DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.12179

FATORES DE RISCOS CARDIOVASCULARES: ESTUDO COM PESSOAS HIPERTENSAS, DE UM BAIRRO POPULAR NA REGIÃO AMAZÔNICA

Roseneide dos Santos Tavares*
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva**
Grace Terezinha Marcon Dal Sasso***
Maria Itayra C. S. Padilha****
Cintia Rubia M. Santos*****

RESUMO
Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo, cujo objetivo foi estimar fatores de risco cardiovasculares de 145 usuários portadores de hipertensão arterial de uma unidade de saúde, numa comunidade amazônica em Belém do Pará. Os dados foram coletados do Formulário de Cadastro do HIPERDIA. Aplicou-se teste U de Mann-Whitney para comparação inferencial entre gêneros e teste quiquadrado para identificar influência de alguma variável. Utilizou-se o software SPSS.16® na análise descritiva e o MINITAB.15® na realização dos testes. Foram identificados: pressão arterial elevada, tanto sistólica (89,4%) quanto diastólica (64,1%); circunferência abdominal aumentada (homens: 63,2%; mulheres: 88,6%); presença de antecedentes familiares cardiovasculares (45,5%); tabagismo (27,6%); sedentarismo (57,9%); sobrepeso e obesidade (75,2%). O teste U de Mann-Whitney evidenciou que, em média, o fator de risco é igual para homens e mulheres, e que existiu influência do sedentarismo em pessoas que apresentaram acidente vascular encefálico. A coexistência dos fatores de risco com a hipertensão arterial, está presente em 91,1% da amostra pesquisada. Esses achados ressaltam a necessidade de ações mais efetivas para o controle da doença do grupo estudado, tais como, reduzir e controlar o peso corporal; recomendar e estimular alimentação adequada e atividade física; controlar os valores pressóricos; além de avaliações globais das condições de vida, o que sustentaria melhor as recomendações dirigidas a este grupo.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Doença Crônica. Fatores de Risco. Hipertensão. Pressão Arterial.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, considerada mundialmente um problema de saúde pública. Estima-se que nos Estados Unidos, a prevalência de hipertensão arterial é duas vezes maior em indivíduos obesos do que em indivíduos com peso normal; e 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial não mantém controle adequado da doença[1]. No Brasil, esta prevalência atinge algo em torno de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%), tendo se tornado mais comum naquelas entre os 18 e 24 anos (5,9%) e a partir dos 55 anos de idade (50%)[2].

Em algumas populações da Região Amazônica, que fica localizada ao Norte do Brasil, a prevalência da hipertensão arterial é hoje, equivalente a verificada nos moradores de cidades de médio para grande porte. Esta região se diferencia, principalmente, pela diversidade proporcionada pela floresta. Esta diversidade foi reconhecida em estudo sobre as consequências

* Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON / PEN / UFSC). Membro do Grupo de Estudos em Educação, formação e gestão para a práxis do cuidado de enfermagem – UFPA. E-mail: rstavarespa@superig.com.br
** Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON / PEN / UFSC). E-mail: denise@ccs.ufsc.br
*** Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE / PEN / UFSC). E-mail: grace@matrix.com.br
**** Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN / UFSC). Coordenadora do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES / PEN / UFSC). E-mail: padilha@ccs.ufsc.br
***** Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Gerente da Divisão de Enfermagem da Policlínica Infantil de Nazaré – Belém/PA. E-mail: cici_matos2005@yahoo.com.br

do ingresso de seus moradores na vida moderna. O uso de alimentos industrializados, o afastamento do extrativismo e a redução das atividades físicas foram mudanças que acontecerem e que levaram à alteração da pressão arterial, fato relatado há mais de uma década[3], mas que ainda hoje tem sua importância pelo fato que se repete.

A região amazônica apresenta uma situação especial na realidade brasileira, pois ao mesmo tempo em que possui grande parte de sua população vivendo isoladamente e com hábitos ribeirinhos mantidos, também possui centros urbanos onde predominam os problemas das grandes cidades. Mesmo com essas especificidades, sabemos que a hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, considerada um grave problema de saúde pública que tem afetado vários segmentos populacionais, determinando agravos cardiovasculares[4]. Neste sentido o aumento do número de pessoas portadoras de doenças crônicas, *em particular a hipertensão arterial,* [grifo nosso] reforça a necessidade de um modelo de saúde que permita aos profissionais conhecer a realidade e traçar estratégias de intervenção[5], direcionadas ao controle dos fatores de risco cardiovasculares.

Baseado no exposto, este estudo teve como objetivo estimar os fatores de risco cardiovasculares de usuários portadores de HAS, cadastrados no Programa HIPERDIA de uma unidade de saúde, em uma comunidade em Belém do Pará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de caráter quantitativo, realizado em na Unidade Municipal de Saúde (UMS) Satélite, numa comunidade em Belém do Pará.

A amostra foi constituída de 145 formulários de cadastro de pessoas portadoras de hipertensão arterial, do Programa HIPERDIA. De 322 registros existentes no período da coleta de dados (19/12/2007 a 10/02/2008), foram selecionados 160 formulários de pessoas que possuíam apenas diagnóstico de HAS, sendo excluídos aqueles referentes às pessoas portadoras de diabetes mellitus e os que estavam com dados incompletos.

As informações coletadas do Formulário de Cadastro foram: idade, sexo, medidas de pressão arterial, da circunferência abdominal (CA), de peso e altura; antecedentes familiares cardiovasculares, ocorrência de tabagismo e sedentarismo; presença de doenças associadas como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e agravos renais.

O registro da pressão arterial foi o mesmo da medida efetuada por ocasião do cadastro do usuário no Programa HIPERDIA. Esta aferição da pressão arterial é feita após a coleta de dados para o preenchimento do formulário, o que resulta em aproximadamente 15 minutos de repouso. A mesma é feita no braço direito e com o usuário na posição sentada. Utiliza-se esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio. A classificação dos valores pressóricos está de acordo com as determinações do Ministério da Saúde[6], para maiores de 18 anos: Normal (PA sistólica < 120 e PA diastólica <80); Pré-hipertensão (PA sistólica entre 120-139 ou PA diastólica entre 80-89); Hipertensão estágio 1 (PA sistólica entre 140-159 ou PA diastólica entre 90-99) e Hipertensão estágio 2 (PA sistólica ≥ 160 ou PA diastólica ≥ 100).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado com as medidas de peso e altura (IMC = Peso (kg) / altura em m²), em balança antropométrica profissional, considerando os seguintes parâmetros: normal (18,5-24,9 Kg/m²); sobrepeso (25-29,9 Kg/m²); e obesidade (≥30 Kg/m²)[6]. As medidas da CA foram realizadas com fita métrica flexível de 150 cm, sendo o ponto de referência o nível da cicatriz umbilical, considerando os seguintes parâmetros: para os homens 102 cm, (sendo estabelecidos risco aumentado CA > 94 cm e risco muito aumentado CA > 102 cm). Para as mulheres 88 cm, (sendo estabelecidos risco aumentado CA > 80 cm; e risco muito aumentado CA > 88 cm)[6].

As variáveis foram apresentadas em tabelas e gráficos. Aplicou-se o teste de significância (U de Mann-Whitney) para a comparação inferencial entre os gêneros e o teste quiquadrado para identificar se existe influência de alguma variável. Foi utilizado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A composição dos resultados foi dada pelo software estatístico SPSS.16® na realização da análise descritiva e o

MINITAB.15® na realização dos testes. Na avaliação dos fatores de risco sedentarismo e acidente vascular encefálico, as relações entre as variáveis foram realizadas pelo teste quiquadrado de independência, em nível de 5% de significância, para o teste das hipóteses.

Para o atendimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde Meio Ambiente (SESMA) de Belém, por meio da Portaria nº 432/2007. Em seguida, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário "João de Barros Barreto" da UFPA, sob o protocolo nº 3243/07.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da Tabela 1apresentam o perfil das pessoas portadoras de hipertensão arterial, em tratamento na unidade de saúde, segundo os fatores de risco identificados.

Das 145 pessoas hipertensas, 39,3% (n=57) são do sexo masculino e 60,7% (n=88) do sexo feminino, com idade média de 61,86 anos (σ = 11,48). O fato de a amostra ser composta em sua maioria, por mulheres (60,7%) nos remete à consideração de que estas são as que mais utilizam os serviços públicos de saúde. Estudos apontam que este diferencial pode estar associado aos determinantes sociais e culturais, tais como os ligados às relações entre os gêneros e aos sentidos atribuídos à masculinidade, caracterizados pela adoção de comportamentos de risco e a negligência e/ou falta de informação sobre o autocuidado, o que colabora para as causas de mortalidade e agravos[7].

A escolaridade formal desta amostra concentra-se em níveis baixos, com apenas alfabetização ou nível fundamental incompleto em 52,4% (n= 76) da amostra. O baixo nível de escolaridade mostra a relação inversamente proporcional existente entre esta variável e a hipertensão arterial, relatada também em outros estudos[8-10]. Esta mesma associação demonstra a baixa escolaridade na prevalência da HAS e a existência da relação entre desigualdade social e prevalência de condições crônicas de saúde[11].

Em relação à pressão arterial sistólica (PAS), o que se constata é que em 89,4% (n= 118) dos registros, esses limites se mantiveram elevados, o mesmo acontecendo para a pressão arterial diastólica (PAD) (64,8% / 94), com concentração de achados nos estágios 1 e 2 de hipertensão arterial. Vale destacar que estes dados são de um grupo de usuários em tratamento na unidade de saúde, portanto, valores tão elevados de pressão arterial não poderiam ocorrer. Deve-se considerar que o tratamento da hipertensão possibilita o melhor controle da doença, contribuindo para a melhora da qualidade de vida[12].

Tabela 1. Perfil da amostra segundo os fatores de risco cardiovasculares (sexo, faixa etária, escolaridade, PAD, PAS e IMC). Belém, 2007/2008. (n=145).

Fatores de Risco	N	%
Sexo		
Masc	57	39,3
Feminino	88	60,7
PA Sistólica		
Normal	07	4,8
Pré-Hip	20	13,8
HAE 1	44	38,4
HAE 2	74	51,0
Faixa Etária		
≤ 50 anos	25	17,2
51 a 60 anos	40	27,6
61 a 70 anos	50	34,5
≥ 71 anos	30	20,7
PA Diastólica		
Normal	16	11
Pré-Hip	35	24,1
HAE 1	35	24,1
HAE 2	59	40,0
Escolaridade		
Nenhuma	07	4,8
Alfab/Fund Incomp	69	47,6
Fund compl / Médio incomp	30	20,7
Médio comp / Sup incompleto	37	25,5
Superior completo	02	1,4
IMC		
Normal	36	24,8
Sobrepeso	65	44,8
Obesidade	44	30,4

Fonte: Ficha de cadastro – HIPERDIA

Tabela 2. Perfil da amostra segundo os fatores de risco cardiovasculares (CA, tabagismo, antecedentes familiares cardiovasculares, sedentarismo e complicações). Belém, 2007-2008. (n=145).

Fatores de Risco	N	%
CA		
Masc (n = 87)		
Normal	21	36,8
Risco↑	16	28,1
Risco Muito ↑	20	35,1
Fem (n = 88)		
Normal	10	11,4
Risco ↑	24	27,3
Risco Muito ↑	54	61,3
Sedentarismo		
Sim	84	57,9
Não	61	42,1
Tabagismo		
Sim	40	27,6
Não	105	72,4
Complicações		
AVE	09	6,21
IAM	05	3,45
Antecedentes Familiares Cardiovasculares		
Sim	66	45,5
Não	79	54,4
Outras Coron	02	1,4
Doenças Renais	02	1,4

Fonte: Ficha de cadastro – HIPERDIA

Quanto à presença de fatores de risco, o sedentarismo está presente em 57,9% dos registros, os antecedentes familiares cardiovasculares em 45,5% e o tabagismo em 27,6%. Esses resultados expressam valores elevados, se tomarmos como referência os dados do VIGITEL da cidade de Belém, que mostraram 13,3% de adultos sedentários e 13,5% fumantes[2]. Outro estudo, o INTERHEART avaliou o efeito de nove fatores de risco associados ao IAM em 52 países, entre eles, o Brasil, no período de fevereiro de 1999 a março de 2003. Um dos resultados foi a comprovação de que estes três fatores de risco estão entre os responsáveis pela maior ocorrência de IAM[13].

Ainda, outro estudo comparando um grupo de 65 indígenas de uma aldeia isolada, no interior de Rondônia, com duas outras populações de características mais urbanas (na Polônia e Itália), mostrou que os indígenas apresentavam valores normais de pressão arterial que não aumentavam com a idade (46%), valores normais de colesterol (100%) e de glicemia (90%). Os achados podem ser explicados pelo fato desta população indígena não possuir contato com a civilização, usar dieta baseada em carboidratos complexos e legumes e por altos gastos de energia corporal no desempenho de atividades diárias[14]. O que podemos afirmar quanto aos estudo discutidos, é que a transição do estilo de vida rural para o urbano acarreta maior risco cardiovascular e sugere que o meio ambiente desempenhou papel importante nas relações apresentadas.

Tabela 3. Distribuição de fatores de riscos segundo o sexo. Belém, 2007-2008.

Fator de Risco	Médias ± desvio-padrão			Intervalo de Confiança (95%)	p Significância (5%)
	Amostra Total	Masculino	Feminino		
Idade (em anos)	61,86 ± 11,48	62,17 ± 10,75	61,76 ± 12,04	(-7,00; 0,999)	0,222
PAS (em mmHg)	160,62 ± 25,69	160,00 ± 23,72	161,06 ± 27,13	(-10,00; 10,00)	0,958
PAD (em mmHg)	92,07 ± 18,02	92,83 ± 14,74	91,53 ± 20,03	(0,00; 10,002)	0,389
IMC (em kg/m²)	28,19 ± 4,21	28,18 ± 3,73	28,20 ± 4,54	(-1,30; 1,60)	0,841

Fonte: Ficha de cadastro – HIPERDIA

O teste de significância para avaliar a relação entre sexo e alguns fatores de risco mostraram que, em média, o fator de risco é igual entre homens e mulheres hipertensos

para as quatro variáveis: idade, PAS, PAD e IMC. Cabe informar que as hipóteses dos testes foram as seguintes:

H0: Em média, o fator de risco é igual para homens e mulheres hipertensos;

H1: Em média, o fator de risco é diferente para homens e mulheres hipertensos. Assim sendo, indistintamente medidas devem ser aplicadas igualmente para ambos os sexos, na intenção de controlar valores de pressão arterial e IMC, uma vez que a idade é um fator de risco não modificável.

Quanto aos limites de pressão arterial e sua relação com o IMC, a figura 1 evidencia que os maiores limites de pressão arterial estão intimamente relacionados com medidas de sobrepeso (IMC 25-29) e obesidade (IMC ≥ 30), ou seja, os usuários com maior valor de pressão arterial apresentam as medidas mais elevadas para o IMC, mesmo sem associação estatística significativa para esta relação.

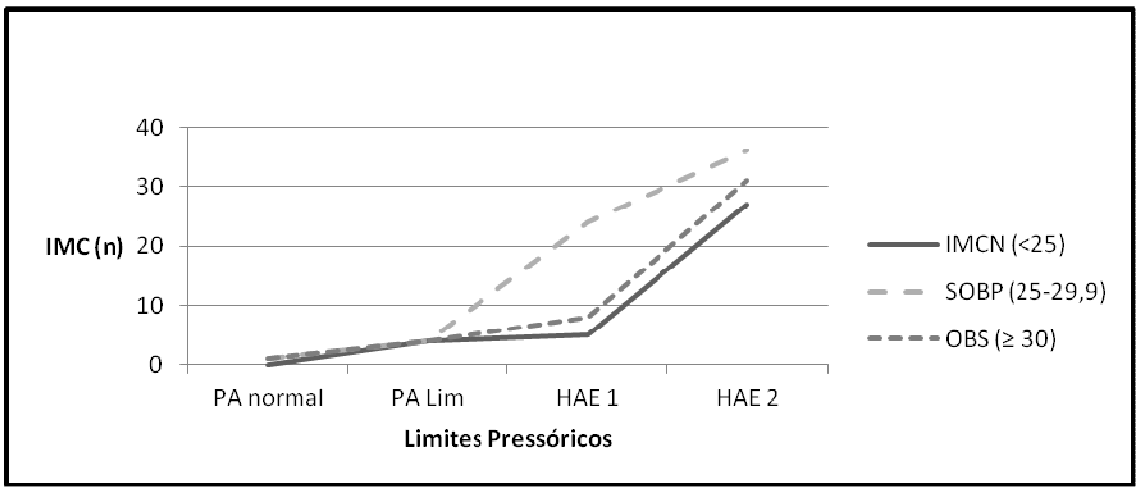

Figura 1. Apresentação dos limites pressóricos e IMC da amostra pesquisada. Belém, 2007-2008.
Fonte: Ficha de cadastro - HIPERDIA

A obesidade, fator de risco modificável para as DCV é mencionada, dentre outros fatores de risco (uso de bebidas alcoólicas, cigarro, sedentarismo), como uma das principais causas da hipertensão arterial nos dias de hoje[15], sendo considerada por alguns autores como provavelmente o maior fator de risco para o desenvolvimento, não somente da hipertensão arterial, mas também do infarto agudo do miocárdio[1], logo a redução do peso corporal, em particular a gordura central, é uma medida vital quando se deseja diminuir os valores pressóricos, tentando reduzir os riscos para as DCV.

Quando se tem em foco a questão da obesidade, uma epidemia mundial, associada aos fatores de risco cardiovasculares, o que se recomenda são intervenções imediatas, visando reduzir o peso corporal. Dessa forma, são necessárias ações diferenciadas aos portadores da hipertensão arterial no intuito de motivá-los às mudanças de hábitos, e, por conseguinte, direcionadas ao controle do peso corporal[5], fator que geraria impacto importante sobre a prevalência de HAS. Tais recomendações se aproximam do grupo estudado, uma vez que suas demandas precisam das intervenções aqui pontuadas.

Quanto à coexistência da HAS com os demais fatores de risco, o que se observa são resultados preocupantes, uma vez que grande parte da amostra se encontra nesta situação, além da relação estabelecida entre sedentarismo e o AVE, como se observa na tabela nº 4.

Fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, CA aumentada, antecedentes familiares cardiovasculares, idade avançada, coexistindo com a HAS, foram identificados no presente estudo, potencializando o risco para complicações cardiovasculares. Na amostra pesquisada, a presença de 3 a 4 fatores de risco se encontra em 43,5% (63); e de 5 a 7 desses fatores estão presentes em 47,6% (69). Tais

achados são preocupantes, uma vez que a associação dos fatores de risco aumenta a possibilidade da ocorrência de DCV. Entretanto, esta ocorrência na amostra pode ser justificada pela elevada presença de indivíduos maiores de 60 anos de idade (55,2%, n= 80). Porém, é importantíssimo considerar que a hipertensão arterial, ao se constituir como um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares[1], torna mais crítica esta associação.

Tabela 4. Coexistência dos fatores de risco com hipertensão arterial e a relação entre sedentarismo e acidente vascular encefálico na amostra pesquisada. Belém, 2007-2008.

Fatores de Risco	**n**	**%**	**Sedentarismo**	**AVE** **p* significância (5%) 0,006				**Total**	
1 a 2 fatores	13	8,9		**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**N**	**%**
3 e 4 fatores	63	43,5	**Não**	61	100,0	00	0,0	61	100,0
5 a 7 fatores	69	47,6	**Sim**	75	89,2	09	10,7	84	100,0
TOTAL	**145**	**10,0**	**Total**	**136**	**100,0**	**09**	**100,0**	**145**	**100,0**

Fonte: Ficha de cadastro – HIPERDIA.

O agravante neste estudo é que todas as pessoas são hipertensas, potencializando o risco para as DCV. Ações no sentido de reduzir os fatores de risco modificáveis são importantes neste grupo de pessoas hipertensas, tais como reduzir e controlar do/o peso corporal; recomendar e estimular alimentação adequada e atividade física; controlar os valores pressóricos; reduzir o uso do tabaco e de bebidas alcoólicas, além de avaliações globais das condições de vida de tais pessoas, por exemplo, o que sustentaria melhor as recomendações dirigidas a este grupo.

Quanto às complicações originadas pela patologia, destacamos o AVE e a relação com o sedentarismo. Ainda na tabela 4 apresentamos a distribuição de pacientes hipertensos que se disseram ser sedentários e a relação entre este fator de risco e o AVE. Evidenciou-se que existiu influência do sedentarismo em pessoas que apresentaram esta complicação, uma vez que todos que foram acometidos por esta patologia (10,8% / 9), eram sedentários, corroborando com a H_1 (hipótese 1). Cabe informar que as hipóteses do teste foram as seguintes:

H_0: Não existe influencia de uma variável em outra;

H_1: Existe influencia de uma variável em outra. Assim sendo, na presença do *p* com significância de 0,006, rejeita-se a hipótese H_0.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam a atividade física para manter uma boa saúde cardiovascular e, desta forma, melhorar a qualidade de vida, sendo necessário regularidade na prática, logo, todo adulto deve realizar, pelo menos, cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la, alertam os autores[16].

Outros estudos chamam a atenção para provável interferência da obesidade na relação entre a hipertensão e o nível de atividade física, justificado pelo fato de que vem sendo comprovado um efeito modulador da obesidade sobre esta relação. Isto significa que os programas de intervenção voltados ao controle dos níveis pressóricos devem envolver a prática regular de atividades físicas em intensidades voltadas à redução da massa corporal[17]. Assim, consideramos que o exercício físico regular auxilia tanto no tratamento, quanto na redução do risco de desenvolver a hipertensão. Ao melhorar o condicionamento físico, é possível exercer influência significativa no controle da hipertensão arterial, evitando assim os agravos oriundos da doença.

CONCLUSÃO

Ao estimar os fatores de risco do grupo estudado, observamos que os usuários com HAS cadastrados na UMS estudada, possuem vários fatores de risco (sobrepeso/obesidade, tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo, circunferência abdominal elevada, antecedentes familiares cardiovasculares e idade elevada), associados a uma situação de não controle da pressão arterial, expondo-os a risco elevado de desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Destaca-se que os usuários portadores de hipertensão arterial, mesmo fazendo tratamento,

apresentam valores pressóricos elevados, evidenciando que o controle da doença não vem alcançando os padrões estabelecidos, o que fatalmente contribuirá para o aumento do risco de AVE, dos eventos coronarianos e da perda da função renal, dentre outros agravos.

Uma importante reflexão que surge mediante tais resultados é saber como os profissionais da área da saúde estão atendendo os usuários portadores de hipertensão arterial e como esta pressão é mensurada. Dentre as inúmeras possibilidades, destaca-se a possível falta de um diálogo efetivo que favoreça a compreensão do tratamento para o uso adequado dos medicamentos; a aceitação dos limites impostos pela dieta hipossódica que, muitas vezes, podem se contrapor aos costumes da comunidade; e ainda a dificuldade de acesso aos serviços oferecidos pelas instituições.

Considerando essas questões, acredita-se que há necessidade de implementar estratégias para a discussão da relação entre profissionais de saúde e suas atitudes frente aos usuários, com controles pressóricos mais acurados, acompanhamento criterioso do tratamento, necessidade de rever medidas preventivas e terapêuticas adotadas, bem como focalizar os fatores de risco e a associação destes nas pessoas com hipertensão arterial.

Como limitação deste estudo, apontamos o fato dos dados terem sido obtidos do formulário de cadastro, que por vezes se encontrava incompleto, inviabilizando o uso de alguns deles por conta desta falta de informação.

Vale ainda ressaltar a necessidade de novos estudos que permitam melhor compreensão dos fatores aqui identificados e de outros envolvidos na falta de controle da hipertensão, especialmente em pessoas que fazem parte de um programa desenvolvido em serviço de saúde que integra o Sistema Único de Saúde e que tem a hipertensão arterial como uma das suas prioridades.

Agradecimentos: Aos funcionários da Unidade Municipal de Saúde Satélite e seus usuários, pelo acolhimento em todos os momentos desta pesquisa.

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS: THE STUDY INCLUDED HYPERTENSIVE PEOPLE IN A POPULAR NEIGHBORHOOD IN THE AMAZON REGION

ABSTRACT

Cross-sectional study, retrospective and quantitative character that aimed to estimated the cardiovascular risk factors of 145 users with hypertension of a Amazon community in Belém-PA. The collected data were from the Registration Form of HIPERDIA. The U test, by Mann-Whitney was applied for comparison between genders and the chi-square test to identify the influence of some variable. The software SPSS. 16® was used on the descriptive analysis and MINITAB. 15® to perform the tests. Were identified: high blood pressure, both systolic (89.4%) and diastolic (64.1%), increased abdominal circumference (male: 63.2% female: 88.6%), presence of cardiovascular family history (45.5%), smoking (27.6%), sedentary (57.9%) and overweight and obesity (75.2%). The U Mann-Whitney test showed that showed the average risk factor is equal for men and women and that there is greater influence of sedentary lifestyle in people who had a stroke. The coexistence of risk factors with hypertension is present in 91.1% of the sample. These findings underscore the need for more effective action to control the disease in the study group such as, reduce and control body weight; recommend and encourage proper nutrition and physical activity, controlling blood pressure values, as well as global ratings of living conditions, which would sustain the best recommendations to this group.

Keywords: Cardiovascular Disease. Chronic Disease. Risk Factors. Hypertension. Blood Pressure.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: EL ESTUDIO INCLUYÓ A PERSONAS HIPERTENSAS EN UN BARRIO POPULAR EN LA REGIÓN AMAZÓNICA

RESUMEN

Estudio transversal, retrospectivo y cuantitativo, cuyo objetivo fue estimar factores de riesgo cardiovasculares de 145 usuarios portadores de hipertensión arterial de una unidad de salud, en una comunidad amazónica en Belém do Pará. Los datos fueron recolectados del Formulario de Catastro del HIPERDIA. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación inferencial entre los géneros y prueba chi-cuadrado para identificar la influencia de alguna variable. Se utilizó el software SPSS.16® en el análisis descriptivo y el MINITAB.15® en la realización de las pruebas. Fueron identificados: presión arterial elevada, tanto sistólica (89,4%) como diastólica (64,1%); la circunferencia abdominal aumentada (hombres: 63,2%, mujeres: 88,6%); la presencia de antecedentes familiares cardiovasculares (45 5%); tabaquismo (27,6%); sedentarismo (57,9%); sobrepeso y obesidad (75,2%). La prueba U de Mann-Whitney evidenció que el factor de riesgo promedio es igual para hombres y mujeres, y que ha existido influencia del sedentarismo en las personas que tuvieron un accidente

cerebrovascular. La coexistencia de los factores de riesgo con la hipertensión arterial está presente en el 91,1% de la muestra investigada. Estos resultados resaltan la necesidad de acciones más efectivas para el control de la enfermedad del grupo estudiado, tales como, reducir y controlar el peso corporal; recomendar y estimular una alimentación adecuada y la actividad física; controlar los valores de presión arterial, así como las evaluaciones globales de las condiciones de vida, lo que sustentaría mejor las recomendaciones dirigidas para este grupo.

Palabras clave: Enfermedades Cardiovasculares. Enfermedad Crónica. Factores de Riesgo. Hipertensión. Presión Arterial.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [on- line]. 2012. [citado 2013 set 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

3. Silva HP. A pressão da vida moderna: Urbanização abala a saúde de moradores do interior da Amazônia. Pesquisa FAPESP. [on-line]. 2003. [citado 2006 set 8]; 86:1-2. Disponível em: http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2108&bd=1&pg=1&lg

4. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. Ciênc saud colet. 2012; 17(5):1365-1374.

5. Estevam MC, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Marcon SS, Soares DFPP. Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Cienc cuid saúde. 2008 [citado 2013 out 20]; 7(2). Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6698/pdf

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

7. Lopes SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. Cienc saud colet. 2013; 18(3):743-752.

8.Brito ES, Pantarotto RFR, Costa LRLG. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). J Health Sci Inst. 2011; 29(4):265-8.

9. Martin RSS, Franco RJS, Matsubara BB, Zanati SG, Barretti P, Martin LC et al. Influência da escolaridade na hipertrofia miocárdica de pacientes em hemodiálise. J bras nefrol. 2010; 32(1):71-76.

10. Borges HP, Cruz NC, Moura EC. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. Arq bras cardiol. 2008; 91(2):110-118.

11. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. Cienc saude colet. 2011; 16(9):3755-3768.

12. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Arq bras cardiol. 2013; 100(2):164-174.

13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Interheart - Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004 Sept; 364(9438):937-52.

14. Pavan L, Casiglia E, Pauletto P, Batista S, Ginocchio G, Kwankam MMY, et al. Blood pressure, serum cholesterol and nutritional state in Tanzania and in the Amazon: comparison with an Italian population. J Hyperten. 1997 Oct.; 15(10):1083-1090.

15. Wünsch S, Domingues IB, Aquino SR, Oliveira SG. Ações diversificadas aos portadores de hipertensão arterial do município de São Luiz Gonzaga. Cienc cuid saúde. 2008. [citado 2013 out 20]; 7(2). Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6698/pdf

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

17. Franklin Yukio Sakamoto, Sonia Silva Marcon, Amauri A. Bássoli de Oliveira, Nelson Nardo Junior. Relação da hipertensão, sobrepeso e aptidão física em estudantes do ensino médio, Maringá-PR. Cienc cuid saude. 2007 jul-set. [citado 2013 out 21]; 6(3):285-290. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4039/2722.

Endereço para correspondência: Roseneide dos Santos Tavares. Conjunto Satélite, Rua WE-5, nº 84 – Bairro do Coqueiro. CEP. 66670.410. Florianópolis, SC.

Data de recebimento: 09/01/2011
Data de aprovação: 11/11/2013