

PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS DE UM PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM¹

Glicia Gleide Gonçalves Gama*
Pollyana Pereira Portela**
Eulália Cristina Leal de Oliveira Gonsalves***
Sheila Queiroz Rios de Azevedo****
Claudia Geovana da Silva Pires*****
Fernanda Carneiro Mussi*****

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório e transversal que objetivou avaliar os parâmetros antropométricos de homens hipertensos acompanhados em um programa de saúde do homem. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2013, através de entrevista com aplicação de um instrumento estruturado. Os dados foram processados e analisados no programa estatístico SPSS 18.0 for Windows. Os resultados foram analisados em números absolutos, percentuais, médias e desvio padrão e apresentados em tabelas. Foram entrevistados 75 homens, apresentaram média de idade de 58,98 ($\pm 9,08$) anos. Predominaram autodeclarados pardos (68,0%), casados/união consensual (70,7%), escolaridade até o 1º Grau (43,3%), situação laboral ativa (52,0%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (52,0%). Verificou-se que 84,0% dos homens apresentaram circunferência da cintura aumentada; 89,3% foram classificados em risco moderado a muito alto para o padrão da razão cintura quadril e 72% dos homens estavam com excesso de peso. Conclui-se que os homens hipertensos estão, em sua maioria, com valores de índices antropométricos inadequados para saúde. Para que estratégias de cuidado sejam efetivas, o contexto social, as crenças em saúde inerentes a este gênero e a perspectiva que possuem para o cuidado de si merecem atenção dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde do homem. Antropometria. Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por altos e sustentados níveis de pressão arterial. É considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares (DCV), atingindo a população adulta nas variadas classes sociais, etnias e culturas⁽¹⁾. Consiste em importante problema de saúde pública, representando a primeira causa de morte no Brasil⁽²⁾. Acomete cerca de 30% da população brasileira, sendo que apenas 6,5% seguem corretamente o tratamento⁽³⁾. No que se refere à prevalência global de HAS, homens e mulheres apresentam prevalências semelhantes, contudo ela é mais elevada no sexo masculino até os 50 anos⁽²⁾.

A modificação do perfil de hábitos alimentares e de vida da população brasileira

provocou um aumento significativo do excesso de peso, que possui uma relação quase linear com o aumento da pressão⁽³⁾. No intuito de direcionar práticas de cuidar em saúde torna-se fundamental a caracterização antropométrica com subsequente identificação do excesso de peso em homens hipertensos visando orientar a mudança no estilo de vida. Assim, conhecer os fatores de risco, sobrepeso e obesidade, na população de homens hipertensos pode contribuir para o avanço do conhecimento na área de saúde do homem, auxiliar os profissionais de saúde e direcionar as práticas de cuidar multidisciplinares visando o controle do excesso de peso nestes usuários.

A HAS além de ser considerado um fator de risco cardiovascular, tem sua ocorrência associada a múltiplos fatores de risco classificados em modificáveis e não modificáveis. Destacam-se entre os não

¹ Extraído do Projeto de Pesquisa "Efetividade de um projeto de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens hipertensos" financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

* Enfermeira. Doutora, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil. E-mail: gliciaggama@bahiana.edu.br

** Enfermeira. Mestre. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: pollyana.pportela@gmail.com

*** Enfermeira. Graduada. Salvador, BA, Brasil. E-mail: laileal@hotmail.com

**** Enfermeira. Graduada. Salvador, BA, Brasil. E-mail: queiroz.azevedo@bol.com.br

***** Enfermeira. Doutora. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, BA, Brasil. E-mail: cgspires@uol.com.br

***** Enfermeira. Doutora. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, BA, Brasil. E-mail: mussi@ufba.br

modificáveis a idade, gênero, etnia e genética e entre os modificáveis os fatores ambientais, tais como, socioeconômicos, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool e sal, sobrepeso e obesidade⁽²⁾.

O excesso de peso é uma questão de origem multifatorial e um dos motivos relevantes para explicar o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, já que está associado a doenças como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes tipo 2, osteoartrite e certos tipos de câncer, sendo uma importante condição que predispõe a mortalidade⁽²⁾. A modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida podem provocar alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com aumento progressivo de sobrepeso e/ou obesidade.

Para o diagnóstico do sobrepeso e da obesidade, a antropometria é o método mais utilizado. Trata-se de um método barato, não invasivo, universalmente aplicável, com fácil obtenção e aplicabilidade, baixa correlação com a estatura e boa correlação com as medidas da gordura corporal, e boa aceitação pela população. Entre os indicadores antropométricos mais utilizados está o Índice de Massa Corporal (IMC) e sua grande difusão se deve à sua capacidade de expressar as reservas energéticas dos indivíduos, utilizando a razão entre o peso (em kg) e o quadrado da altura (em m²). A relação cintura-quadril (RCQ) e a circunferência da cintura (CC) são as medidas mais utilizadas para estimar a gordura abdominal. A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica⁽⁴⁾.

A relação entre aumento de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. A perda de peso e redução da circunferência abdominal estão relacionadas a reduções de pressão arterial e a melhora de alterações metabólicas associada⁽²⁾. Estudos relatam que a chance de hipertensão é maior nos indivíduos com sobrepeso e obesidade e que homens apresentam mais probabilidade de ter hipertensão do que as mulheres⁽³⁻⁴⁾.

Quando se pensa na questão do gênero, fica evidente que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves

e crônicas como a HAS, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção. Esse panorama pode corroborar com dados que retratam uma taxa de mortalidade geral entre os homens 2,3 vezes maior do que entre as mulheres, chegando a quatro vezes mais na faixa etária mais jovem. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada⁽⁵⁾.

A alta prevalência de HAS em homens e sua associação ao excesso de peso desafia o desenvolvimento de estratégias preventivas e de controle efetivas. Percebe-se a importância de identificação do excesso de peso para direcionar o cuidado, bem como realizar um acompanhamento desses indivíduos hipertensos. As intervenções imediatas para redução de medidas antropométricas em homens (redução do IMC e medida da circunferência da cintura e quadril) envolvem mudanças no estilo de vida tais como a realização ou ampliação de atividade física e reeducação alimentar⁽⁶⁾.

Considerando estes aspectos, objetivou-se neste estudo avaliar os parâmetros antropométricos de homens hipertensos acompanhados em um programa de saúde do homem.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório e transversal, realizado em um centro de referência em doenças cardiovasculares junto ao Programa de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, no município de Salvador-BA. A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o protocolo 268.722 em 03/04/2013.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2013, por meio de entrevista com aplicação de um instrumento estruturado constituído por duas partes: a primeira incluiu questões fechadas sobre condições sociodemográficas e a segunda foi formada por itens para registro de dados antropométricos (peso, altura, IMC, circunferência da cintura, circunferência do quadril e RCQ).

Após a confirmação do diagnóstico médico de HAS no prontuário dos indivíduos que iriam passar por consulta médica no ambulatório de saúde do homem, realizava-se abordagem dos mesmos na sala de espera antes ou após a consulta médica e em seguida eram recebidos em sala privativa. Após aquiescência ao estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido iniciava-se a coleta de dados.

Para a realização das medidas antropométricas, os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, confeccionada com o material Kami, e retiraram calçados e adereços, como óculos, relógios, pulseiras e alianças.

O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de um balança digital, portátil, da marca *G. Tech*, aferida pelo InMetro, com variação de 0,1Kg, com capacidade máxima de 150 Kg e mínima de 2,5Kg. A estatura (em metros) foi aferida por meio do estadiômetro, da marca *Altorexata* acoplado a uma base.

Para determinação do peso foi solicitado ao indivíduo que permanecesse de pé e de frente para o mostrador da balança, braços ao longo do corpo e olhar fixo no horizonte. Após aferição do peso, foi verificada a altura utilizando o estadiômetro (sendo o mesmo graduado a cada 0,5 cm), com a cabeça e o dorso encostados na régua do estadiômetro, abaixo da haste horizontal, mantendo os braços esticados ao longo do corpo e os pés apoiados no chão. Em seguida, foi-lhe solicitado que olhasse para frente, inspirasse fundo e prendesse o ar⁽⁷⁾.

Por meio da razão da massa corporal pela estatura ao quadrado dos indivíduos, foi calculado o IMC. Os valores do ICM foram

categorizados por meio do estado nutricional, segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde⁽⁷⁾, seguindo os pontos de corte: normal: entre 18,5 a 24,99 kg/m²; sobrepeso: 25,0 a 29,99 kg/m²; obesidade grau I: de 30,0 a 34,9 kg/m²; obesidade grau II: de 35,0 a 39,9 kg/m²; obesidade grau II acima de 40,0 kg/m².

A circunferência da cintura foi mensurada no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, utilizando-se uma trena de 1,50 m, flexível, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. Os participantes foram avaliados de pé, com os braços ao lado do corpo e os pés juntos, em posição ereta, de costas para um espelho horizontal e expondo a região abdominal. A medida foi procedida com o participante respirando normalmente e com o abdome relaxado, fazendo a leitura na expiração normal. Os dados foram anotados sem arredondamentos. Ao término do procedimento, foram apagados os pontos marcados com uma bola de algodão embebida em álcool a 70%⁽⁸⁾.

O parâmetro de avaliação e classificação para circunferência da cintura (CC) utilizado no estudo foi o da International Diabetes Federation (IDF), que propõe um ponto de corte que difere entre as etnias⁽⁸⁾, sendo assim utilizou-se com referência a CC < 90 cm como recomendada e ≥ 90 cm não recomendada.

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permanecia na posição sentada em frente ao participante e realizava a medida com a trena circundando a protusão máxima dos músculos do quadril e anotava os valores.

A relação cintura quadril foi determinada pela divisão da circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm)⁽⁸⁾ conforme a fórmula a seguir: RCQ = Circunferência da cintura (cm) / Circunferência do quadril (cm).

Os parâmetros para classificação da razão cintura-quadril foram baseados em Pitanga e Lessa⁽⁹⁾, apresentados na figura 1.

Figura 1. Normas para a classificação da razão cintura-quadril no sexo masculino.

Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Até 29	< 0,83	0,83 – 0,88	0,89 – 0,94	> 0,94
30 – 39	< 0,84	0,84 – 0,91	0,92 – 0,96	> 0,96
40 – 49	< 0,88	0,88 – 0,95	0,96 – 1,00	> 1,00
50 – 59	< 0,9	0,90 – 0,96	0,97 – 1,02	> 1,02
> 59	< 0,91	0,91 – 0,98	0,99 – 1,03	> 1,03

Fonte: Pitanga e Lessa (2005).

Os dados foram processados e analisados no programa estatístico SPSS 18.0 for Windows. Os resultados foram analisados em números absolutos, percentuais, médias e desvio padrão, sendo apresentados em tabelas os dados números absolutos e percentuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da Tabela 1 retratam que a amostra do estudo foi constituída por 75 homens acompanhados no Programa de Saúde do Homem do centro de referência, majoritariamente procedentes de Salvador e Região Metropolitana (98,6%). A idade mínima foi de 36 e a máxima de 71 anos de idade, a média de idade foi de 58,98 (\pm 9,08) anos, predominando a faixa etária compreendida entre 50 a 70 anos (70,7%). A maioria dos homens estava em situação conjugal casado/união consensual (70,7%) e se autodeclararam pardos (68,0%). Avaliando-se a escolaridade identificou-se maior proporção de homens que cursaram até o 1º grau (45,4%) seguidos daqueles que cursaram até o segundo grau (44,0%). A maioria exercia atividade profissional sendo autônomo ou empregado (52,0%), destacando-se que dos 42,7% aposentados, 12% realizava alguma atividade laboral. Predominou a renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos (52,0%) e a classe socioeconômica inferior a C1 com maior proporção de homens na C2 (40%). Do total de entrevistados, 96,0% eram os próprios responsáveis pela família (Tabela 1).

A amostra analisada apresentou idade média de 58,98 (\pm 9,08) anos, sendo caracterizada predominantemente pela baixa escolaridade e condição socioeconômica de média a baixa, cor parda e por desenvolverem alguma atividade laboral. Em geral o acometimento da HAS ocorre na população acima dos 60 anos, mas estudo demonstra que a hipertensão tende a ser maior entre os homens <50 anos de idade do que entre as mulheres da mesma faixa etária⁽¹⁰⁾.

A baixa escolaridade e renda tem sido fatores associados à dificuldade no controle eficaz da pressão arterial, o que pode justificar a maior prevalência destes fatores na população estudada⁽¹¹⁾. Tal como constatado neste estudo, Gama et al.⁽¹²⁾ verificou uma prevalência de indivíduos com baixa escolaridade e de classe socioeconômica média. Possíveis explicações para a influência do menor nível socioeconômico nas condições de saúde da população recaem

sobre a falta de acesso ao sistema de saúde, além de menor grau de informação e conhecimento sobre a doença, seus determinantes e das possibilidades de adoção de práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽¹³⁾.

Sabendo que as ciências da saúde são intrínsecas às ciências sociais, as condições socioeconômicas de um grupo populacional exercem um efeito direto e relevante sobre a relação saúde-doença, influenciando na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população⁽⁶⁾. Diferenças nas estratificações sociais, incluindo o nível de escolaridade, são relevantes preditores dos padrões de morbidade e mortalidade, onde os anos de escolaridade completos tem vantagens frente aos anos incompletos ou a ausência destes, frente aos indicadores de saúde⁽¹⁴⁾. Neste estudo 50,7% dos homens estudou apenas até o 1º grau.

Neste contexto o fortalecimento do Programa de Saúde do Homem proposto pelo Ministério da Saúde, com acompanhamento periódico desses homens, traz maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde de indivíduos com menor renda, os quais podem apresentar dificuldades no acompanhamento nutricional e na realização de atividade física devido a condição social.

Investigações que analisaram as associações das iniquidades em saúde segundo raça/cor da pele no Brasil apontam para a elevada ocorrência de adoecimento e morte na população afrodescendente, se justificando pela sua condição socioeconômica desprivilegiada. Convém salientar que, o supracitado grupo racial apresenta uma característica no seu perfil genético que determina um funcionamento irregular no mecanismo de captação celular de sódio e cálcio, bem como em seu transporte renal, podendo ser atribuído à presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, possibilitando o aumento sustentado da pressão arterial e, por conseguinte o aparecimento da HAS. Os negros e pardos tendem a possuir níveis pressóricos mais altos, se comparados aos brancos, bem como maior gravidade da doença. Acentuando-se uma maior prevalência de HAS nesse grupo racial⁽¹⁵⁾. No presente estudo 90,7% dos homens hipertensos se autodeclararam de cor parda ou preta.

Em relação à caracterização antropométrica (Tabela 2) verificou-se que a maioria dos

homens apresentaram circunferência da cintura aumentada (84,0%). No que se refere à razão cintura quadril foram predominantemente classificados em risco moderado a risco muito alto (89,3%), com maior proporção de homens classificados em risco muito alto (38,7%).

Quanto ao IMC apenas 18,7% estavam na faixa de normalidade, verificando-se que 49,3% tinham sobrepeso e 22,7% obesidade grau I., portanto, 72% dos homens estavam com excesso de peso.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra. Salvador (BA) – 2013.

Características sociodemográfica	n (75)	%
Idade		
30 -150 anos	15	20,0
50 -170 anos	53	70,7
≥ 70 anos	7	9,3
Situação conjugal		
Casado /união consensual	53	70,7
Solteiro /sem companheira fixa	10	13,3
Separado /divorciado	8	10,7
Viúvo	3	4,0
Outro	1	1,3
Raça/Cor		
Branca	7	9,3
Preta	17	22,7
Parda	51	68,0
Escolaridade		
Analfabeto/assina o nome	4	5,3
1º Grau	34	45,4
2º Grau	33	44,0
Superior incompleto/complete	4	5,3
Situação Laboral		
Aposentado	32	42,7
Autônomo	20	26,7
Empregado	19	25,3
Desempregado	4	5,3
Renda Familiar Mensal (em SM) (*)		
Menor que um	2	2,7
Um	22	29,3
Dois	17	22,7
Três	21	28,0
Maior que três	13	17,3
Responsável pela família		
O próprio entrevistado	72	96,0
O pai do entrevistado	2	2,7
A esposa do entrevistado	1	1,3
Classe socioeconômica		
B1	1	1,3
B2	4	5,3
C1	20	26,7
C2	30	40,0
D	20	26,7
Procedência		
Salvador e região metropolitana	74	98,7
Outras regiões da Bahia	1	1,3

*Salário mínimo (SM) da época da pesquisa R\$ 678,00,00.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Percentual dos dados antropométricos da amostra. Salvador (BA) 2013.

Dados antropométricos	n (75)	%
Circunferência da cintura (IDF*) em cm		
Recomendado (<90)	12	16,0
Não recomendado (≥ 90)	63	84,0
Razão cintura/quadril (cm/cm)		
Risco baixo	8	10,7
Risco moderado	19	25,3
Risco alto	19	25,3
Risco muito alto	29	38,7
IMC (peso/altura²)		
Normal (18,5 – 24,9)	14	18,7
Sobrepeso (≥ 25,0 – 29,9)	37	49,3
Obesidade I (30,0 – 34,9)	17	22,7
Obesidade II (35,0 – 39,9)	6	8,0
Obesidade III (≥ 40,0)	1	1,3

*IDF = *International Diabetes Federation*.

Fonte: Elaboração própria.

Com relação aos dados antropométricos, nesse estudo verificou-se que a maioria dos homens entrevistados apresentaram a medida de circunferência da cintura acima dos valores aceitáveis (84%) e IMC elevado indicando sobrepeso e obesidade grau I (72%). Quanto à razão cintura quadril predominaram os indivíduos classificados em risco de moderado a muito alto (89,3%). Dados do estudo de Esperandio et al(16). Também relatam elevada prevalência de excesso de peso ou obesidade na população de hipertensos, observa-se neste estudo uma associação positiva entre hipertensão arterial e obesidade em ambos os sexos, evidenciando uma prevalência expressiva de hipertensão nas pessoas obesas, sendo que 100% dos homens obesos e 97,2% das mulheres obesas eram hipertensos. Vale salientar que diversos estudos apontam a existência de associação entre elevação da pressão arterial e alterações em indicadores como IMC, circunferência da cintura e razão cintura quadril, que refletem excesso de tecido adiposo corporal(3,4).

A obesidade⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ e circunferência da cintura não recomendada⁽¹⁹⁾ também estão associadas ao descontrole da pressão arterial, demonstrando a influência das medidas antropométricas no desenvolvimento da hipertensão e no controle dos níveis pressóricos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica o uso de dados antropométricos para a

vigilância de fatores de risco para doenças crônicas, como a pressão arterial⁽⁷⁾. Em adultos, o peso aparece como a variável que apresenta maior correlação com a PA, porém junto ao IMC, a concentração de gordura na área abdominal também tem sido associada aos aumentos dos níveis pressóricos⁽⁹⁾. No presente estudo chama atenção que uma parcela importante da amostra está exposta ao excesso de peso e, por conseguinte, pode apresentar um descontrole maior nos níveis pressóricos.

Sabendo-se que a amostra analisada nessa pesquisa apresentou elevada proporção de excesso de peso, associado ao fato de que a obesidade/sobrepeso é um importante fator de risco para HAS⁽²⁾, e que a sua prevalência está aumentando extensivamente, torna-se importante a implementação de medidas de controle desses fatores de risco. Nessa perspectiva, acredita-se que promover estratégias efetivas que busquem mudanças no estilo de vida, tais como realização periódica de atividade física, modificação de hábitos alimentares, pode contribuir para a redução e o controle do excesso de peso nesses homens.

Entende-se que para estabelecer qualquer tipo de ações e estratégias de prevenção e controle é imprescindível considerar a perspectiva das pessoas sobre o processo de adoecer e cuidar de si, de forma que se conheçam os significados que motivam as ações individuais e coletivas, e

se considere a maneira como se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença e as dificuldades enfrentadas para seguir as recomendações terapêuticas ⁽¹²⁾. Nesse sentido, fatores relacionados aos homens como condições socioeconômicas, perspectivas culturais, percepção da obesidade, aspectos cognitivos, crenças, valores e conhecimentos prévios sobre as ações básicas para prevenção e controle da HAS e do excesso de peso precisam ser considerados como condições de risco nas estratégias de saúde, pois podem estar diretamente implicados no reconhecimento da condição de saúde e no desenvolvimento de estratégias para alcançar a qualidade de vida desejada.

A percepção do homem sobre saúde, doença e padrão corporal, nem sempre se manifesta em consonância com o padrão de estética da magreza estabelecido pela sociedade. As pessoas podem se perceber gordas ou magras conforme estabelecem comparações entre si, independentemente da sua medida em quilos ⁽⁶⁾. Neste sentido, a busca pelo controle do peso, pode assumir padrão divergente ao estabelecido pelo modelo biomédico e influenciar na participação do indivíduo no controle deste fator de risco para HAS.

A redução e o controle do peso em pacientes hipertensos são fundamentais para reduzir riscos de desenvolvimento de eventos coronarianos e cerebrovasculares, visto que o controle deste fator de risco contribui também para o controle dos níveis pressóricos. Neste contexto a redução das taxas de morbidade e mortalidade cardiovascular depende, principalmente, o controle efetivo da pressão arterial ⁽²⁰⁾.

Percebe-se que a prevenção do sobrepeso e da obesidade, bem como o acompanhamento e controle do excesso de peso através do IMC, CC e RCQ, tem impacto na redução da hipertensão arterial. Ressalta-se que a utilização da medida da CC é procedimento de grande simplicidade, baixo custo e uma vez incorporado como rotina na avaliação dos pacientes poderá trazer grandes benefícios em termos de investigação e possibilidade de medidas para controle do estado nutricional e risco cardiovascular.

Neste sentido, para um melhor controle ou normalização nos valores das medidas

antropométricas e, conseqüentemente, melhora nos valores pressóricos, torna-se importante a implementação de práticas de cuidado interdisciplinares visando mudança de hábitos de vida. Isso envolve reeducação alimentar e práticas regulares de atividades físicas. No entanto, não se pode perder de vista que a mudança de comportamento não é tarefa fácil e que a educação em saúde pressupõe, minimamente, que os profissionais tenham um conhecimento prévio da população que estão assistindo e levem em consideração o seu contexto sociocultural e compartilhem com os clientes os projetos de cuidado com a própria saúde ⁽¹²⁾. É essencial que os indivíduos sejam auxiliados a compreender a importância da terapêutica e a utilizar os recursos que dispõem de forma mais adequada e atrativa para a prevenção de agravos relacionados à hipertensão.

O universo masculino apresenta uma dificuldade maior em se deixar conhecer, o que fortalece ainda mais a necessidade de ampliar olhares e recursos para atingir de maneira efetiva o objetivo da educação ⁽⁶⁾. Desta forma sugere-se que atuação multiprofissional seja mantida a médio e longo prazo evitando ao máximo o abandono desses sujeitos ao cuidado dedicado a si e busquem efetivamente atender às suas demandas particulares voltadas para redução do peso e controle da pressão arterial.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que os homens hipertensos estão, em sua maioria, com valores de índices antropométricos inadequados para saúde e, portanto, expostos a maior risco de morbidade e mortalidade. O contexto social, as crenças em saúde desses homens bem como as perspectivas que possuem para o cuidar de si são elementos que merecem atenção pelos profissionais de saúde que atendem a esta clientela. Torna-se um desafio a equipe de saúde encontrar junto a clientela medidas que possibilitem alterações nos hábitos de vida visando o controle do excesso de peso.

Como limitações do estudo destacam-se o tamanho da amostra e a amostragem de conveniência. Mesmo não se podendo fazer generalizações dos resultados, os mesmos

revelam a necessidade de ampliar a abordagem realizada as pessoas com hipertensão arterial sistêmica, considerando que o cuidado a esta

população deve incluir a abordagem e o controle dos fatores considerados de risco para a hipertensão.

ANTHROPOMETRIC PROFILE OF HYPERTENSIVE USERS OF A HEALTH PROGRAM FOR MEN

ABSTRACT

Descriptive, explorative and transversal study with the purpose of evaluating the anthropometric parameters of hypertensive men accompanied by a health program for men. Data collection took place between October to December 2013, through interviews with application of a structured instrument. Data were processed and analyzed using SPSS 18.0 for Windows. The results were analyzed in absolute numbers, percentages, means and standard deviations and presented in tables. Interviews were performed on 75 men, with average ages of 58,98 ($\pm 9,08$) years. Predominance was for self-declared color brown (68,0%), married/common-law marriage (70,7%), elementary schooling (43,3%), active labor situation (52,0%) and family income of between 1 and 2 minimum wages (52,0%). It was verified that 84,0% of the men presented increased circumference of the waist; 89,3% were classified as moderate to very high risk for the standard of waist-hip girth ratio and 72% of the men were overweight. It is possible to conclude that hypertensive men have, in their majority, inadequate anthropometric rates for health. In order for the healthcare strategies to be effective, social context, inherent health beliefs to this gender and the perspective they have for their own care merits attention from the health professionals.

Keywords: Hypertension. Men's health. Anthropometry. Risk factors.

PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE USUARIOS HIPERTENSOS DE UN PROGRAMA DE SALUD DEL HOMBRE

RESUMEN

Estudio descriptivo, exploratorio y transversal que tuvo el objetivo de evaluar los parámetros antropométricos de hombres hipertensos acompañados en un programa de salud del hombre. La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2013, a través de entrevistas con la aplicación de un instrumento estructurado. Los datos fueron procesados y analizados con el programa SPSS 18.0 para Windows. Se analizaron los resultados en números absolutos, porcentajes, promedios y desviaciones estándar y fueron presentados en tablas. Se entrevistaron a 75 hombres, tenían promedio de edad de 58,98 ($\pm 9,08$) años. Predominaron los auto-declarados pardos (68,0%), casados/unión consensual (70,7%), con escolaridad hasta la enseñanza primaria (43,3%), situación laboral activa (52,0%) y renta familiar de 1 a 2 salarios mínimos (52,0%). Se verificó que el 84,0% de los hombres presentó circunferencia de la cintura aumentada; 89,3% fue clasificado en riesgo moderado a muy alto para el patrón de proporción cintura cadera y 72% de los hombres estaba con exceso de peso. Se concluye que los hombres hipertensos están, en gran parte, con los valores de los índices antropométricos inadecuados para la salud. Para que estrategias de cuidado sean eficaces, el contexto social, las creencias en salud inherentes a este género y la perspectiva que poseen para el cuidado de sí merecen atención de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Hipertensión. Salud del hombre. Antropometría. Factores de riesgo.

REFERÊNCIAS

1. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(5):1357-1363.
2. Lotemberg AMP, Guimarães AC, Negrão CE, Forjaz CLM, Lopes H, Santos JE, et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. In: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1):16-20.
3. Ulbrich AZ, Bertin RL, Bozza R, Neto AS, Lima GZS, Carvalho T, Campos W. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012; 56(6):351-7.
4. Barbosa LS, Scala LCN, Ferreira MG. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Bras. Epidemiol*. [online]. 2009; 12(2):237-47. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v12n2/13.pdf>
5. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira; 2012.
6. Conejo SP. Homem e obesidade - excessos e faltas: corpos que contam histórias. [Dissertação]. São Paulo (SP). Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo; 2009.
7. World Health Organization. Building blocks for tobacco control. Geneva; 2004.
8. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. IDF epidemiology task force consensus group. The IDF consensus worldwide

- definition of metabolic syndrome. *Lancet*. 2005; 366 (9491):1059-62.
9. Pitanga FJG, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador-Bahia. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85(1):26-31.
10. Posso AJMD, Borrel JAM, Fontes F, Gonzalez CEC, Burgos AAP, Ortega AC. High Blood Pressure in Panama: Prevalence, Sociodemographic and Biologic Profile, Treatment, and Control (STROBE). *Medicine (Baltimore)*. 2014; 93(22):1-10.
11. Silva LBE, Bagno SSES, Marcílio AG, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012; 98(4).
12. Gama GGG, Mussi FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Lack Of) Control Of Clinical And Anthropometrical Parameters In Individuals With Coronary Artery Disease. *Rev Esc Enferm. USP*. 2011; 45(3):624-31.
13. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(9):3755-68.
14. Bastos TF, Alves MCGP, Barros MBA, Cesar CLG. Men's health: A population-based study on social inequalities. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11):2133-42.
15. Pires CGS; Mussi FC. Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre o estresse. *Cienc cuid saude*. 2013; 12(3):424-33
16. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev. Bras Geriat Gerontol*. 2013; Sep;16(3):481-493.
17. Jiang B, Liu H, Ru X, Zhang H, Wu S, Wang W. Hypertension Detection, Management, Control and Associated Factors Among Residents Accessing Community Health Services In Beijing. *Scientific Reports*. 2014; 4:4845.
18. Shelley D, Tseng TY, Andrews H, Ravenell J, Wu D, Ferrari P, et al. Predictors of blood pressure control among hypertensives in community health centers. *Am J Hypertens*. 2011; 24(12):1318-23.
19. Labeit AM, Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, et al. Changes in the prevalence, treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. *LoS One*. 2012; 7(12):e52229.
20. Zhang Y, Zhang X, Liu L, Zanchetti A. Is a systolic blood pressure target <140mmHg indicated in all hypertensives? Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial. *Eur Heart J* 2011; 32:1500–1508.

Endereço para correspondência: Glicia Gleide Gonçalves Gama. Rua Jayme Saponilk, 1183, Cond. Morada Alto do Imbuí, torre Imperial, apt. 08, Imbuí. CEP: 41720-075. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: gliciaggama@bahiana.edu.br

Data de recebimento: 11/05/2015

Data de aprovação: 15/02/2016