atividade física os resultados apresentados neste estudo mostraram que mais da metade dos hipertensos eram sedentários. Estes dados possivelmente podem ser atribuídos à representação na amostra de indivíduos com idade maior de 60 anos, que habitualmente têm um estilo de vida mais sedentário Observou-se uma maior frequência da circunferência da cintura e da relação cintura - quadril alta com

69,2% e 78%, respectivamente, nos municípios de grande porte. Com relação aos fatores de risco ocorreu o predomínio de sobrepeso (35,8%) de obesidade (42,7%) e dos hipertensos entrevistados que afirmaram nunca ter fumado (44,8%), nunca consumiram bebida alcoólica (41,8%), não tinham nenhum tipo de atividade física (63,8%) e não faziam dieta para perder peso (80,9%)¹⁰.

A associação entre obesidade e HA tem sido amplamente reconhecida na literatura. O excesso de gordura corpórea ainda é maior fator isolado relacionado à elevação da pressão arterial. Vários estudos demonstram a relação de causa e efeito de massa corporal e elevação da pressão arterial^{11, 12, 19, 20}. Nesse contexto, o controle do peso faz parte das medidas para o controle dos níveis pressóricos.

Neste sentido, a presença de fatores de risco como sobrepeso, obesidade, sedentarismo e a ausência de adesão a uma dieta nos usuários hipertensos entrevistados, sugere que, o cuidado individual, ainda persiste com maior enfoque na doença, pouca ênfase nas ações de promoção e prevenção. Assim, o grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, de atenção integral, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção de complicações e ao autocuidado apoiado.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, o panorama do controle da hipertensão arterial no município de João Pessoa, mostrou índices mais elevados de controle, quando comparado com estudos realizados em outras regiões do Brasil.

Levando em consideração a presença de fatores de risco como o sedentarismo, sobrepeso e a obesidade, associado ao fato de poucos hipertensos seguirem dieta para perder peso na amostra estudada, os resultados acima sugerem a necessidade da implementação de medidas educativas que favoreça mudança de hábitos e estilo de vida, importantes na promoção da saúde e prevenção de complicações nos portadores de hipertensão.

A taxa de controle da pressão arterial identificada neste estudo sugere bom uso dos medicamentos anti-hipertensivos, e que os hipertensos da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa aderem ao tratamento medicamentoso.

No entanto, a falta de adesão às medidas não farmacológicas pode explicar o alto percentual de hipertensos classificados neste estudo na categoria sem controle da pressão arterial. Este fato se constitui num desafio para a população hipertensa, profissionais de saúde e gestores, dado que tais medidas conseguiriam também diminuir o risco de doenças cardiovasculares e das demais complicações da hipertensão.

A Estratégia Saúde da Família destaca-se como principal modalidade da atenção primária, atuando por meio de um cuidado integral aos indivíduos e a família, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Este cuidado, baseado no vínculo, adscrição da clientela e na territorialização, possivelmente, contribuiu para que mais da metade dos hipertensos que participaram desta investigação tivesse controle de sua pressão arterial.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 Suppl 1: 1-51.
2. Lessa I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. Cad Saúde Pública. 2010; Rio de Janeiro, 26(8): 1470-1.
3. Colósimo FCC, Silva SSBE, Pierin AMG. Medida residencial da pressão arterial (MRPA) e programa de educação para hipertensos: ferramentas de incremento do controle. Rev Hipertensão. 2008; 11(2): 55-60.
4. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Wenerck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial; Estudo Pró-Saúde, Brasil. Rev Panam Salude Pública. 2010; 27(2): 103-8.
5. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl. 2): 98-106.
6. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeir M, Cardoso SC. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol. 1994; 63(6): 437- 9.
7. NOGUEIRA, D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, D, LOPES, C. S.; WENERCK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial; Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev Panam Salude Pública**. 2010; 27(2): 103-8.
8. Ministério da Saúde. (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
9. Secretaria da Saúde. (Paraíba). Coordenação do Programa de Controle da Hipertensão Arterial. João Pessoa, 2012.
10. Fontbonne A, Cesse EAP, Sousa IMCS, Souza WV, Chaves VLV, Bezerra AFB, Freese de Carvalho EM. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects followed

by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil - SERVIDIAH Study. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 29 (6): 1195 – 1204, jun, 2013.

11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

12. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Documento do Consenso Latino Americano sobre Obesidade. Available from: <http://www.abeso.org.br/pdf/consenso>. Acesso in: 26/set/ 2012.

13. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(supl.1): 1-51.

14. Moura ERF, Aguiar ACS. Percepção do usuário no programa de saúde da família em um distrito de Caucaia - CE. *Revista Brasileira Promoção Saúde*. 2004; 17(4): 169-204.

15. Ramos FRS. O processo de trabalho de educação em saúde. In: Ramos FRS, Verdi MM, Kleba ME (horas). *Pensar no cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem*. Florianópolis: EDUFSC. 1999; p.15. 16.

16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores de desenvolvimento Sustentável - Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/recursosnaturais/ida/ids2010>. Acesso em: 17 set. 2012.

17. Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf- Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Saúde da Família. *Rev Saúde Soc*. 2010; São Paulo. 19(3): 614-22.

18. Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma Unidade de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2007; 41(3): 368-74.

19. Cabral PC, Melo AMC, Amado TCF, Santos RMAB. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um Hospital Universitário. *Rev Nutr*. 2003; 16(1): 61-71.



20. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRC, Estelamaris TM, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arq Bras Cardiol. 2010; (4): 502-9.

