

## Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte

Jéssica Andréa Silva das Chagas<sup>1</sup> e Ariely Nunes Ferreira de Almeida<sup>2</sup>

1 Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amapá, Brasil: E-mail: jessica\_andrea01@hotmail.com

2 Doutoranda em Biologia Parasitária na Amazônia (UEPA/IEC), Mestra em Ciências da Saúde (UNIFAP). Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amapá, Brasil: E-mail: ariely\_nunes@yahoo.com.br

**RESUMO: Objetivo:** Caracterizar quanto ao perfil epidemiológico os hipertensos usuários da Unidade Básica de Saúde da UNIFAP. **Métodos:** Pesquisa descritiva e transversal, na qual foi utilizado um formulário para registro de dados sociodemográficos e clínicos, por meio de entrevista e fontes secundárias. **Resultados alcançados:** Dos 49 hipertensos, a maioria era do sexo feminino, entre 43 e 53 anos, casada, com escolaridade até o ensino fundamental incompleto e renda de 1 a 2 salários mínimos. Quanto às características clínicas, a maioria tinha de 1 a 5 anos de diagnóstico e o fator de risco predominante foi a antecedência familiar, seguido de sedentarismo, estresse e obesidade. Entre as complicações da doença, o Acidente Isquêmico Transitório foi o mais relatado. 75,5% faziam uso de medicação, sendo o principal medicamento a Losartana. Apenas 10,2% praticavam exercícios e 36,7% faziam dieta balanceada. A maioria apresentou Hipertensão Estágio I (32,7%) e Obesidade I (28,6%). **Conclusão:** É necessário enfatizar o tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão, pois se evidenciou baixa adesão à terapia nutricional e a prática de atividade física. Portanto, é fundamental a atuação de uma assistência multiprofissional além de considerar os aspectos sociodemográficos e clínicos para melhoria dos cuidados à saúde dos hipertensos.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Perfil epidemiológico. Epidemiologia descritiva. Promoção da saúde.

### Epidemiological characterization of hypertensive patients users of a north region primary health care unit

**ABSTRACT: Objective:** Characterize as the epidemiological profile the hypertensive users of the UNIFAP's Primary Health Care Unit. **Methods:** Descriptive and cross-sectional study in which a form was used to record demographic data and clinical partner, through interviews and secondary sources. **Achieved results:** Of the 49 hypertensive patients, most were female, between 43 and 53 years old, married, with education until the elementary school and income of 1 to 2 minimum wages. When it comes to the clinical characteristics, most had 1 to 5 years of diagnosis and the predominant risk factor was the family background, followed by a sedentary lifestyle, stress and obesity. Among the complications of the disease, Transient Ischemic Attack was the most reported. 75.5% were receiving drug treatment, the main drug being Losartan. Only 10.2% practiced exercise and 36.7% were in balanced diet. The majority had hypertension stage I (32.7%) and obesity I (28.6%). **Conclusion:** It is necessary to emphasize the non-drug treatment to control high blood pressure, because it showed low adherence to nutritional therapy and physical activity. Therefore, it is essential the work of a multidisciplinary assistance and consider the sociodemographic and clinical aspects for improving care for the health of hypertensive.

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais ([SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010](#)). A HAS, popularmente conhecida como “Pressão Alta”, é uma doença crônico-degenerativa, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados ([BRASIL, 2006](#)).

A HAS é uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Os valores limítrofes para adultos (acima de 18 anos) hipertensos são definidos pela Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg. Em 1998, no Brasil, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais, correspondendo, a aproximadamente 400 milhões de dólares ([TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007](#)).

No mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 7 milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão adoecem por causa da HAS. As graves consequências da doença podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento ([SOCIEDADE BRASILEIRA](#)

[DE HIPERTENSÃO, 2014](#)).

Segundo a [Sociedade Brasileira de Hipertensão \(2014\)](#), doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil e atualmente o país possui 17 milhões de pessoas que sofrem de hipertensão. A doença atinge em média de 30% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no país. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

No Estado do Amapá, dados do programa HIPERDIA ([SISHIPERDIA, 2011](#)) registraram, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, 1.236 hipertensos cadastrados. Desses, 146 se encontravam na cidade de Macapá, sendo 64 homens e 82 mulheres.

O HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos que está incluído no plano de reorganização da atenção à HAS e ao diabetes mellitus (DM). Foi estruturado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, destinado à prevenção, identificação e acompanhamento dos casos de hipertensão arterial e diabetes no Brasil ([LIMA et al., 2011](#)).

Cabe ressaltar que muitos portadores de hipertensão arterial apresentam concomitantemente outras comorbidades, como: diabetes mellitus, dislipidemias e obesidade, o que requer a necessidade de intensificação da assistência e investimentos no gerenciamento das ações terapêuticas para o controle de várias condições crônicas, as quais exigem perseverança e educação continuada. Como causa isolada, a hipertensão arterial pode ser

considerada a mais importante morbidade da população adulta (PAZ et al., 2011).

Os dados citados acima evidenciam a intensa e preocupante progressão da hipertensão no mundo e no Brasil, o que mostra a necessidade de se repensar sobre os rumos dessa doença na saúde e na qualidade de vida da população. Diante deste contexto, este estudo tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico de hipertensos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Macapá, Amapá, Brasil.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2015, junto aos hipertensos usuários da UBS da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Esta UBS foi fundada em 2002 e se localiza na Rua Amadeu Gama, nº 1373, no bairro Jardim Marco Zero, Macapá/AP.

As atividades de atenção básica desenvolvidas na UBS da UNIFAP incluem consulta médica pediátrica, médica ginecológica, médica clínico geral, atendimento ambulatorial, exames clínicos e laboratoriais, imunização, consulta de enfermagem para pré-natal, preventivo do câncer de colo uterino, planejamento familiar, educação em saúde, controle de crescimento e desenvolvimento da criança, controle da HAS, do DM, da tuberculose, da hanseníase, ações de saúde bucal, atendimento odontológico, atendimento com assistente social, atendimento de nutrição, psicologia e o Programa Estratégia Saúde da Família. Além desses serviços, oferece campo de aulas práticas e estágios supervisionados para alunos de

graduação e pós-graduação, projetos de iniciação científica e extensão.

Foram entrevistados 49 indivíduos com diagnóstico de HAS, de ambos os sexos, com idades entre 21 e 78 anos, com condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com as pesquisadoras e que aceitaram participar do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, realizou-se entrevista direta com os participantes em uma sala nas dependências da própria UBS. Além disso, fontes secundárias como os prontuários médicos, fichas de cadastro do programa HIPERDIA ou de acompanhamento dos usuários, também foram consultadas. Os dados coletados foram registrados em um formulário composto por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, cor/raça, situação familiar/conjugal, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar) e clínicas (tempo de diagnóstico, fatores de risco, complicações secundárias, formas de tratamento, pressão arterial, índice de massa corporal, relação cintura - quadril).

Para a classificação da pressão arterial, foi considerada aquela descrita na VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), para maiores de 18 anos, sendo: Ótima (<120 x <80); Normal (<130 x <85); Limítrofe (130 – 139 x 85-89); Hipertensão estágio I (140-159 x 90-99); Hipertensão Estágio II (160-179x 100-109) e Hipertensão Estágio III ( $\geq 180$  x  $\geq 110$ ).

Para o índice de massa corporal (IMC), foram adotados os conceitos e valores preconizados pela OMS (2012): baixo peso, <18,5 kg/m<sup>2</sup>; peso normal, 18,5 - 24,9kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso, 25,0 - 29,99kg/m<sup>2</sup>; Obesidade I, 30,0 - 34,9 kg/m<sup>2</sup>; Obesidade

II, 35,0 – 39,9 e Obesidade III  $\geq$  40.

Quanto à relação cintura-quadril (RCQ) foram adotados os parâmetros da [OMS \(2000\)](#), sendo eles: risco de complicações metabólicas e cardíacas aumentados  $\geq$  94 cm para homens e  $\geq$ 80 cm para mulheres; e risco aumentado substancialmente,  $\geq$ 102 cm para homens e  $\geq$ 88 cm para mulheres.

Para avaliação da renda familiar, considerou-se o valor do salário mínimo nacional em 2015 (R\$ 788,00), conforme reajuste estabelecido através do Decreto Presidencial nº 8.381, de 29.12.2014.

Após coleta de dados, os mesmos foram tabulados no programa Excel 7.0. Em seguida, calcularam-se as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis categóricas, e a média, desvio padrão e mediana para as variáveis contínuas.

O estudo obedeceu aos critérios de Ética e Pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP, parecer nº 990.060, de 04/03/2015.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 49 hipertensos pesquisados por este estudo, houve predomínio do sexo feminino, com 38 mulheres (77,6%), o que corrobora com o perfil de gênero encontrado em outros estudos com hipertensos no Brasil. No trabalho de Santos (2012), dados colhidos do programa de controle de tratamento de diabetes e hipertensão (HIPERDIA) no sistema DATA-SUS, no período de 2007 a 2012, apontaram um total de 6.180 casos de hipertensão, sendo 2.429 do sexo masculino e 3.751 do sexo feminino no estado do A-

mapá. A prevalência do sexo feminino também se mostrou no estudo de Custódio et al (2010), com 79,2% dos entrevistados sendo mulheres.

Essa predominância do sexo feminino pode ser explicada pela idade mais elevada e pela perda da proteção hormonal que ocorre em mulheres acima de 40 anos, devido à insuficiência ovariana causada pela menopausa, como relatado por [Pessuto e Carvalho \(1998\)](#). Os mesmos também constataram que devido à questão hormonal, até 40 anos os homens são mais atingidos pela hipertensão e após essa idade são as mulheres as mais acometidas. Além disso, [Zaitune et al. \(2006\)](#) verificaram que, em geral, as mulheres têm uma maior consciência da doença, apresentando, assim, uma maior tendência para o autocuidado e para buscar mais ajuda médica, o que aumenta a probabilidade de ter a doença hipertensiva diagnosticada. Dessa forma, a visita frequente ao médico pode ser uma das causas para o aumento da expectativa de vida das mulheres, o que corrobora com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - [IBGE \(2000\)](#) que afirmam que as mulheres vivem 7,8 anos mais que os homens.

Com relação à idade, os entrevistados tinham entre 21 e 78 anos, sendo a média de idade para o sexo feminino, 49,2 anos (DP $\pm$ 13,4) e mediana 46,5 anos. Para o sexo masculino, 56,7 anos (DP $\pm$ 14,8) e mediana 60 anos. Esses resultados evidenciam que a amostra foi bastante heterogênea, o que mostra que a HAS pode atingir qualquer idade, não se restringindo a pessoas idosas e atingindo também pacientes em idade produtiva. Isso é evidenciado pelos números encontrados no

presente estudo, em que 44,9% das pessoas são trabalhadores remunerados.

A literatura relata que os indivíduos negros são afetados pela hipertensão cerca de duas vezes mais frequentemente do que os brancos e parecem ser mais vulneráveis às suas complicações ([COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000](#)). Porém neste estudo, houve o predomínio de pessoas pardas (61,2%). Tal dado condiz com um estudo desenvolvido em Salvador - BA, o qual constatou que as mulheres pardas ou negras apresentaram quase duas vezes mais hipertensão arterial do que as brancas, 38,7% e 22,1%, respectivamente ([AQUINO et al., 2001](#)). Outro fato que pode justificar a presença maior de pardos no estudo é que a cor parda é a segunda raça predominante no Brasil, com 45 % da população, segundo Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010.

A maioria dos pacientes (28,6%) era casada, da mesma forma que nos estudos de [Lopes et al. \(2012\)](#), [Pierin et al. \(2001\)](#), [Cenatti et al. \(2013\)](#) e [Zaitune et al. \(2006\)](#), em que também houve um predomínio de pessoas que vivem com cônjuge. Esta condição pode estar associada a um acúmulo de funções domésticas e obrigações, ou a certo estresse proporcionado pela constituição de família, configurando um dos fatores de risco.

Também são considerados fatores de risco para a hipertensão: excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, tabagismo, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores de risco cardiovascular ([SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010](#)). No presente estudo, prevaleceram os seguintes fatores de risco: antecedentes familiares de HAS (83,7%), sedentarismo

(65,3%), estresse (53,1%) e sobrepeso/obesidade (34,7%). Ademais, 44,9% das pessoas disseram ser trabalhadores remunerados; 38,8% não terminaram o ensino fundamental e 53,1% possuem renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, o que demonstra a predominância de baixo nível instrucional e econômico entre os participantes deste estudo.

Devido à baixa escolaridade e qualificação para entrar no mercado de trabalho, constatou-se, durante as entrevistas, que esses indivíduos acabam sendo admitidos em empregos informais que geralmente possuem uma grande carga de trabalho físico e estresse. Dados semelhantes às condições econômicas e de educação encontradas neste estudo, também foram observadas em outros estudos com hipertensos ([CASTRO et al., 2003](#); [LOPES et al., 2012](#); [ZAITUNE et al., 2006](#)). Segundo Santos (2002), os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de HAS 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade.

De acordo com [Castro et al. \(2003\)](#), a vida cheia de compromissos, obrigações, ansiedades, pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego e atividade física aumentam o nível de estresse, o que pode contribuir para o aumento da pressão arterial, provocando fadiga, lentidão, irritabilidade e insegurança. As características sociodemográficas dos hipertensos estão demonstradas na [Tabela 1](#).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos hipertensos usuários da UBS/UNIFAP. Macapá, 2015

**Table 1** – Sociodemographic characteristics of UNIFAP's primary health care unit hypertensive patients. Macapá, 2015.

Sexo	N	%
Feminino	38	77,6%
Masculino	11	22,4%
Idade (anos)	Média	DP
Feminino (Faixa Etária: de 21 a 78 anos)	49,2	13,4
Masculino (Faixa Etária: de 31 a 74 anos)	56,7	14,8
		Me-diana
		46,5
		60
Raça/cor	N	%
Branca	9	18,4%
Negra	9	18,4%
Parda	30	61,2%
Índigena	1	2%
Situação conjugal	N	%
Solteiro (a)	9	18,4%
Casado (a)	14	28,6%
Separado (a)	4	8,2%
Divorciado (a)	2	4,1%
Viúvo (a)	9	18,4%
União Estável	11	22,4%
Escolaridade	N	%
Analfabeto	8	16,3%
Fundamental Incompleto	19	38,8%
Fundamental Completo	3	6,1%
Médio Incompleto	5	10,2%
Médio Completo	9	18,4%
Superior Incompleto	2	4,1%
Superior Completo	2	4,1%
Especialização	1	2%
Profissão/ocupação	N	%
Autônomo	11	22,4%
Do lar/Aposentado	16	32,7%
Trabalhador Remunerado	22	44,9%
Renda Familiar	N	%
Menos de 1 salário mínimo	9	18,4%
1-2 salários mínimos	26	53,1%
2-5 salários mínimos	10	20,4%
≥ 5 salários mínimos	4	8,2%

Fonte: dados do estudo.

A maioria dos pacientes relatou ter de 1 a 5 anos de diagnóstico da HAS, configurando 46,9% do total, como se pode observar na [Tabela 2](#). Esse diagnóstico relativamente precoce pode estar relacionado com o fato de 32,7% dos pacientes possuírem hipertensão estágio I, o estágio mais brando da doença, ou ainda pode apontar um bom controle da mes-

ma.

A literatura sempre aponta esse estágio da doença como o mais frequente ([WHO, 1996](#)), mas a comparabilidade dos achados torna-se difícil pelas diversas classificações de hipertensão utilizadas. Embora o risco relativo seja mais alto naqueles indivíduos com níveis mais elevados de pressão arterial, há consideravelmente menos nessa categoria, e a hipertensão no estágio 1 é responsável por uma grande proporção na morbidade e nas incapacidades atribuíveis à doença ([WHELTON, 1994](#)). De qualquer modo, é nesse estágio (exceto para pacientes com lesão em órgão-alvo, em que a terapêutica deve ser introduzida) que as modificações do estilo de vida fazem parte importante da estratégia de redução da pressão arterial ([CBHA, 2002](#)).

Alguns estudos apontam o distúrbio do sono como fator principal que leva ao desenvolvimento da hipertensão ([HANUS et al., 2015](#)). No presente estudo, a maioria dos entrevistados disse dormir bem (67,3%). Porém, 38,8% dos hipertensos afirmaram dormir menos de 8 horas por dia, o que pode ter influenciado no curso da HAS. Além disso, 20,4% relataram ingestão frequente de álcool e 8,2% tabagismo. Portanto, evidencia-se neste estudo, conforme já descrito pela literatura, a presença de diversos fatores de risco para o aparecimento da doença.

Quanto às complicações da HAS, a maioria relatou já ter apresentado ataque isquêmico transitório (16,3%), problemas renais (14,3%) e aperto/dor no coração (14,3%). Também foram relatados alguns problemas como o aumento da pressão intraocular (4,1%), arritmias (4,1%), dispneia (4,1%), além de outras complicações

(aterosclerose, paralisia facial, gravidez de alto risco, entre outras) (8,2%). Ademais, 49% dos hipertensos disseram não terem tido complicações até o momento da entrevista. No estudo de [Lopes et al \(2012\)](#) observou-se que a maioria dos pacientes hipertensos apresentavam cardiopatias de diversas ordens, entre elas Infarto Agudo do Miocárdio. No presente estudo, por sua vez, o infarto propriamente dito não prevaleceu, mas sim o Ataque Isquêmico Transitório, que se diferencia do Acidente Vascular Encefálico por ter, geralmente, duração de 10 a 20 minutos. Destarte, sintomas isquêmicos presentes por uma hora raramente (< 15%) se resolvem nas próximas 23 horas ([ANDRÉ, 2006](#)).

**Tabela 2** – Características clínicas dos hipertensos usuários da UBS/UNIFAP. Macapá, 2015.

**Table 2** – Clinical characteristics of UNIFAP's primary health care unit hypertensive patients. Macapá, 2015.

Tempo de diagnóstico (anos)	N	%
Menos de 1	10	20,4%
1 a 5	23	46,9%
6 a 10	10	20,4%
11 a 15	2	4,1%
16 a 20	1	2%
≥20	3	6,1%
Fatores de risco	N	%
Antecedentes familiares	41	83,7%
Alcoolismo	10	20,4%
Tabagismo	4	8,2%
Sedentarismo	32	65,3%
Sobrepeso/Obesidade	17	34,7%
Colesterol Alto	11	22,4%
Estresse	26	53,1%
Dorme mal	16	32,7%
Sem fatores de risco	2	4,1%
Complicações secundárias	N	%
Ataque Isquêmico Transitório	8	16,3%
Problemas renais	7	14,3%
Aperto/dor no coração	6	12,2%
Arritmias	2	4,1%
Alta pressão intraocular	2	4,1%
Dispneia	2	4,1%
Outras complicações	4	8,2%
Sem complicações	24	49%

Fonte: dados do estudo.

No que tange às formas de tratamento, conforme a [Tabela 3](#), foi observado que 37 pessoas fazem uso de medicação (75,5%) e 12 não fazem (24,5%). Dessas 37, 21 (56,8%) disseram fazer uso do medicamento Losartana; seguido de 8 (21,6%) que fazem uso de Hidroclorotiazida e 6 (16,2 %) que fazem uso de Captopril. A Losartana Potássica é um exemplo clássico de antagonistas dos receptores da AT1 ativos por via oral ([RANG et al., 2011](#)). Sua principal ação é resultante do bloqueio do receptor tipo I (AT1) da Angiotensina II, resultando em inibição da vasoconstrição e diminuição da síntese de aldosterona ([ROYO et al., 2014](#)), o que culmina na redução da pressão arterial. O frequente uso da Losartana em detrimento de outras medicações pode estar relacionado com seu baixo custo e com o fato dessa medicação ser distribuída gratuitamente nas unidades de saúde. Fatores esses que favorecem a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, constatou-se a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso quando apenas 5 (10,2%) pacientes disseram praticar exercícios físicos e 18 (36,7%) faziam dieta balanceada .

**Tabela 3** – Formas de tratamento utilizadas pelos hipertensos usuários da UBS/UNIFAP. Macapá, 2015

**Table 3** – Forms of treatment used by UNIFAP's primary health care hypertensive patients. Macapá, 2015.

Formas de tratamento	N	%
a. Medicamentoso	37	75,5%
Losartana	21	56,8%
Captopril	6	16,2%
Propranolol	4	10,8%
Hidroclorotiazida	8	21,6%
Amilorida	1	2,7%
AAS (Ácido Acetilsalicílico)	3	8,1%
Valsartana	1	2,7%
Cordarex	1	2,7%
Metildopa	2	5,4%

Medicamento magistral	1	2,7%
Não faz uso de medicação	12	24,5%
b. Exercícios físicos como terapia	5	10,2%
c. Dieta balanceada	18	36,7%

Fonte: dados do estudo.

Os níveis pressóricos e o estado nutricional estão descritos na [Tabela 4](#). Foi observado que 32,7% dos participantes possuem Hipertensão estágio I e 28,6% Obesidade I. O alto índice de IMC, indicando obesidade mostra uma falha no controle nutricional exercido, pois mesmo que os pacientes sejam medicados, se não há um acompanhamento com o profissional nutricionista, a tendência é que os hábitos alimentares permaneçam inadequados.

Nesse contexto, destaca-se a obesidade abdominal, considerada perigosa à saúde, pois está mais associada à morbimortalidade cardiovascular ([MARIATH et al., 2007](#)). Alguns autores já mostraram a importância da obesidade abdominal como fator de risco cardiovascular, especialmente quando associada às dislipidemias, à intolerância à glicose e à hipertensão arterial, compondo a síndrome metabólica ([SAAD et al., 2006](#); [SPOSITO et al., 2007](#)).

**Tabela 4** – Valores pressóricos e estado nutricional dos hipertensos usuários da UBS/UNIFAP. Macapá, 2015

**Table 4** - Pressure values and nutritional status of UNIFAP's primary health care hypertensive patients. Macapá, 2015.

Pressão Arterial (PAS x PAD - mmHg)	N	%
Ótima <120 x <80	9	18,4%
Normal <130 x <85	8	16,3%
Limítrofe 130 – 139 x 85-89	8	16,3%
Hipertensão estágio I 140-159x 90-99	16	32,7%
Hipertensão estágio II 160-179x 100-109	7	14,3%
Hipertensão estágio III ≥180 x ≥110	1	2%

Estado Nutricional (IMC-kg/m <sup>2</sup> )	N	%
Peso normal 18,5 – 24,9	12	24,5%
Sobrepeso 25,0 – 29,9	12	24,5%
Obeso I 30,0 – 34,9	14	28,6%
Obeso II 35,0 – 39,9	7	14,3%
Obeso III ≥ 40	4	8,2%

Fonte: dados do estudo.

De acordo com os valores da relação cintura-quadril (RCQ) é possível avaliar o risco de complicações metabólicas e cardiovasculares em homens e mulheres, para os quais os valores de referência diferenciam entre os sexos ([WHO, 2000](#)). A [Tabela 5](#) mostra a avaliação do RCQ dos 49 hipertensos avaliados neste estudo.

**Tabela 5** – Risco de complicações metabólicas e cardíacas dos hipertensos usuários da UBS/UNIFAP. Macapá, 2015

**Table 5** – Risk of metabolic and cardiac complications of UNIFAP's primary health care hypertensive patients. Macapá, 2015.

Risco de complicações metabólicas e cardiovasculares (WHO, 2000).					
Homens	n	%	Mulheres	n	%
Aumentado (RCQ ≥94)	5	45,5%	Aumentado (RCQ ≥80)	12	31,6%
Aumentado substancialmente (RCQ ≥102)	1	9,0%	Aumentado substancialmente (RCQ ≥88)	23	60,5%
Sem risco	5	45,5%	Sem risco	3	7,9%

Fonte: dados do estudo.

A partir da [Tabela 5](#), é possível verificar que 41 (83,7%) dos hipertensos, sendo 35 mulheres e 6 homens, apresentaram risco aumentado ou substancialmente aumentado de ter doenças cardiovasculares. Esse achado é preocupante pela possibilidade do surgimento de sérias complicações associadas à hipertensão e obesidade. No estudo de [Giroto et al \(2010\)](#), a prevalência de gordura abdominal identificada pela RCQ e CA (circunferência ab-



dominal) foi maior no sexo feminino (87,9% e 82,8%, respectivamente) do que no masculino (30,2% e 36,0%, respectivamente), com valores estatisticamente significantes ( $p < 0,001$ ). Neste estudo, não foi possível comparar os valores de RCQ entre os sexos devido à pequena amostra de homens.

Ressalta-se a necessidade da prática regular de atividade física como fator contribuinte para o controle dos níveis pressóricos (BARROSO *et al.*, 2008), bem como da obesidade (MION *et al.*, 2007) em pacientes hipertensos. Contudo, assim como neste estudo, diversos outros identificam o sedentarismo como altamente prevalente em nossa sociedade, tanto em indivíduos portadores como não portadores de hipertensão arterial (JARDIM *et al.*, 2007; MION JUNIOR *et al.*, 2007; LESSA *et al.*, 2006; PITANGA; LESSA, 2005), o que dificulta o controle e tratamento da doença.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados expostos, conclui-se que apesar de todos os esforços e estratégias estabelecidas na rede de Atenção primária à saúde para o cuidado da pessoa com HAS, ainda se faz necessário enfatizar o tratamento não medicamentoso como crucial para um controle adequado e efetivo da doença, pois se constatou uma baixa adesão à terapia nutricional e a prática de atividade física entre os participantes deste estudo. Fatores estes, que podem estar influenciando na presença de sobrepeso/obesidade e de risco aumentado ou substancialmente aumentado para doenças metabólicas e cardiovasculares.

Dessa forma, ressalta-se a importância de uma equipe multiprofissional no cotidiano da assistência a esses indivíduos, uma vez que cada profissional tem o seu papel e abordará diferentes necessidades no tratamento do paciente. Mas infelizmente, esta não é a realidade da rotina de grande parte das unidades de saúde no Brasil, onde ainda é inexistente ou insuficiente a participação de profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros, tão necessários para a efetivação de um cuidado realmente holístico aos portadores de doenças crônicas, como a hipertensão.

Destarte, as condições sociodemográficas e clínicas de uma determinada população devem ser avaliadas periodicamente e usadas como indicadores para o planejamento, avaliação e controle das ações de saúde direcionadas a ela, a fim de que as estratégias de cuidado sejam pensadas considerando as reais condições sociais dos indivíduos envolvidos e que atendam suas necessidades específicas de saúde.

#### REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, 250p.
- AQUINO, E. M. L. L. *et al.* Hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem-padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, v. 76, n. 3, p. 197-202, ago. 2001.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Revista da Associação**

**Médica Brasileira**, Goiânia, v. 54, n. 4, p. 328-33, abril 2008.

BRASIL. Decreto n.º 8.381, de 29 de dezembro de 2014. Salário Mínimo Brasileiro de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 dez 2014, Seção 1, pt. 1. Disponível em: <[http://www.portalbrasil.net/salariomimo\\_2015.htm](http://www.portalbrasil.net/salariomimo_2015.htm)>. Acesso em: 13 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Plenário do Conselho Nacional de Saúde**. Out, 1996.

CASTRO, M. E. *et al.* Necessidades humanas básicas afetadas pela hipertensão arterial e estilo de vida. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 21-27, ago. 2003.

CBHA - CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - IV DIRETRIZES BÁSICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. Campos do Jordão. São Paulo, 2002.

CENATTI, J. L. *et al.* Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Paraná, v. 2, n. 01, p. 21-31, jun. 2013.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Robbins: Patologia Estrutural e Funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CUSTÓDIO, I. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 18-24, jan-fev. 2011.

GIROTTI, E. *et al.* Prevalência de obesi-

dade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Ibiaporã, v. 94, n. 6, p. 754-62, out. 2010.

HANUS, J. S. *et al.* Características e qualidade do sono de pacientes hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 596-602, mar 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 18 set. 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga tábua de vida de 2000**. Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122001tabua.shtm>>. Acesso em: 15 out. 2015.

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Goiânia, v. 88, n. 4, p. 452-457, out. 2007.

LESSA, I. *et al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, v. 87, n. 6, p. 747-56, maio 2006.

LIMA, L. M. *et al.* Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011.

LOPES, W. da S. *et al.* Arterial hypertension: sociodemographic profile and comorbidities of patients from northwest Paraná State, Southern Brazil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 2, p. 119-126, jul-dec. 2012.

MARIATH, A. B. *et al.* Obesidade e fatores

- de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, abr. 2007.
- MION JR, D. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, set. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Statistics 2012**. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/publications/worldhealthstatistics/ENWHS2012Brochure.pdf>>. Acesso em: 15/09/2014.
- PAZ, E. P. A. *et al.* Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigação e Educação em Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 467-476, ago. 2011.
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998.
- PIERIN, A. M. G. *et al.* O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 1, p. 11-18, mar. 2001.
- PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870-877, maio-jun. 2005.
- RANG, H.P. *et al.* **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- ROYO, V. de A. *et al.* Análise do medicamento losartana potássica manipulado em farmácias de Montes Claros-MG. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, Diamantina, v. 26, n. 4, p. 229-232, nov. 2014.
- SAAD, M. J. A. *et al.* Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, n. 2, p. 161-162, abril 2006.
- SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. Aspectos relacionados com a hipertensão. In: **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado**. Fortaleza: Unifor; 2002. p.15-25.
- SISHIPERDIA. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasil, 2011. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/hiperelhiperrisco.asp>> Acesso em: 19 out. 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em 12 ago.2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Brasil pode ter 80% a mais de hipertensos até 2025, diz pesquisa**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=69>>. Acesso em: 19 out. 2015.
- SPOSITO, A. C. *et al.* IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, p. 2-19, abr. 2007.
- TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis,

lis, v. 16, n. 2, p. 233-8, abr-jun. 2007.

WHELTON, P. K. Epidemiology of hypertension. **The lancet**, v. 344, n. 8915, p. 101-106, jul.1994.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a World Health Organization Consultation**. Geneva, n. 284, p. 256, 2000.

\_\_\_\_\_. Hypertension control. **Technical Reports Series**, Geneva, n. 862, 1996.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006.

## AGRADECIMENTOS

À **Fundação Tumucumaque – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amapá (FAPEAP)** pela concessão de bolsa de Iniciação Científica Superior (chamada nº 004/2014; Portaria 34/2014) para realização desta pesquisa.



License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Artigo **recebido** em 29 de agosto de 2016.

**Avaliado** em 29 de outubro de 2016.

**Aceito** em 31 de outubro de 2016.

**Publicado** em 03 de novembro de 2016.

## Como citar este artigo (ABNT):

CHAGAS, Jéssica Andréa Silva das; ALMEIDA, Ariely Nunes Ferreira de. Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 6, n. 2, p. 105-116, maio/ago. 2016.