

# Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica na população de Cajazeiras, Paraíba

Epidemiological Profile of Systemic Arterial Hypertension in the Population of Cajazeiras, Paraíba

ARTHUR BRENNO VICTOR DOS SANTOS<sup>1</sup>  
VERUSCKA PEDROSA BARRETO<sup>2</sup>  
SUELLEN MARTINS OLIVEIRA<sup>1</sup>  
CÍCERO ABDON MALHEIRO GOMES<sup>1</sup>  
KAMILA MARQUES VIANA<sup>1</sup>  
BÁRBARA ORTIZ BRASIL<sup>1</sup>  
TATIANA GONÇALVES ABRANTES<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico da HAS na cidade de Cajazeiras-PB. **Material e Métodos:** Estudo analítico, descritivo e transversal, na cidade de Cajazeiras, PB. Foram selecionados de forma aleatória alguns bairros da cidade de Cajazeiras, e neste, quadras foram divididas em estratos, e os residentes dos estratos foram visitados três vezes consecutivas, com intervalo de 2 meses. Aferiu-se a PA, medida a circunferência abdominal, a altura e o peso e aplicado um questionário referente à FR cardiovasculares a todos os participantes. Os testes do Qui-quadrado e o Exato de Fisher foram empregados na comparação de proporções. Considerou-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** O estudo contou com um total de 656 participantes, sendo 68,43% do gênero feminino. A prevalência global da HAS foi de 33,84%, sendo 8,38% não diagnosticados. Relativamente à população hipertensa, 63,06% eram do gênero feminino. Do total de hipertensos, 27,02% não eram diagnosticados previamente. Os principais FR encontrados foram: sedentarismo (69,6%), antecedentes de HAS (58,4%), consumo exagerado de sal (53,7%) e sobrepeso/obesidade (52,5%). **Conclusão:** Pode-se identificar a alta prevalência da HAS não diagnosticada na população estudada (8,38%), principalmente no que corresponde aos adultos jovens e no sexo masculino. As baixas taxas de controle da PA e a alta prevalência dos fatores de risco modificáveis na população também devem ser ressaltadas.

## DESCRITORES

Hipertensão. Perfil de saúde. Fatores de risco

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the epidemiology of hypertension in the city of Cajazeiras, PB. **Material and Methods:** This was an analytical, descriptive and cross-sectional study carried out in the city of Cajazeiras, PB. We randomly selected some districts of Cajazeiras. Their blocks were divided into strata and residents of each stratum were visited three consecutive times within a two-month interval. We measured subjects' SAH, waist circumference, height and weight, and we applied a questionnaire relating to cardiovascular RF to all participants. The chi-square and Fisher exact tests were used to compare proportions. It was considered a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ). **Results:** This study included a total of 656 participants, of which 68.43% were female. The overall prevalence of hypertension was 33.84%, including 8.38% of undiagnosed cases. With regard to the hypertensive population, 63.06% were female. Of the total of hypertensive subjects, 27.02% had not been previously diagnosed. The main RF found were: sedentarism (69.6%), history of hypertension (58.4%), excessive consumption of salt (53.7%), overweight or obesity (52.5%). **Conclusion:** It was identified a high prevalence of subjects with undiagnosed hypertension in this population (8.38%), mainly corresponding to male young adults. The low rate of SAH control and high prevalence of modifiable risk factors in this population should also be highlighted.

## DESCRIPTORS

Risk Factors. Health Profile. Hypertension.

1 Estudante de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras/PB, Brasil.

2 Professora Mestra da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras/PB, Brasil.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), tendo alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRAUNWALD, 2011)

Estima-se que 7,1 milhões de pessoas no mundo morram anualmente por causa de pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo sejam causadas pela HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010) Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (CARNELOSSO, 2008), embora inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (CESARINO, 2008).

Por se tratar de uma doença assintomática, ainda é relevante a parcela da população que possui os níveis tensionais elevados e não são diagnosticados. Também é considerável a amostra que apesar de diagnosticada, não apresenta sua pressão controlada, apesar de uso da medicação anti-hipertensiva.

O presente estudo se justifica em conhecer o perfil epidemiológico da HAS na cidade de Cajazeiras, PB, assim como estudar a prevalência dos FR nessa população, associando-os aos níveis tensionais apresentados.

## MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), protocolo número 0454.0.133.000-11, realizou-se um estudo analítico, descritivo e com delineamento transversal. Esta pesquisa teve como cenários de estudo os bairros e distritos da cidade de Cajazeiras - PB.

Cajazeiras é um município brasileiro pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano, e sua população recenseada pelo IBGE em 2010 foi de 58 437 habitantes, sendo o oitavo mais populoso do estado, sendo subdividida em 22 bairros (IBGE, 2012). A pesquisa foi desenvolvida a partir dos habitantes das 4 primeiras quadras selecionadas aleatoriamente, de 11 bairros também selecionados ao acaso, sendo o período da pesquisa de setembro de 2011 a fevereiro de 2012. Os critérios de inclusão foram residir em Cajazeiras, ter idade entre 18 e 70 anos, ambos os gêneros e qualquer etnia. O critério de exclusão definido foi gravidez.

A seleção ocorreu de forma aleatória, onde os bairros e distritos de Cajazeiras foram selecionados por meio de sorteio e, a partir destes, definimos as quadras nas quais todas as residências e estabelecimentos pertencentes a esta seriam incluídas na pesquisa. A medida da pressão arterial somente era realizada com o entrevistado não tendo praticado exercícios físicos, nem ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumado nos últimos 30min.

O instrumento de pesquisa foi o esfigmomanômetro, estetoscópio, trena, balança e um questionário estruturado com FR para a HAS, contendo: faixa etária, gênero, raça, antecedentes familiar de HAS, o grau de estresse laboral, prática de atividades físicas, circunferência abdominal, dieta, uso de anticoncepcional, tabagismo, etilismo, DM, dislipidemia e IMC. Foram considerados hipertensos indivíduos que durante as três visitas apresentaram-se com níveis pressóricos elevados. A PA foi obtida utilizando-se esfigmomanômetro portátil aneróide e manguito padrão para adultos. Foram realizadas três visitas consecutivas, com intervalo de dois meses entre elas, sendo a aferição da PA medida pelo mesmo observador. A PA final de cada participante foi considerada a média aritmética das duas últimas. Essas medidas foram corrigidas segundo perímetro do braço do indivíduo examinado (FUCHS, 2004).

Foram seguidas as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010, para a definição de hipertensão: os indivíduos foram classificados como hipertensos quando apresentaram pressão arterial sistólica (PAS) > 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) > 90 mmHg e em estágios de gravidade conforme os seguintes pontos de corte: normal (PAS < 130 mmHg e PAD < 85mmHg), pré-hipertensão/limítrofe (PAS 130-139 mmHg e PAD 85-89mmHg), hipertensão I (PAS 140 – 159 mmHg e PAD 90 – 99 mmHg), hipertensão II (PAS 160-179 mmHg ou PAD 100-109 mmHg) e hipertensão III (PAS e" 180 mmHg ou PAD e" 110 mmHg).

Foram coletados dados antropométricos de peso, altura, circunferência abdominal (CA). A CA foi obtida na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca com fita métrica flexível e inelástica. O peso foi obtido a partir de uma balança convencional e a altura através da soma da distância púbis-verteze mais púbis-plantar. As aferições antropométricas foram executadas por um único observador e repetidas.

Foram considerados os seguintes pontos de corte para classificação do estado nutricional pelo IMC: IMC < 18,5 - baixo peso, IMC de 18,5 a 24,9 - normal, IMC de 25,0 a 29,9 - sobrepeso e IMC e" 30 – obesidade. Foram considerados pontos de corte para risco

cardiovascular os valores da circunferência abdominal (CA) e” 102 cm para o gênero masculino e de e” 88 cm, para o feminino (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2009). Os dados foram analisados descritivamente segundo faixa etária e gênero, testando-se a diferenças nas médias de pressão arterial entre os gêneros, faixas etárias e FR associados por meio do teste t de Student, obtido o intervalo de confiança de 95% para a média populacional, supondo normalidade dos dados. Os resultados foram tabulados no software Microsoft Office Excel em média e desvio-padrão. Posteriormente foram tratados com análise estatística pelo programa GraphPadInStat 3.0. Os testes do Qui-quadrado e o Exato de Fisher foram empregados na comparação de proporções, conforme o número de casos. Considerou-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

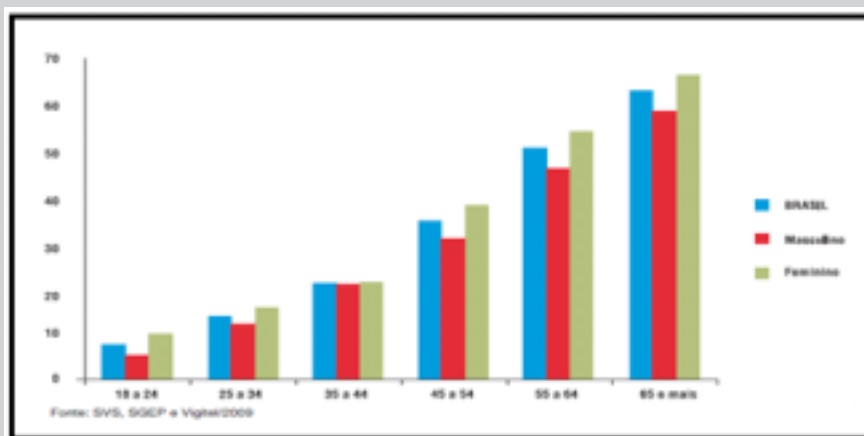
O estudo contou com um total de 656 participantes (1,23% da população de Cajazeiras, PB), sendo 68,43% do gênero feminino, e a média de idade variando entre 18 e 70 ( $44,41 \pm 9,12$ ) anos. A prevalência global HAS na população foi de 33,84%, sendo 36,28% no gênero masculino e de 28,57% no gênero feminino. Nessa população, 8,38% eram hipertensos não diagnosticados, apresentando uma prevalência equivalente em ambos os gêneros. Relativamente à população hipertensa, 63,06% eram do gênero feminino. Para ambos os gêneros a prevalência de HA aumentou com a idade ( $p=0,000$ ).

A estratificação da população em estudo, de acordo com a VI Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2010, verificou-se que 54,27% possuía os níveis pressóricos

normais; 11,89% apresentavam-se como pré-hipertensos, 28,66% classificavam-se em hipertensos estágio I, 4,57% em estágio II e 0,61% em estágio III. O número de participantes que tiveram a hipertensão sistólica isolada não se mostrou significativo. A Figura 1 mostra o percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial nas capitais dos estados brasileiros, por gênero, segundo idade. A figura 2 mostra a estratificação da população de Cajazeiras segundo os níveis pressóricos apresentados e a figura 3 correlaciona a PA e a faixa etária.

Do total de hipertensos, observou-se que 72,98% eram previamente diagnosticados e tomavam medicação para controle da pressão, enquanto que 27,02% são hipertensos não diagnosticados. Do grupo dos pacientes que já eram previamente diagnosticados como hipertensos e tomavam medicação, 46,91% tinham a PA controlada, sendo a maioria do gênero feminino (67,91%). As terapias medicamentosas mais utilizadas entre eles foram os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) associado a diuréticos, 22,92%, e em monoterapia, 18,75%.

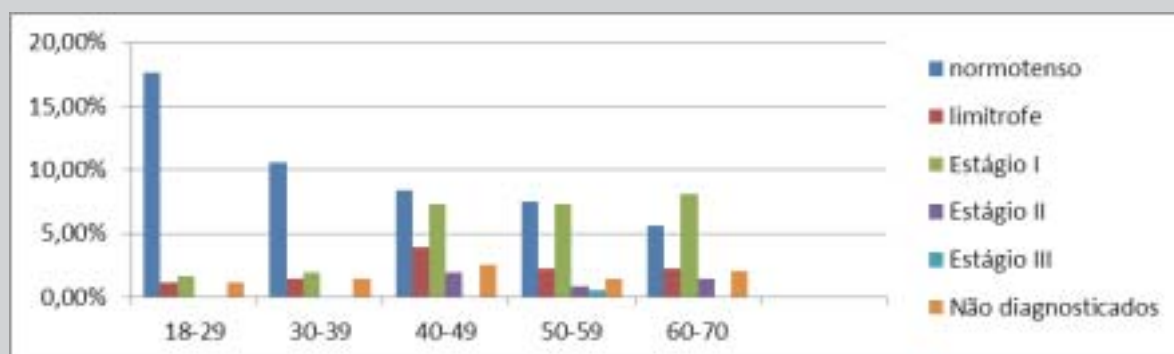
Mais de 90% dos entrevistados apresentaram pelo menos um fator de risco para HAS. Dentre os quais os principais fatores encontrados, como mostra na figura 4, foram: sedentarismo (69,6%), histórico familiar de HAS (58,4%), consumo exagerado de sal (53,7%), IMC- sobrepeso ou obesidade (52,5%), circunferência abdominal aumentada (41,9%), acima de 50 anos (37,4%), gênero masculino (31,57%), uso de anticoncepcional (33%), tabagismo (25,4%), padrão alimentar inadequado (23%), dislipidemia (16,5%), uso crônico de álcool (13,9%), raça negra (13,3%) e DM(10%). A figura 5 associa os FR aos níveis tensionais apresentados pela população.



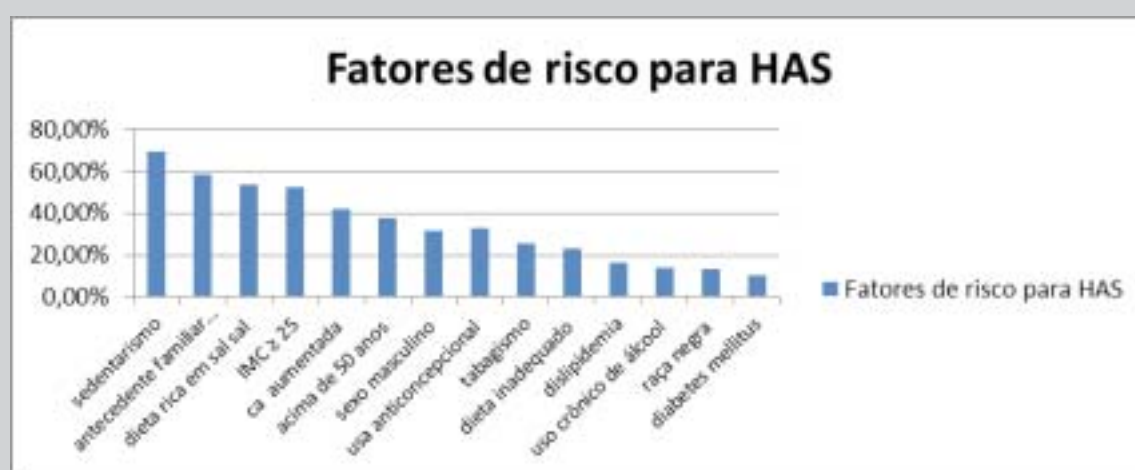
**Figura 1:** Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por gênero, segundo idade. VIGITEL, 2009



**Figura 2.** Estratificação da população de Cajazeiras segundo os níveis pressóricos, Cajazeiras/PB, 2012.



**Figura 3.** Distribuição dos níveis tensionais nas respectivas faixas etárias, em ambos os gêneros, Cajazeiras/PB, 2012.



**Figura 4.** Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares encontrados na população, Cajazeiras/PB, 2012

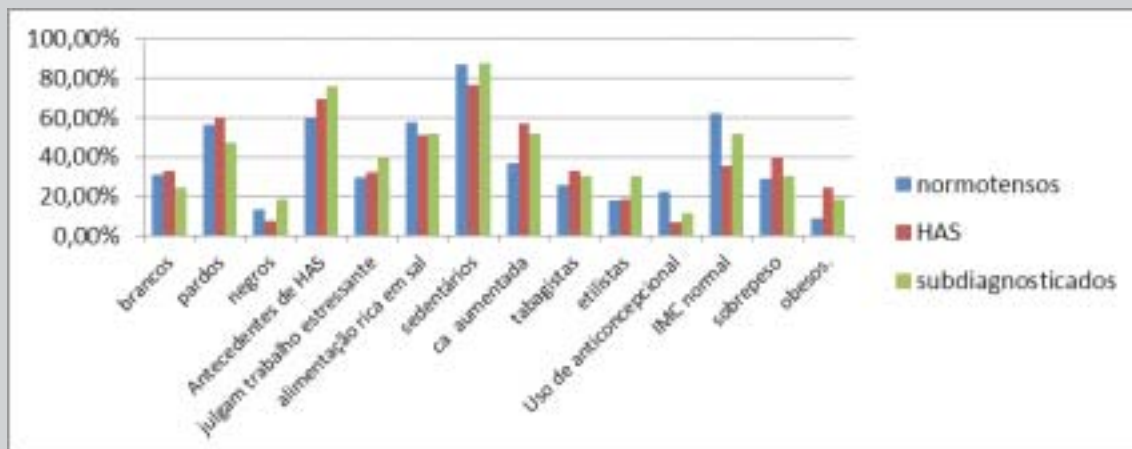


Figura 5. Associação entre os fatores de risco e os níveis tensionais apresentados pela população, Cajazeiras/PB, 2012.

Considerando a faixa etária, um fator de risco não modificável, observou-se que entre 18-29, 30-39, 40-49, 50,59, 60-70 anos, a HAS foi encontrada em consonância com esses intervalos etários na seguinte prevalência: 1,67%, 1,95%, 9,21%, 8,65% e 9,53%, respectivamente. Dentre eles, a taxa de hipertensos diagnosticados na mesma sequência supracitada foi de 8,22%, 14%, 42,86%, 46,97%, 54,84%, respectivamente. Já de acordo com a hipertensão não diagnosticada, observaram-se 5,48%, 10%, 11,69%, 7,57% e 11,29%, respectivamente. A tabela 1 estratifica a população de acordo com os níveis pressóricos e a faixa etária.

As variáveis étnicas demonstraram que a prevalência da HAS nos indivíduos de acordo com a raça foi de 8,23%, 14,86%, 1,9% nos brancos, pardos e negros, respectivamente. Se considerarmos apenas a população hipertensa, obtemos que 32,93% eram brancos, 59,46% pardos e 7,61% negros. A prevalência da HAS na população de acordo com os antecedentes

familiares de HAS foi de 17,17% nos que apresentavam histórico familiar e 7,54% naqueles que negaram.

Quanto ao julgamento subjetivo relacionado ao estresse laboral ao qual o próprio indivíduo é submetido, a prevalência de HAS foi de 5,12% na população que julgava o estresse médio ou alto e de 19,58% naqueles que não julgavam seu trabalho com nível de estresse relevante. Observando a população hipertensa, apenas 32,09% julgavam seu trabalho com um nível de estresse significativo. Já de acordo com a atividade física, a prevalência da HAS foi verificada em 18,98% dos sedentários e em 5,72% daqueles que praticavam atividade física regular. Porém verificou-se que 76,84% da população hipertensa eram sedentários.

De acordo com a circunferência abdominal, 10,54% tinham a circunferência normal e apresentavam HAS, enquanto que 14,16% da população tinham a circunferência aumentada e eram hipertensos. Da população hipertensa, 57,33% tinham uma circunferência abdominal aumentada. Em relação ao

Tabela 1. Estratificação da população de acordo com a faixa etária e os níveis pressóricos encontrados, Cajazeiras/PB, 2012.

Faixa etária	Normotenso	Limitrofe	Estágio I	Estágio II	Estágio III	Não diagnosticados	Valor de p
18-29	17,59%	1,11%	1,67%	-	-	1,11%	NS*
30-39	10,61%	1,39%	1,95%	-	-	1,39%	NS
40-49	8,37%	3,91%	7,26%	1,95%	-	2,51%	NS
50-59	7,54%	2,24%	7,26%	0,83%	0,56%	1,39%	NS
60-70	5,61%	2,24%	8,11%	1,42%	-	1,98%	NS



Tabela 2. Estratificação da população de acordo com os fatores de risco encontrados na população, Cajazeiras/PB, 2012.

	Normotensos	Limitrofe	Hipertensos	Não diagnosticados	Valor de $\rho$
<b>Raça</b>					
Branco	16,59%	3,05%	8,23%	2,5%	NS
Pardo	30,22%	7,86%	14,86%	5,82%	NS
Negro	6,98%	0,09%	1,9%	1,9%	NS
<b>Antecedentes HAS</b>					
Sim	31,92%	7,84%	17,17%	7,54%	NS
Não	21,68%	3,91%	7,54%	2,4%	NS
<b>Estresse</b>					
				Não	
Não julga	37,65%	8,73%	19,58%	6,04%	NS
Julga	15,96%	3,01%	5,12%	3,91%	NS
<b>Ativ. física</b>					
Sedentário	47,97%	9,03%	18,98%	8,75%	NS
Ativo	9,64%	2,71%	5,72%	1,2%	NS
<b>CA</b>					
Normal	33,73%	5,12%	10,54%	4,82%	NS
Aumentada	19,88%	6,63%	14,16%	5,12%	NS
<b>Dieta</b>					
Equilibrada	22,59%	4,82%	12,05%	4,82%	NS
salina	31,02%	6,93%	12,65%	5,12%	NS
<b>Tabagismo</b>					
Tabagista	13,85%	2,41%	8,13%	3,01%	NS
Não tabagista	39,76%	9,34%	16,57%	6,93%	NS
<b>Etilismo</b>					
Mais de uma vez por semana	9,64%	1,81%	4,52%	3,01%	NS
Eventualmente/ não etilista	43,97%	9,94%	20,18%	6,93%	NS
<b>Anticoncepcional</b>					
Usa	12,87%	0,86%	1,72%	0,86%	NS
Não usa	45,06%	9,88%	21,88%	6,87%	NS
<b>IMC</b>					
Normal	33,44%	5,12%	8,73%	5,12%	NS
Sobrepeso	15,37%	4,21%	9,94%	3,01%	NS
Obesidade	4,82%	2,41%	6,02%	1,81%	NS

NS = Não significativa

IMC, a associação com HAS nos que possuíam o IMC entre 18,5 e 24,9, entre 25 e 29,9 e acima de 30 foi de 8,73%, 9,94% e 6,02%, respectivamente. Se considerarmos a população hipertensa, esses números equivalem a 35,34% tinha a o IMC normal, 40,24% sobrepeso e 24,42% eram obesos.

Considerando a dieta dos entrevistados, 12,05% afirmaram uma dieta equilibrada, com frutas, legumes e

verduras frequentemente consumidas e apresentavam-se hipertensos. Enquanto que 12,65% dos participantes afirmaram uma alimentação rica em sal e apresentaram-se hipertensos. Tal variável não se mostrou significativa, visto que 51,22% dos hipertensos tinham uma alimentação rica em sal. Quanto ao tabagismo, 8,13% dos participantes eram tabagistas e hipertensos e 16,57% não tabagistas e hipertensos. Apenas 32,91%

dos hipertensos afirmaram ser tabagistas. Os entrevistados que faziam uso superior a 30 ml de etanol por dia e eram hipertensos apresentaram prevalência de 4,52%. Os que não bebiam ou bebiam menos que 30 ml de etanol por dia e eram hipertensos apresentaram prevalência de 20,18%. 18,30% dos hipertensos eram etilistas. De acordo com o uso de anticoncepcional oral, foi verificada a associação com a HAS em 1,72% das participantes que afirmaram seu uso contínuo e em 21,88% daquelas que não o usa. 6,96% da população hipertensa faziam uso contínuo de anticoncepcional oral.

Se considerarmos os fatores metabólicos, como o DM e dislipidemias, encontramos as seguintes prevalências: apenas 22,16% dos hipertensos afirmaram ser previamente diabéticos e 32,52% apresentarem alguma dislipidemia associada. A consonância entre HAS e DM e dislipidemia na população total em estudo mostrou a seguinte prevalência: 5,58% e 5,96%, respectivamente. Esses dados podem ter sido prejudicados pela falta de conhecimento da população para com essas variáveis, que na maioria dos casos desconheciam se apresentavam ou não alguma anormalidade metabólica.

Essa correlação encontra-se resumida na tabela 2.

## DISCUSSÃO

Estudos de prevalência de base populacional da HAS no Brasil ainda estão restritos às regiões Sul e Sudeste do país. Em 2009 a Secretaria de Vigilância em Saúde de Brasília, DF, detectou as seguintes prevalências de hipertensão: 24,4% na população adulta de 18 anos e mais, chegando a 63,2% na população maior de 65 anos (Ministério da Saúde, 2009). A prevalência da HAS de 33,84% não é inaudita, pois estudos realizados em outros municípios brasileiros revelaram taxas superiores a 30% na maioria dos casos (FREITAS, 2001).

Do total de hipertensos, a prevalência foi maior no gênero feminino (63,06%) em relação ao gênero masculino (36,94%) no presente estudo. No entanto, em um olhar mais detalhado no gênero, 36,28% dos homens eram hipertensos, enquanto que 28,57% das mulheres eram hipertensas. A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Existem poucos relatos na literatura

abordando as taxas de hipertensos não diagnosticados na população. No presente estudo, essa prevalência se deu na taxa de 8,38% no total, representando 27,02% da população hipertensa.

Estudos demonstram que existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos (MALTA, 2009). No presente estudo essa estatística se confirma, pois 54,83% dos participantes entre 60 e 70 anos eram hipertensos, sendo nenhum em estágio III e dos hipertensos, nessa faixa etária, 20,78% não eram diagnosticados.

Um dado interessante é a taxa de hipertensos não diagnosticados em cada faixa etária. Dos hipertensos entre 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, observou-se uma prevalência de 66,47%, 71,28%, 27,25%, 16,07%, respectivamente. Por se tratar de uma doença que atinge preferencialmente idades avançadas, a HAS acaba sendo marginalizada pelos grupos mais jovens. No entanto, a constante mudança no estilo de vida, a maior prevalência do sedentarismo, da alimentação desregrada, do aumento do sobrepeso e obesidade, do uso de álcool e de cigarro, acarretam mudanças que podem culminar com a elevação dos níveis pressóricos nesse grupo.

O inadequado controle terapêutico da hipertensão merece um enfoque especial por se tratar de atitudes que não cabem somente ao profissional de saúde, mas principalmente à aceitação do paciente em modificar o estilo de vida e fazer os ajustes da medicação para que a terapêutica se torne efetiva (MONTEIRO, 2004; PUDDEY, 2006; REZENDE, 2006). Apenas 46,91% dos hipertensos tinham a PA em níveis considerados normais, sendo no gênero feminino encontrado a maior taxa de controle, 67,91%. Outros estudos de bases populacionais mostraram que, apesar de 77% dos hipertensos estarem cientes de sua condição, apenas 27,6% estavam sob controle (WHITWORTH, 2003).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito e, principalmente, às mudanças no estilo de vida que são cruciais para sucesso terapêutico. Verificou-se, também, que mesmo com terapia medicamentosa e mudança de estilo de vida adequados, alguns entrevistados não tiveram níveis pressóricos satisfatórios (ROSÁRIO, 2009). Tal inadequação foi devida também às dificuldades econômicas que alguns grupos de hipertensos apresentam para adquirir medicamentos que efetivamente controlem o quadro hipertensivo.

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população (ALMEIDA, 2003). Neste trabalho, houve elevado índice de significância, que vem demonstrar a importância do interrogatório ao se fazer o histórico familiar de hipertensão, para o qual os profissionais de saúde devem sempre atentar. Foi verificado que 69,48% dos hipertensos apresentavam antecedentes familiares de HAS.

Apesar de o estresse ter ganhado espaço atualmente, sendo apontado com importante FR para HAS, afirma-se que é difícil estabelecer um papel mais definido ao estresse na gênese da HAS, visto que este, analisado de forma isolada, não demonstra tanta associação a níveis pressóricos elevados, mas sim por este fator estar ligado a outros, dentre eles o sedentarismo, a dieta e hábitos sociais (COLLINS, 2009). Fora observado que 67,91% dos participantes hipertensos não julgavam seu trabalho com um nível de estresse significativo.

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade (JANSSEN, 2004) e o risco de DCV. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (MCGAVOCK, 2006; MONTEIRO, 2004). Este estudo demonstra que o sedentarismo também constitui importante fator de risco, apresentando-se como o mais prevalente na população analisada (69,6%). Do grupo dos hipertensos, 76,84% não praticavam atividade física regular. Além do mais, 87,94% dos indivíduos que são hipertensos não diagnosticados, são sedentários.

Vários estudos têm registrado que a circunferência abdominal (CA) ou da cintura (CC), são indicadores de distribuição da gordura corporal, estão associadas à ocorrência de doenças metabólicas e cardiovasculares, dentre estas a hipertensão arterial (MANCIA, 2007; MALTA, 2009) vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (REZENDE, 2006; ROSS, 2007). No presente estudo as frequências de sobrepeso e obesidade foram bastante elevadas, correspondendo a 52,5% da população apresentada. Quando se correlacionou a hipertensão, foi verificado que 35,34% dos hipertensos tinham o IMC normal, 40,24% apresentavam sobrepeso e 24,42%, obesidade. Já com relação à circunferência abdominal, 57,33% tinham-na em proporções aumentada.

Estudos apontam pouca ou nenhuma relação a ingestão de sal e hipertensão, observado isoladamente. No entanto, afirma-se que a ingestão de sal é fortemente influenciada pelo nível socioeconômico e pode, parcialmente, explicar a alta prevalência de HAS nas classes socioeconômicas mais baixas (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Quanto à relação de ingestão salina, o trabalho não encontrou significativa diferença entre os que afirmavam ter uma alimentação rica em sal, como carnes com alto teor salino ou que sempre levavam o saleiro à mesa e àqueles que afirmaram uma alimentação mais equilibrada, com frutas, verduras e legumes frequentemente consumidos e pouca ingestão de alimentos com alto teor salino.

Vários estudos epidemiológicos demonstram que os níveis de PA entre os tabagistas são idênticos aos dos não tabagistas e o abandono do fumo não parece contribuir para baixar apreciavelmente a pressão arterial. O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial à taxa de 1 mmHg por cada 10 g de etanol, aproximadamente, e o risco de hipertensão atribuível ao álcool é cerca de 16% (THEME-FILHA, 2003). Neste trabalho, 32,91% dos hipertensos eram tabagistas e 18,30% afirmaram consumir mais de 30 ml/dia de etanol. Esse levantamento pode estar prejudicado também por erros técnicos de mensurar a quantidade de álcool ingerida e pela resposta subjetiva de cada participante referente à sua condição de tabagista e consumidor de etanol.

A relação entre o uso de anticoncepcionais orais e a HAS é conhecida há anos. Essa modalidade de HAS constitui uma das principais causas de hipertensão secundária na mulher. A correlação de HAS e uso de anticoncepcional fora irrelevante nesse estudo, quando analisada individualmente. A relação de maior significância foi encontrada nas mulheres já previamente diagnosticadas como hipertensas e que usavam anticoncepcionais, equivalendo a 35,45% da amostra.

Este estudo mostrou que a prevalência da população que possuía tanto HAS quanto DM auto-referida foi de 5,58%. Já considerando a dislipidemia auto-referida, essa taxa equivale a 5,96%. O diagnóstico do diabetes requer exame de sangue como a glicemia de jejum ou, preferencialmente, teste de tolerância à glicose, o que dificulta sua realização em inquéritos. Assim, dados de prevalência de diabetes no Brasil são menos frequentes que os de hipertensão.



## CONCLUSÃO

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população estudada foi de 33,84%. Se considerarmos a amostra total da pesquisa, obtivemos que 8,38% da população mantinham seus níveis pressóricos elevados e sustentados, o que os define na qualidade de hipertenso, no entanto desconheciam sua condição, principalmente no que corresponde aos adultos jovens. Considerando ainda o total de hipertensos (33,84%), 72,98% sabiam que eram portadores de HAS e tomavam medicação para seu controle.

O controle da pressão arterial no grupo de hipertensos que tomavam medicação foi de apenas 46,91%, sendo maior no gênero feminino.

Um dado importante da pesquisa foi relacionado à relação entre HAS e a faixa etária entre 40 e 49 anos: dos 33,84% da população hipertensa, 9,21% pertenciam a essa faixa etária, sendo que quando correlacionamos com a hipertensão não diagnosticada, a maior parte dos participantes estão neste grupo (11,69%).

Constatou-se a alta prevalência dos FR modificáveis, visto que pelo menos 90% dos participantes apresentaram no mínimo um fator de risco.

Os resultados encontrados permitem concluir que o risco de desenvolver a HA está aumentado em indivíduos do gênero masculino, com mais idade, sedentários, maior índice de massa corporal e circunferência da cintura, com histórico familiar de HAS.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FF, BARRETO SM, COUTO BR, STARLING CE. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2003;80(1):41-60.
- BRAUNWALD E. *Tratado de Doenças Cardiovasculares*. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- CARNELOSSO MLC, BARBOSAMA, PORTO CC, SILVA SA, CARVALHO MM, OLIVEIRA ALI. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares na região leste de Goiânia – Goiás. *Cien Saude Colet [periódico na internet]*. 2007 [acessado 8 nov 2012]; 15 (Supl.1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1824](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1824).
- CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV, CIORLIALA, GODOY MRP, CORDEIRO JA, RODRIGUES IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
- COLLINS GS, ALTMAN DG. An independent external validation and evaluation of QRISK cardiovascular risk prediction: a prospective open cohort study. *BMJ* 2009; 339: b2584.
- FREITAS OC, CARVALHO FR, NEVES JM, VELUDO PK, PARREIRA RS, GONÇALVES RM, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2001;77(1):16-21.
- FUCHS FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.
- IBGE. *Estimativa Populacional 2012*. Página visitada em 09 de dezembro de 2012.
- JANSSEN I, KATZMARZYK PT, ROSS R. Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. *Arch Intern Med* 2002;162:2074–9.
- MANCIA G, DE BACKER G, DOMINICZAK A. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2007; 28:1462-1536.
- MALTA DC, MOURA L, SOUZA FM, ROCHA FM, FERNANDES FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009; 10: 337–362.
- MCGAVOCK JM, ANDERSON TJ, LEWANCZUK RZ. Sedentary lifestyle and antecedents of cardiovascular disease in young adults. *Am J Hypertens* 2006;19(7):701-7.
- MONTEIRO MF, SOBRAL FILHO DC. Exercício físico e controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte* 2004;10(6):513-6.
- PUDDEY IB, BEILIN LJ. Alcohol is bad for hypertension. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2006;33(9):847-52.
- Rezende FAC, Rosado LEFLP, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87:728-34.
- ROSS R, BERENTZENT, BRADSHAW AJ, JANSSEN I, KAHN HS, KATZMARZYK PT, et al. Does the relationship between waist circumference, morbidity and mortality depend on measurement protocol for waist circumference? *Obes Rev* 2008;9(4): 312-25.

17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;13(1):1-68.
18. SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. VI Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3 ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
19. THEME-FILHA MM, SZWARCWALD CL, SOUZA-JÚNIOR, PRB. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Supl 1):43-53.
20. VIGITEL. Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010
21. WHITWORTH JA. World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21(11):1983-92.

**Correspondência**

Nome Completo: Arthur Brenno Victor dos Santos  
Endereço: Rua Irineu Joffily, Nº 183, Centro  
Pocinhos- Paraíba- Brasil  
CEP: 58150-000  
E-mail: arthur\_brenno@hotmail.com