

HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UNIDADES DE SAÚDE: RECONHECIMENTO, TRATAMENTO, CONTROLE E FATORES DE RISCO

**Hypertension among professionals of health
care units: recognition, treatment, control and
risk factors**

Sandra Aparecida Benite-Ribeiro

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Instituto de
Biociências
sandrabenite@ufg.br

Kassila Conceição Ferreira dos Santos

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Enfermagem
kassilaenf@hotmail.com

Kelvia Donato da Silva

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Enfermagem
kelviadonato@hotmail.com

Resumo

Os objetivos do presente estudo foram averiguar a prevalência da hipertensão arterial, os fatores associados, o reconhecimento e os cuidados à saúde de profissionais que trabalham em unidades de saúde. O estudo foi transversal e analisou 172 profissionais de unidades de saúde de ambos os gêneros. A prevalência de hipertensão e os fatores associados foram investigados por meio de medidas de pressão arterial, antropométricas e questionários, respectivamente. Os testes utilizados foram Qui-quadrado, Mann Withney e Correlação de Spearman ($P < 0,05$). A prevalência da hipertensão arterial foi de 35,7% nos homens, de 25% nas mulheres e aumentou com a idade. Observou-se que 76% reconheciam a doença, 56% estavam em tratamento e 65% controlavam a hipertensão. Os principais fatores associados foram: histórico familiar de hipertensão (72,7%), obesidade (40,1%), sedentarismo (64,5%), inadequação alimentar (94,3%) e excesso de massa corporal (50%). A prevalência, o reconhecimento e o controle da hipertensão foram similares aos encontrados em outros

estudos, enquanto o tratamento foi superior. Apesar do local de trabalho da população estudada, os fatores modificáveis associados à hipertensão arterial foram elevados, nomeadamente os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo. Destacou-se também o alto índice de excesso de massa corporal, de gordura central e o controle ineficiente da hipertensão desta população.

Palavras-chave

Hábitos alimentares; Obesidade; Sedentarismo

Abstract

The present study aimed at checking among healthcare professional the prevalence and awareness of hypertension, its associated risk factors, and their own health care. A transversal study was conducted with 172 professionals of healthcare units of both genders. The prevalence of hypertension and associated factors was assessed by blood pressure and anthropometric measurement, and by questionnaires. Chi-squared, Mann Whitney, and Spearman correlation tests was used to analyze the results ($P < 0.05$). The prevalence of hypertension was 35.7% in men and 25% in women and it increased with age. It was observed that 76% of the professionals were aware of their condition, 56% were in treatment, and 65% was controlling their hypertension. The main factors associated with hypertension were: family history of hypertension (72.7%), obesity (40.1%), sedentarism (64.5%), inadequate diet (94.3%), and high body mass index (50%). The prevalence and awareness of hypertension, and its control were similar to other studies, whereas hypertension treatment was more frequent. The alterable factors associated with arterial hypertension as inadequate diet and sedentarism was considerate high despite of their work environment, healthcare unities. Moreover, high prevalence of high body mass and central fat, and the inefficient control of hypertension among the studied population was emphasized.

Key words

Nutritional behavior; Obesity; Sedentarism

INTRODUÇÃO

Atualmente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, sendo responsável por aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo (CHOBANIAN et al., 2003). A hipertensão arterial também é o principal fator de risco modificável às doenças cardiovasculares (DCV) e ao acidente vascular cerebral (WONG et al., 2003). Os principais fatores modificáveis para a HAS apontados pelo estudo INTERHEART são o tabagismo, a obesidade central, o diabetes, o uso regular de álcool, o sedentarismo e o histórico familiar (YUSUF et al., 2004), sendo que os hábitos dietéticos inadequados e o sedentarismo são os principais fatores modificáveis do aumento da

adiposidade corporal, da deposição de gordura na região central do corpo e das comorbidades resultantes da obesidade (GORTMAKER et al., 2011).

O conhecimento sobre a prevalência da HAS e seus fatores de risco é de grande importância, principalmente no que se refere ao estabelecimento de políticas de saúde para prevenção e promoção da saúde da população (WHELTON et al., 2002). Além disso, a detecção e o reconhecimento da doença em indivíduos assintomáticos são essenciais para o tratamento e o controle nos estágios iniciais, de forma a prevenir custos sociais e sofrimento das pessoas acometidas pela doença (SLIWA; STEWART; GERSH, 2011).

O monitoramento preconizado pelos programas de medicina preventiva pode garantir a saúde dos trabalhadores a partir de um sistema determinado pelas Normas Regulamentadoras (NR) de Segurança e Medicina do Trabalho. O programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), constante nas NR-7 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como de doenças crônico-degenerativas e suas consequências na qualidade de vida do trabalhador. Os relatórios gerados a partir do PCMSO fornecem dados clínicos e epidemiológicos que fomentam ações corretivas para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores no ambiente de trabalho. Desta forma, diagnosticar fatores de risco das DCV, sobretudo nos que atuam em locais de cuidados à saúde das pessoas, é de grande importância para a realização de estratégias educativas para incentivar os profissionais à adesão ao estilo de vida saudável de forma a diminuir as DCV e suas complicações.

Assim, o presente estudo teve como objetivos avaliar a prevalência, os fatores associados, o reconhecimento e os cuidados com a saúde de profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família, em relação à hipertensão arterial aos fatores associados.

METODOLOGIA

O estudo consistiu de análises seccionais de dados coletados no âmbito de uma investigação transversal com profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, no município de Jataí, no estado de Goiás, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 279/11. Os critérios de inclusão foram: funcionários de ambos os gêneros e de todas as faixas etárias que atuavam em unidades de saúde e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os funcionários que apresentavam doenças agudas nas duas

últimas semanas, problemas que impediam aferição das medidas antropométricas ou a prática de atividade física e as gestantes.

O instrumento de pesquisa consistiu de dois questionários auto administrados. Foi usado o instrumento do Ministério da Saúde do Brasil “Como está sua alimentação? (BRASIL, 2008), composto por dezoito questões quanti-qualitativas, que contêm perguntas de múltipla escolha sobre os hábitos alimentares dos indivíduos. As questões quantitativas abordam a frequência do consumo de porções de frutas, hortaliças, leguminosas e carnes (boi, frango, peixe e ovos). As questões qualitativas abordam os comportamentos alimentares de retirada ou não da gordura aparente da carne vermelha ou do frango, frequência do consumo de doces, frituras e embutidos etc. Para as análises quanti-qualitativas foi utilizada como padrão para as análises a pirâmide alimentar brasileira (PHILIPPI et al., 1999). Além disso, foi gerado um escore geral do questionário “Como está sua alimentação?”, que foi comparado com os escores do Guia Alimentar para a População Brasileira, sendo que para valores superiores a 42 pontos, a alimentação foi considerada como adequada e para valores inferiores, foi considerada inadequada (BRASIL, 2008).

O outro instrumento, composto por vinte e uma questões, abordou fatores relacionados ao reconhecimento, tratamento e controle da doença, questões sociodemográficas, relatos de hipertensão arterial, de diabetes, de obesidade ou de doença cardiovascular familiar, comportamentos como tabagismo ou alcoolismo, prática de atividade física, relatos de massa corporal e de altura. Foram considerados como tendo reconhecimento da condição de portador de HAS aqueles indivíduos que responderem “Sim” à pergunta: “alguma vez um médico ou outro profissional de saúde lhe informou que você tinha ou tem hipertensão arterial (ou pressão alta)?”. O tratamento da hipertensão arterial foi definido como uso de drogas anti-hipertensivas regularmente. O manejo não medicamentoso da hipertensão não foi considerado como tratamento da HAS no presente estudo. O controle da hipertensão arterial foi definido como pressão arterial sistólica (PAS) < 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) < 90 mmHg, de acordo com Diretrizes da SBC (SBC, 2010).

Considerou-se tabagista todo indivíduo que declarou ser fumante no momento da entrevista, independentemente da quantidade de cigarros. Foram considerados consumidores de bebida alcoólica todos aqueles que referiram fazer uso, independentemente do tipo, quantidade ou frequência. A atividade física regular foi definida como a prática de atividade física no mínimo duas vezes na semana, durante ao menos trinta minutos por dia. Foi considerado sedentário aquele que negou a prática de qualquer tipo de atividade física.

As medidas antropométricas de circunferência da cintura (CC) foram medidas no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca, com o indivíduo em pé e no ponto máximo da expiração normal e a circunferência do quadril (CQ) foi medida na altura do trocânter maior. A relação cintura-quadril foi obtida pela equação $RCQ = C(\text{cm})/Q(\text{cm})$. A obesidade central foi determinada para $CC > 80 \text{ cm}$ e $RCQ > 0,85$ em mulheres e $CC > 94 \text{ cm}$ e $RCQ > 0,90$ em homens (HAN et al., 1995). O cálculo de índices de massa corporal (IMC) foi feito pela equação $IMC = \text{massa corporal (kg)}/\text{altura (m)}^2$. A classificação do IMC foi de eutrofia se $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso se IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ e obesidade para $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Foram considerados com excesso de massa corporal os indivíduos com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (WONG et al., 2003).

A pressão arterial foi aferida conforme Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010). Todas as medidas foram feitas em duplicado e obteve-se a média entre as duas medidas. A hipertensão arterial foi definida a partir dos seguintes critérios: $PAS > 140 \text{ mmHg}$ ou $PAD > 90 \text{ mmHg}$, tratamento corrente com drogas anti-hipertensivas ou relato de ter hipertensão arterial.

Amostra total apresentou predominância de mulheres (144 – 83,7%; homens = 28 – 16,3%) com média de idade de 36,7 ($\pm 9,1$) anos e dos homens de 41,8 ($\pm 10,7$). Os aspectos sócio-econômicos são apresentados na Tabela I. A renda familiar das mulheres foi de até dois salários mínimos e dos homens de 2 a 5 salários (Tabela I).

As prevalências de reconhecimento, tratamento, controle e dos fatores associados a HAS foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado (χ^2) e as diferenças entre os gêneros foram investigadas pelo teste de Mann Whitney, uma vez que a amostra não apresentou normalidade de distribuição (Kolmogorov-Smirnov test). Para análise das associações entre os fatores de risco e a hipertensão arterial, foram feitas correlações entre as variáveis indicadoras da pressão arterial com IMC e RCQ (Teste de Correlação de Spearman). O nível de significância foi de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Do total de 244 profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família e na Secretaria Municipal de Saúde, Município de Jataí, 172 participaram do estudo (70,5%). Entre os sujeitos entrevistados, 50,8% eram profissionais da área de saúde e 49,2% exerciam outras funções. Entre os profissionais da saúde, 6,4% eram enfermeiros, 30,0% técnicos de enfermagem, 2,9%, dentistas, 4,5%, agentes comunitários, 5,2 %, fiscais da vigilância

sanitária, 1,2 %, nutricionistas e 0,6 % biólogo. Entre os profissionais que não atuavam diretamente na área de saúde, 17,3% eram recepcionistas, 2,9%, serviços gerais, 1,2%, auxiliares de dentista, 26,6% auxiliares administrativos e 1,2%, motoristas. Os sujeitos que participaram da presente pesquisa não trabalhavam em sistemas de turnos e cumpriam oito horas diárias de trabalho.

Tabela I: Características da amostra estratificada pelo gênero

	Homem		Mulher		Agrupados	
Renda ^a	N	%	N	%	N	%
Até 2	8	28,6	92	63,9*	100	58,1
De 2 a 5	13	67,9*	40	27,8	53	30,8
De 5 a 7	6	21,4	9	6,2	15	8,7
Não informaram	1	3,6	3	2,1	4	2,3
Estado civil						
Solteiro	8	28,6	46	31,9	54	31,4
Casado (união estável)	19	67,8*	78	54,2	97	56,4
Divorciado	1	3,6	19	13,2	20	11,6
Viúvo	0	0	1	0,7	1	0,6

* Qui-quadrado $P < 0,05$. ^a Renda familiar *per capita* - salário mínimo= R\$ 622,00

A prevalência de HAS na amostra foi de 35,7% em homens, 25% em mulheres e de 26,7% nos indivíduos agrupados. Os dados de HAS, reconhecimento, tratamento e controle estratificados pela faixa etária são apresentados na figura 1. O reconhecimento da HAS na população estudada agrupada foi de 76,0%, o tratamento foi de 56,5% e o controle, entre os que tratavam, foi de 65,4%. Na faixa etária maior do que 60 anos, todos os indivíduos reconheciam e faziam o tratamento, entretanto somente 50% conseguiam controlar a HAS. Nas demais faixas etárias, o tratamento foi inferior a 50%. O controle da HAS entre os indivíduos que a tratavam também decresceu com o aumento da idade. Não foi encontrado nenhum caso de HAS nos sujeitos da faixa etária de 20 a 30 anos.

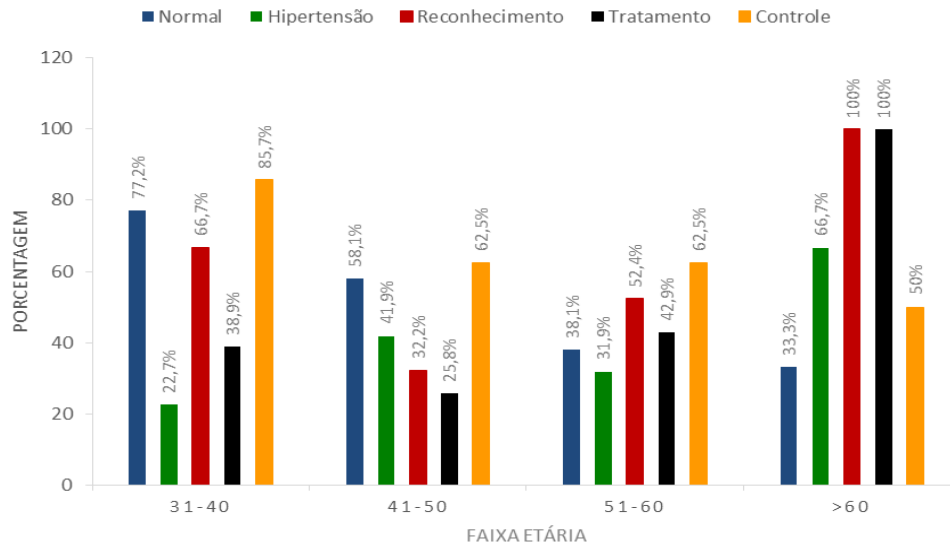


Figura 1 – Pressão arterial normal, hipertensão, reconhecimento, tratamento e controle em porcentagem e estratificados por faixas etárias

Na comparação entre os sujeitos com ou sem HAS (Tabela II) foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Homens e mulheres com HAS apresentaram média de idade, de massa corporal, de circunferência da cintura e de RCQ maior do que nos indivíduos sem HAS. Entretanto, nos dois grupos as médias de RCQ foram maiores do que os valores de normalidade, assim como o IMC dos homens e a CC das mulheres.

Tabela II – Características dos profissionais das Unidades de Saúde com pressão arterial normal e com hipertensão arterial estratificados pelo gênero.

	Homens		Mulheres	
Com HAS	N= 10	35,7%	N= 36	25,0%
Sem HAS	N= 18	64,3%	N= 108	75%
	<i>Com HAS</i>	<i>Sem HAS</i>	<i>Com HAS</i>	<i>Sem HAS</i>
Idade (anos)	50,7 ± 8,6	37,1 ± 8,4*	43,0 ± 7,9	34,6 ± 8,6*
IMC(kg/m²)	30,9 ± 5,0	27,0 ± 2,5	29,6 ± 6,3	24,5 ± 4,0*
CC (cm)	107,1 ± 12,3	92,2 ± 7,6*	98,9 ± 14,9	85,2 ± 10,6*
RCQ	1,02 ± 0,1	0,91 ± 0,1*	0,93 ± 0,1	0,86 ± 0,1*
PAS (mmHg)	137,0 ± 4,6	117,9 ± 8,4*	124,3 ± 14,7	107,5 ± 18,0*
PAD (mmHg)	87,0 ± 9,0	73,8 ± 6,8*	80,8 ± 11,6	66,7 ± 10,5*

*Mann Whitney P < 0,05. HAS - Hipertensão arterial, IMC - índice de massa corporal, CC - circunferência da cintura (cm), RCQ - relação cintura/quadril, PAS - pressão arterial sistólica, PAD - pressão arterial diastólica; os valores são expressos em média ± desvio padrão.

Na tabela III são apresentados os resultados dos fatores de risco à HAS na amostra estratificada em indivíduos com e sem HAS. Pode-se observar predominância de não alcoolistas, não tabagistas e de sedentários em ambos os grupos. Os principais fatores associados na amostra agrupada foram: histórico familiar de hipertensão (72,7%), obesidade (40,1%), sedentarismo (64,5%) e excesso de massa corporal (50%). Quanto aos riscos familiares, houve predominância de HAS familiar em ambos os grupos e menor percentagem de obesidade e de diabetes familiar no grupo de pessoas sem HAS. O excesso de massa corporal e a gordura central apresentaram maior prevalência nos indivíduos com HAS. Foi também observada prevalência de circunferência da cintura > 80cm em mulheres com e sem HAS.

Tabela III: Fatores de risco dos profissionais das Unidades de Saúde com pressão arterial normal e com hipertensão arterial

Fatores de risco (N - %)	Com HAS		Total	Sem HAS		Total
	N	%		N	%	
Tabagismo	5	10,9*	46	6	4,9*	123
Alcoolismo	12	26,1*	46	28	22,8*	123
Sedentarismo	32	69,6*	46	76	61,8*	123
Risco familiar de HAS	37	80,4*	46	85	69,1*	123
Risco familiar de DCV	25	54,3	46	64	52,0	123
Risco familiar de Obesidade	25	54,3	46	44	35,8*	123
Risco familiar de Diabetes	24	52,2	46	44	35,8*	123
IMC Sobrepeso	16	36,4	44	39	33,9*	115
IMC Obesidade	18	40,9	44	9	7,8*	115
Excesso de massa corporal	34	77,3*	44	48	41,7	115
CC>94 cm Homem	10	100*	10	7	36,8	19
CC> 80 cm Mulher	33	91,7*	36	67	65,0*	103
RCQ Homem > 0,9	10	100*	10	3	42,8	7
RCQMulher > 0,85	24	92,3*	26	43	55,1	78

*Qui-quadrado $P < 0,05$. HAS – Hipertensão Arterial; DCV – Doença Cardiovascular; IMC - Índice de massa corporal, CC - circunferência da cintura (cm), RCQ - relação cintura/quadril

Foi observado em ambos os grupos, com e sem HAS, correlações positivas entre as variáveis antropométricas e os indicadores de pressão. No grupo dos sujeitos com HAS houve associação entre a gordura central e PAS (CC x PAS, $R=0,35$, $P= 0,02$; RCQ x PAS, $R= 0,34$, $P= 0,05$). No grupo que não apresentava HAS foi encontrada correlação positiva entre IMC e CC com PAS e PAD (IMC x PAS, $R= 0,23$, $P= 0,01$; IMC x PAD, $R= 0,29$, $P= 0,02$; CC x PAS, $R= 0,29$, $P= 0,002$; RCQ x PAD, $R= 0,24$, $P= 0,03$).

De acordo com a análise do questionário “Como está sua alimentação?”, valores de escores inferiores a 42 pontos estão relacionados a uma alimentação inadequada (BRASIL, 2006). Na presente amostra, a prevalência de inadequação alimentar foi de 94,3%, com pontuação inferior a 42. Quanto às análises quantitativas dos hábitos alimentares dos profissionais foi observada prevalência de inadequação alimentar (Tabela IV) em relação ao consumo diário de frutas, de legumes, de verduras e de água – todos menores do que o preconizado; enquanto a ingestão de leite e derivados foi maior do que o recomendado. Nas

análises qualitativas de consumo alimentar, 70,4% fazia uso de leite e derivados do tipo integral; 44,0% relatou consumir frituras e embutidos mais do que 2 vezes por semana, 54,7% costumava consumir doces e refrigerantes diariamente e 76% não tinham o hábito de ler as informações sobre o conteúdo nutricional dos alimentos. Os comportamentos considerados adequados foram: a) baixo uso de bebidas alcoólicas (82,4%); b) retirada da gordura aparente da carne vermelha e da pele de frango (61,3%); e c) utilização de óleo vegetal para preparar o alimento em vez de gordura animal (91,2%).

Tabela IV: Perfil do consumo alimentar dos profissionais das Unidades de Saúde

Grupos alimentares	Porções consideradas adequadas	Adequada		Inadequada		Total
		N	%	N	%	N
Frutas	3 a 5	20	12,57	139	87,42*	159
Legumes e Verduras	4 a 5	60	37,73	99	62,26*	159
Leguminosas	2 a mais	93	58,49*	66	41,50	159
Carnes e Ovos	1 a 2	109	70,32*	46	29,67	155
Peixes	1 a 4 mensal	70	44,02	89	55,97	159
Leite e Derivados	3 a mais	28	17,61	131	82,38*	159
Água	6 a 8	42	26,41	117	73,58*	159

* P < 0,05 Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi encontrada alta prevalência de HAS (35,7% em homens, 25% em mulheres) e baixa taxa de tratamento e controle (56,5% e 65,4%, respectivamente), corroborando os relatos sobre a epidemia global de HAS e sua importância como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade (SBC, 2010; SLIWA; STEWART; GERSH, 2011). Além disso, em concordância com a literatura, os principais fatores associados encontrados foram a idade, o histórico familiar de HAS, o excesso de massa corporal e o sedentarismo (CHOBANIAN et al., 2003). Por outro lado, as prevalências de uso de álcool (23,7%) e de tabaco (6,5%) foram menores quando comparadas com outro estudo populacional no Centro-Oeste do Brasil (44,4% de indivíduos que faziam uso regular de álcool e 32,4%, uso de tabaco) (JARDIM et al., 2007).

Os resultados encontrados da prevalência da HAS foram similares aos de outros estudos realizados com profissionais que atuam em ambientes relacionados aos cuidados à saúde (MION JR et al., 2004; REINERS et al., 2004). No estudo de Mion et al. (2004) conduzido com uma amostra similar à do presente estudo, a prevalência de HAS entre os homens foi de 32% e entre as mulheres de 22%, e, conforme o presente estudo (Figura 1), demonstrou aumento da prevalência com aumento da idade (MION JR et al., 2004). Na região centro-oeste do Brasil, a prevalência de HAS que tem sido documentada em estudos populacionais é um pouco maior do que a encontrada no presente estudo: de 31,8% em mulheres e 41,8% em homem (JARDIM et al., 2007); e de 29,5% em mulheres e 39,4% em homens (CARNELOSSO et al., 2010).

Em relação reconhecimento da condição de ter HAS, foi encontrado na presente pesquisa que 76,0% reconheciam ter HAS, o que foi superior ao de pessoas que não trabalham em ambientes de saúde, descrito em outro estudo, nos quais a porcentagem de reconhecimento foi inferior a 50% (SCHELTENS et al., 2007). Entretanto, em outros estudos realizados com profissionais que atuam em unidades de saúde o reconhecimento encontrado foi similar ao da presente investigação (MION JR et al., 2004; REINERS et al., 2004).

As prevalências de tratamento (56,5%) e de controle (65,4%) encontradas neste trabalho foram superiores às relatadas por Pereira et al.(2009), no qual foi feita uma revisão quantitativa populacional comparando as prevalências de HAS, de reconhecimento, tratamento e de controle de países desenvolvidos e em países emergentes (PEREIRA et al., 2009). As prevalências de tratamento e controle entre homens em países emergentes foram, 29,2 e 9,8%, respectivamente, e em mulheres foi de 40,5 e 16,2%, respectivamente. Nos países desenvolvidos, a prevalências foram similares, 29,1 e 10,8 % em homens e de 40,6 e 17,3% entre as mulheres. No Brasil a taxa de tratamento é maior do que a da presente pesquisa, de 67,3%, porém o controle é inferior, de 26,1% (SBC, 2010). No trabalho de Reiners et al. (2004) realizado com profissionais que atuam em locais de cuidados à saúde no Rio de Janeiro (RJ, Brasil), o tratamento medicamentoso foi bem maior (77,8%) do que nos profissionais de nossa amostra, enquanto o controle foi similar (60,1%) (REINERS et al., 2004). Assim, apesar do tratamento e do controle serem superiores ao da população em geral, a porcentagem de tratamento ainda foi baixa quando comparada com outros profissionais que atuam na área de saúde.

Apesar das questões relativas ao reconhecimento, tratamento e controle não diferirem consideravelmente de outras populações, achados alarmantes encontrados nesta investigação

foram as inadequações relativas aos fatores de risco modificáveis, tais como as altas prevalências encontradas de excesso de massa corporal (50%) e de gordura central: 100% em homens com HAS e 92,3% sem HAS; 42,8% em mulheres com HAS e 55,1 em mulheres sem HAS. Além disso, as associações significativas de massa corporal e de gordura central com os indicadores de pressão arterial que encontramos são preocupantes, em vista dos relatos sobre a epidemia global da obesidade (GORTMAKER et al., 2011) e dos impactos do excesso de massa corporal sobre a HAS e doenças associadas (OSTCHEGA et al., 2012). O excesso de massa corporal, as altas prevalências de gordura centralizada nos indivíduos que não possuíam HAS e que ainda estavam na faixa etária próxima aos 40 anos, apontam para a possibilidade do desenvolvimento de doenças metabólicas, obesidade e HAS, conforme relatado em outros estudos (OSTCHEGA et al., 2012; RODRIGUES; BALDO; MILL, 2010).

O excesso de massa corporal e de gordura centralizada da população avaliada provavelmente estão relacionados às altas prevalências de maus hábitos alimentares (94,3% de inadequação alimentar) e de sedentarismo (64,5%) observados, tanto entre os indivíduos com HAS, quanto nos normotensos, mas que foram similares aos de outros estudos (FERREIRA et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2014). Estes achados chamam à atenção para a necessidade de ações de promoção à saúde desta população, haja vista que a prática de atividade física regular e de dieta alimentar equilibrada têm sido amplamente recomendadas como importantes alterações no estilo de vida para prevenção e controle do excesso de massa corporal, da HAS e das doenças metabólicas (BENITE-RIBEIRO et al., 2010; DIMEO et al., 2012; SANTOS; TEWARI; BENITE-RIBEIRO, 2014).

Dentre os fatores de risco não modificáveis, verificou-se importante associação entre idade e HAS, conforme relatado em outros estudos (GUS et al., 2004; OSTCHEGA et al., 2012; SBC, 2010), evidenciando que associado ao aumento da longevidade da população ocorre agregação de riscos que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos, além de aumentar os gastos do sistema de saúde para o cuidado da saúde das pessoas.

CONCLUSÃO

Apesar da pesquisa ter sido realizada com profissionais que atuam em locais de cuidados à saúde, as prevalências da HAS e dos fatores de risco modificáveis encontradas na população foram elevadas. O reconhecimento e o controle da hipertensão foram similares aos encontrados em outros estudos, enquanto o tratamento foi superior. Os resultados mais alarmantes foram aqueles relativos aos fatores de risco modificáveis, tais como os maus

hábitos alimentares, o sedentarismo, o excesso de massa corporal e de gordura central. Assim, sugerimos a intensificação da educação para a promoção da saúde entre profissionais que atuam em locais de saúde, de forma a almejar sua multiplicação entre as pessoas que recebem os cuidados destes profissionais.

REFERÊNCIAS

BENITE-RIBEIRO, S. A. et al. Influence of Regular Physical Exercise on Increased Caloric Intake Triggered by Stressors. **Annual Rev Biom Sciences**, v. 12, p. 30–45, 24 jul. 2010.

BRASIL, M. DA S. **Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável**CGPAN/SAS/MS. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.saude.gov.br/nutricao>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho - NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. n. 7, p. 1–16, 2013.

CARNELOSSO, M. L. et al. [Prevalence of risk factors for cardiovascular diseases in the east region of Goiania, Goias State]. **Cien Saude Colet**, v. 15 Supl 1, p. 1073–1080, 2010.

CHOBANIAN, A. V et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, v. 42, n. 6, p. 1206–1252, 2003.

DIMEO, F. et al. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. **Hypertension**, v. 60, n. 3, p. 653–658, 2012.

FERREIRA, N. DOS S. et al. Abordagem Multiprofissional no Cuidado à Saúde de Pacientes do Programa HIPERDIA. **Rev Bras Hiper**, v. 21, n. 1, p. 31–37, 2014.

GORTMAKER, S. L. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. **Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 838–847, 2011.

GUS, I. et al. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, v. 83, n. 5, p. 424–428, 2004.

HAN, T. S. et al. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. **BMJ**, v. 311, n. 7017, p. 1401–1405, 1995.

JARDIM, P. C. B. V. et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 4, p. 452–7, 2007.

MAGALHÃES, F. J. et al. Risk factors for cardiovascular diseases among nursing professionals: strategies for health promotion. **Revi Bras Enf**, v. 67, n. 3, p. 394–400, 2014.

MION JR, D. et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. **Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo**, v. 59, n. 6, p. 329–336, 2004.

OSTCHEGA, Y. et al. Abdominal Obesity, Body Mass Index, and Hypertension in US Adults: NHANES 2007–2010. **Am J Hypertens**, v. 25, n. 12, p. 1271–1278, 2012.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertens**, v. 27, n. 5, p. 963–975, 2009.

PHILIPPI, S. T. et al. Adapted Food Pyramid: A Guide For a Right Food Choice. **Rev. Nutr.**, v. 12, n. 1, p. 65–80, 1999.

REINERS, A. A. O. et al. Arterial Hypertension: nursing workers' health profile of a university hospital. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 1, p. 41–49, 2004.

RODRIGUES, S. L.; BALDO, M. P.; MILL, J. G. Association of waist-stature ratio with hypertension and metabolic syndrome: population-based study. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 2, p. 186–191, 2010.

SANTOS, J. M.; TEWARI, S.; BENITE-RIBEIRO, S. A. The effect of exercise on epigenetic modifications of PGC1: The impact on type 2 diabetes. **Medical Hypotheses**, v. 82, n. 6, p. 748–753, jun. 2014.

SBC, S. B. DE C. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revi Bras Hip**, v. 17, n. 1, p. 1–63, 2010.

SCHELTENS, T. et al. Awareness, treatment and control of hypertension: the “rule of halves” in an era of risk-based treatment of hypertension. **J Hum Hypertens**, v. 21, n. 2, p. 99–106, 2007.

SLIWA, K.; STEWART, S.; GERSH, B. J. Hypertension: a global perspective. **Circulation**, v. 123, n. 24, p. 2892–2896, 2011.

WHELTON, P. K. et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. **JAMA**, v. 288, n. 15, p. 1882–1888, 2002.

WONG, N. D. et al. Preventing heart disease by controlling hypertension: impact of hypertensive subtype, stage, age, and sex. **Am Heart J**, v. 145, n. 5, p. 888–895, 2003.

YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, v. 364, n. 9438, p. 937–952, 2004.