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

**Hipertensão arterial sistêmica; Perfil epidemiológico; Cajazeiras, PB**

Epidemiological Profile of systemic hypertension in the population of Cajazeiras, Paraíba.

Hypertension; Epidemiology; Cajazeiras, PB

Resumo

Fundamentos:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) consiste numa doença assintomática, com alta prevalência e baixas taxas de controle. A relevante parcela de hipertensos não diagnosticados apresenta-se como um importante problema de saúde pública.

Objetivos:

Avaliar o perfil epidemiológico da HAS na cidade de Cajazeiras- PB, estratificando-a de acordo com a PA apresentada, verificando a prevalência dos hipertensos não diagnosticados e analisar os fatores de risco (FR) cardiovasculares mais prevalentes.

Métodos:

Estudo analítico, descritivo e transversal, na cidade de Cajazeiras, PB. Foi aferida 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%), sobrepeso ou obesidade (52,5%) e circunferência abdominal aumentada (41,9%).

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.

Abstract

Background:
Hypertension  is an asymptomatic disease, with high prevalence and low control rates. The relevant number (instead of portion) of undiagnosed hypertension presents itself as an important public health problem.

Objectives:
To evaluate the epidemiology of hypertension in the city of Cajazeiras-PB, stratifying according to the blood pressure presented, verifying the prevalence of undiagnosed hypertension and analyzing the cardiovascular risk factors more prevalent.

Methods:
Analytical studies, descriptive and transversal  in the city of Cajazeiras, PB. BP was measured, as the waist circumference, height, weight and a questionnaire regarding cardiovascular RF to all participants. The chi-square and Fisher exact were used to compare proportions. It was considered a significance level of 5% (p <0.05).

Results

The study included a total of 656 participants, 68.43% female. The overall prevalence of hypertension was 33.84% and 8.38% undiagnosed. For the hypertensive population, 63.06% were female. Of all hypertensive, 27.02% were not previously diagnosed. The main RF were: sedentarism (69.6%), history of hypertension (58.4%), excessive consumption of salt (53.7%), overweight or obesity (52.5%) and increased waist circumference (41 , 9%).

Conclusion
It´s possible to identify the high prevalence of undiagnosed hypertension in this population(8.38%), which corresponds mainly to male young adults. The low rates of BP control and high prevalence of modifiable risk factors in the population should also be highlighted.

**Introdução**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle e 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 independente¹.

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 HAS². Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular¹⁻⁴, embora inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%⁶⁻⁷.

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.

**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](http://pt.wikipedia.org/wiki/Munic%C3%ADpio) [brasileiro](http://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil) pertencente à [Mesorregião do Sertão Paraibano](http://pt.wikipedia.org/wiki/Mesorregi%C3%A3o_do_Sert%C3%A3o_Paraibano), e sua população recenseada pelo [IBGE](http://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_Brasileiro_de_Geografia_e_Estat%C3%ADstica) em 2010 foi de 58 437 habitantes, sendo o [oitavo mais populoso do estado](http://pt.wikipedia.org/wiki/Para%C3%ADba#Munic.C3.ADpios_mais_populosos). A pesquisa foi desenvolvida a partir dos habitantes das quadras de cada bairro da cidade, 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 com diagnóstico de HAS e em tratamento, como também aqueles que, durante as três visitas mostraram-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, sendo a PA medida pelo mesmo observador e sob mesmas circunstancias, na qual a PA final foi considerada a média aritmética das duas últimas. Essas medidas foram corrigidas segundo perímetro do braço do individuo examinado, conforme proposto por Fuchs (2004).

Foram seguidas as recomendações da VI Diretriz Brasileira 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 ≥ 180 mmHg ou PAD ≥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 distancia púbis-vertice mais púbis-plantar. As aferições antropométricas foram executadas por um único observador e repetidas. O detalhamento metodológico dos procedimentos antropométricos foram descritos por Lourenço et al (2008).

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 ≥ 30 – obesidade (WHO, 1995). Foram considerados pontos de corte para risco cardiovascular os valores da circunferência abdominal (CA) ≥ 102 cm para o gênero masculino e de ≥ 88 cm, para o feminino (Lean e cols.).

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. Os resultados foram submetidos tabulados no software Microsoft Office Excel em média e desvio-padrão. Posteriormente foram tratados com análise estatística pelo programa GraphPad InStat 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 ± 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 diretriz 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.

**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

**Figura 3: Distribuição dos níveis tensionais nas respectivas faixas etárias, em ambos os gêneros.**

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 4: Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares encontrados na população

Figura 5: Correlação entre os fatores de risco e os níveis tensionais apresentados pela população.

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.

**Tabela 1: Estratificação da população de acordo com a faixa etária e os níveis pressóricos encontrados.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Faixa etária | normotenso | limítrofe | Estágio I | Estágio II | Estágio III | Não diagnosticados | Valor de ρ |
| 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 |

As variáveis étnicas demostraram 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 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 continuo 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.

**Tabela 2: Estratificação da população de acordo com os fatores de risco encontrados na população.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Normotensos | Limítrofe | Hipertensos | Não diagnosticados | Valor de ρ |
| Raça |  |  |  |  |  |
| 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 |
| Antecedentes HAS |  |  |  |  |  |
| Sim | 31,92% | 7,84% | 17,17% | 7,54% | NS |
| Não | 21,68% | 3,91% | 7,54% | 2,4% | NS |
| Estresse |  |  |  | Não  |  |
| Não julga | 37,65% | 8,73% | 19,58% | 6,04% | NS |
| Julga | 15,96% | 3,01% | 5,12% | 3,91% | NS |
| Ativ. física |  |  |  |  |  |
| Sedentário | 47,97% | 9,03% | 18,98% | 8,75% | NS |
| Ativo  | 9,64% | 2,71% | 5,72% | 1,2% | NS |
| CA |  |  |  |  |  |
| Normal | 33,73% | 5,12% | 10,54% | 4,82% | NS |
| aumentada | 19,88% | 6,63% | 14,16% | 5,12% | NS |
| Dieta  |  |  |  |  |  |
| Equilibrada | 22,59% | 4,82% | 12,05% | 4,82% | NS |
| salina | 31,02% | 6,93% | 12,65% | 5,12% | NS |
| Tabagismo |  |  |  |  |  |
| Tabagista | 13,85% | 2,41% | 8,13% | 3,01% | NS |
| Não tabagista | 39,76% | 9,34% | 16,57% | 6,93% | NS |
| Etilismo |  |  |  |  |  |
| 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 |
| Anticoncepcional |  |  |  |  |  |
| Usa | 12,87% | 0,86% | 1,72% | 0,86% | NS |
| Não usa | 45,06% | 9,88% | 21,88% | 6,87% | NS |
| IMC |  |  |  |  |  |
| 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

**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 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. O estudo realizado no município de Cajazeiras, PB, descreve uma realidade presente em todas as cidades brasileiras, em maior ou menor grau. A prevalência da HAS de 33,84% não é assustadora, pois estudos realizados em outros municípios brasileiros revelaram taxas superiores a 30% na maioria dos casos¹⁵.

 A prevalência foi no gênero feminino (63,06%) em relação ao gênero masculino (36,94%) no presente estudo, embora essa percentagem se deva a uma maior amostra da população feminina na pesquisa, o que deve ser considerado. No entanto, no que tange a prevalência da hipertensão 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% da população, ou seja, 27,02% dos hipertensos da amostra.

Estudos demonstram que existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos¹¹. 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 efetiva¹³¯¹⁵. 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 controle²⁰.

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 satisfatórios¹⁶. 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 população¹. 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, IRIGOYEN (2003) afirma 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 à níveis pressóricos elevados, mas sim por este fator estar ligado à outros, dentre eles o sedentarismo, a dieta e hábitos sociais. 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 mortalidade⁹ e o risco de DCV. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos¹²¯¹⁴. 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 arterial¹⁰⁻¹². Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão¹⁵¯¹⁷. 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 ingesta 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 baixas¹⁵¯¹⁸. 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 ingesta 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%¹⁹. 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 na 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.

**Conclusões**

Diante do exposto, pode-se identificar a alta prevalência da HAS não diagnosticada na população estudada (8,38%), assim como no grupo dos hipertensos (27,02%), principalmente no que corresponde aos adultos jovens, que como fora demonstrado, são o grupo que apresentam maior taxa de hipertensos não diagnosticados. A prevalência da HAS em sentido global é maior que a descrita na literatura (33,84%).

Deve-se atentar ao adequado controle dos hipertensos no que se refere à mudanças no estilo de vida, através de ações efetivas no âmbito da atenção primária, as quais devem ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de se reduzir a prevalência desta doença, visto que seus valores não controlados acarretam inúmeros prejuízos, como insuficiência cardíaca, predisposição a acidentes vasculares encefálicos, insuficiência renal, cardiomiopatias, dentre outras. A alta prevalência e aglomeração de FR para DCV entre hipertensos reforça a necessidade não só de aprimoramento do diagnóstico e tratamento da hipertensão, como também da abordagem integral do perfil de risco dessa população.

Constatou-se a alta prevalência dos FR modificáveis na população, como sedentarismo, consumo exagerado de sal, sobrepeso/obesidade e circunferência abdominal aumentada, cujo controle, também a partir das equipes de saúde da família, que agem como facilitadoras da realização do inquérito, assim como algumas das potencialidades da Estratégia Saúde da Família na vigilância dos FR, a fim de preveni-los e alertar a população sobre os mesmos.

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. No entanto, esse estudo não pode concluir a respeito da associação dos outros hábitos de vida, como tabagismo, etilismo e uso de anticoncepcional, analisados de forma isolada, com a presença de hipertensão arterial.

Para controle e prevenção desse quadro, são importantes os cuidados na atenção primária, secundária e terciária com garantia ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento com profissionais capacitados, a fim de reduzir a mobimortalidade, além da redução dos custos para o sistema de saúde e a sociedade. Propõem-se que os programas de controle da HAS dêem prioridade e instruam melhor a população sobre os motivos que podem dificultar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, colocando em risco o adequado controle pressórico e aumentando a morbimortalidade cardiovascular¹.

Pesquisas de prevalência da hipertensão devem priorizar áreas do país onde a informação ainda não é disponível e enfocar, globalmente, a prevalência de todos os FR para doenças cardiovasculares. Exames de pressão arterial são cada vez mais acessíveis à população nos grandes centros urbanos, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sugerindo a possibilidade da realização de estudos de morbidade referida. No entanto, ainda é uma realidade distante nos pequenos centros urbanos, o que se torna um empecilho para o controle e ideal diagnóstico dessa doença.

**Referências**

1. 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.

2. Brandão AA, Pozzan R, Freitas EV, Pozzan R, Magalhães MEC, Brandão AP. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resist ance and metabolic syndrome. J Hypertens 2004; 22(Suppl 1):111S.

3. Braunwald E. Tratado de Medicina Cardiovascular. 9ª ed. São Paulo: Roca, 2011.

4. Carnelosso MLC. Iniciativa Carment: resultados e tendências das prevalências dos fatores de risco cardiovasculares [tese]. Goiânia (GO): Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciên­cias da Saúde, Convênio Centro Oeste / UNB / UFG / UFMS; 2008.

5. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, 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.

6. Collins GS, Altman DG. An independent external validation and evaluation of QRISK cardiovascular risk prediction: a prospective open cohort study. BMJ 2009;339:b2584.

7. 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.

8. 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.

9. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. Am J Clin Nutr 2004; 79:379-84.

10. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 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(12):1462-536.

11. 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. Pág 337–362.

12. Mcgavock JM, Anderson TJ, Lewanczuk RZ. Sedentary lifestyle and antecedents of cardiovascular disease in young adults. Am J Hypertens 2006;19(7):701-7.

13. Monteiro MF, Sobral Filho DC. Exercício físico e controle da pressão arterial. Rev Bras Med Esporte 2004;10(6):513-6.

14. Puddey IB, Beilin LJ. Alcohol is bad for hypertension. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2006;33(9):847-52.

15. 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.

16. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672 678.

17. Ross R, Berentzen T, 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 2007;

18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010.

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. Whitworth JA. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003;21(11):1983-92.