

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, COM DESTAQUE PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM FUNCIONÁRIOS DOS RESTAURANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS, POINTING OUT HYPERTENSION IN EMPLOYEES OF A RESTAURANT OF A BRAZILIAN PUBLIC UNIVERSITY

Santos, J*, Pierin, AMG**

RESUMO: Identificar a prevalência referida de fatores de risco cardiovascular com destaque para a hipertensão arterial. O estudo foi realizado com funcionários dos restaurantes de uma universidade pública estadual da cidade de São Paulo. Realizaram-se entrevista e medidas antropométricas e da pressão arterial com aparelho automático validado, de acordo com as normas das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. A hipertensão arterial foi considerada na vigência de diagnóstico prévio e/ou medida da pressão $\geq 140/90$ mmHg. Para as variáveis classificatórias foi usado teste Qui-quadrado ou de Fisher e nas quantitativas testes paramétricos (teste *t-student* ou análise de variância) ou não paramétricos. Foram considerados valores de $p < 0,05$. Foram entrevistados 174 funcionários, 57% mulheres, 43 ± 10 anos, Índice de Massa Corporal (IMC) $27 \pm 4,6$ kg/m², 40% brancos, 47% casados. Os fatores de risco cardiovasculares referidos foram hipercolesterolemia (23%), hipertensão arterial (15,5%), diabetes (6,9%), sedentarismo (56,9%), tabagismo atual ou anterior (49,4%) e uso de bebida alcoólica atual ou anterior (22,4%). A prevalência identificada de hipertensão arterial foi de 23% e entre aqueles que referiram hipertensão apenas 37% estavam com a pressão arterial controlada. Os funcionários hipertensos foram diferentes dos não hipertensos ($p < 0,05$), respectivamente, em relação às seguintes variáveis: escolaridade (57% analfabeto/lê-escreve/1º grau vs 33%), função (nenhum garçon vs 6%), IMC (29 ± 5 vs 26 ± 4 kg/m²), idade (51 ± 8 vs 41 ± 9 anos), circunferência abdominal (96 ± 14 vs 88 ± 11 kg/m²), hábito de medir a pressão (35% vs 17%), presença de diabetes (15% vs 4,5%), hipercolesterolemia (37% vs 19%), infarto (7,5% vs 0,7%) e dentre as mulheres pressão alta durante a gravidez (25% vs 11%) e ser menopausada (67% vs 28%). A análise de regressão logística mostrou que a presença de hipertensão foi dependente da idade (*Odds ratio*=1,143, IC 95% 1,068-1,224).

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial. Risco cardiovascular. Tratamento.

ABSTRACT: To identify referred prevalence of cardiovascular risk factors and to characterize hypertension. The present study was conducted with employees of a restaurant of a State of São Paulo University located in the city of São Paulo. The subjects were interviewed and blood pressure were measured by a validated automatic device (OMRON HEM 705CP). Hypertension was considered in at least one of the following situations: previous diagnosis or blood pressure measurement $\geq 140/90$ mm Hg. The relationship between the classificatory variables was assessed by Chi-square test or Fisher's exact test in the quantitative variables, the means according to the factors were compared by parametric tests (Student's *t*-test or analysis of variance) or non-parametric tests. $P < 0.05$ values were considered significant. One-hundred and seventy-four subjects were interviewed, 57% women; 43 ± 10 years; Body Mass Index (BMI) 27 ± 4.6 kg/m², 40% white; 47% married. The cardiovascular risk factors referred were hypercholesterolemia (23%), hypertension (15.5%), diabetes (6.9%), sedentary lifestyle (56.9%), current or previous smoking habit (49.4%), and current or previous alcohol intake (22.4%). The hypertension prevalence was 23% and among those who referred to have hypertension, only 37% had blood pressure under control. The hypertensive subjects were different from non-hypertensives ($p < 0.05$) regarding the following variables, respectively: school level (57% illiterate/read-write/elementary school level vs. 33%), job (no waiters vs. 6%), BMI (29 ± 5 vs. 26 ± 4 kg/m²), age (51 ± 8 vs. 41 ± 9 years), waist circumference (96 ± 14 vs. 88 ± 11 kg/m²), blood pressure measurement habit (35% vs. 17%), diabetes presence (15% vs. 4.5%), hypercholesterolemia (37% vs. 19%), stroke (7.5% vs. 0.7%), and among women, high blood pressure during pregnancy (25% vs. 11%) and after menopause (67% vs. 28%). The logistical regression analysis revealed that hypertension presence was dependant of age (*Odds ratio*=1.143, CI 95% 1.068-1.224).

KEYWORDS: Hypertension. Cardiovascular risk. Treatment.

* Juliano dos Santos, Aluno de graduação em Enfermagem, Iniciação Científica.

** Angela M. G. Pierin, Orientadora, Professora Titular da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Os fatores de risco cardiovasculares, nos quais a elevação crônica da pressão arterial está incluída, destacam-se pela magnitude de suas múltiplas expressões, entre elas: um contínuo e elevado índice de prevalência e de mortalidade, tanto no contexto nacional quanto no internacional; correlações com outras formas graves de adoecimento, tais como insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, doença aterosclerótica, diabetes *mellitus*, entre outros; um impacto social e econômico elevado em decorrência de aposentadorias precoces, longo tempo de internação, alto custo do tratamento e um patamar relativo de adesão à prevenção dos fatores de risco, apesar de todo o conteúdo informativo veiculado em diferentes formas e programações, em âmbito nacional e internacional¹.

A prevenção de doenças cardiovasculares engloba a localização e a identificação nos sadios, de possíveis riscos, oriundos de modalidades de exposição ambiental e/ou de suscetibilidades biológicas, que identificam uma infundável rede de riscos em que comportamentos, sinais, sintomas e doenças podem confluir para se tornarem fatores de risco para outras afecções^{2,3}. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência⁴.

Diante do exposto é importante destacar que a hipertensão arterial é um dos fatores de risco mais importantes de morbimortalidades precoces causadas por doenças cardiovasculares no mundo atualmente, representando junto com o tabagismo, a principal causa de mortalidade da população mundial e constituindo o principal fator de risco isolado para acidentes vasculares cerebrais^{2,3,5,6}. Entre os fatores de risco primordiais para a hipertensão arterial, encontra-se a obesidade, o excesso de ingestão de bebida alcoólica e o consumo excessivo de sal⁴. O controle desses fatores contribui de maneira fundamental para o controle da hipertensão arterial e conseqüentemente das doenças cardiovasculares.

Nesse contexto, a hipertensão arterial sistêmica, devido a seu importante papel como fator de risco cardiovascular modificável, revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública de nosso país, com prevalência entre 10 e 42%, dependendo da região, subgrupo populacional ou critério diagnóstico utilizado^{7,8}, justificando o reconhecimento de sua real distribuição nos distintos grupos específicos. Estudos realizados com trabalhadores em geral⁹, operários da construção civil¹⁰, bancários¹¹, servidores universitários¹², funcionários de um complexo hospitalar¹³ e trabalhadores de uma fábrica de couro¹⁴ revelaram prevalências de hipertensão arterial de 15%, 16%, 18%, 22%, 26% e 56%, respectivamente.

Acredita-se que a identificação da prevalência de hipertensão em populações específicas é fundamental, pois há evidência científica substancial de que ações

preventivas e terapêuticas direcionadas ao controle da hipertensão arterial sistêmica reduzem a mortalidade associada às doenças cardiovasculares. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência referida de fatores de risco cardiovascular com destaque para a hipertensão arterial.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa de forma não experimental e transversal. Os dados foram coletados por meio de entrevista com os funcionários, utilizando um formulário próprio com questões de identificação, crenças e conhecimentos sobre a doença e o tratamento, bem como atitudes em face do tratamento.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Estando de acordo com as diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96).

O estudo foi realizado nos restaurantes da Universidade de São Paulo, campus da capital, após aprovação do Comitê de Ética. Teve como critérios de inclusão os seguintes quesitos: ser funcionário de um dos restaurantes da Universidade de São Paulo, campus da capital, estar efetivamente trabalhando no período de coleta de dados e concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram consideradas hipertensas as pessoas com pelo menos um dos seguintes critérios: referência da doença, tratamento anti-hipertensivo e medida da pressão $\geq 140/90$ mmHg.

A medida da pressão arterial foi realizada 3 vezes consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de 1 a 2 minutos, em ambiente calmo, na posição sentada e com aparelho automático validado (OMRON HEM 705CP), no membro superior esquerdo, com o braço apoiado na altura do coração, sem ter ingerido bebida alcoólica, café e fumo até 30 minutos antes e após 5-10 minutos de repouso.

O peso de cada funcionário foi avaliado com balança digital aferida, e a altura, com os pés descalçados e unidos. A circunferência da cintura foi obtida localizando-se o ponto anatômico logo abaixo da última costela ou com a circunferência menor do abdome.

A relação entre as variáveis classificatórias foi avaliada com o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher; e nas quantitativas as médias, segundo os fatores, foram comparadas com testes paramétricos (teste *t-student* ou análise de variância) ou com testes não paramétricos. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

As variáveis classificatórias são apresentadas descritivamente em tabelas contendo freqüências absolutas (n) e relativas (%).

RESULTADOS

Foram entrevistados 174 funcionários, com predomínio do sexo feminino, brancos, casados e com ensino médio. Em relação às atividades desenvolvidas e renda familiar, a maioria era de auxiliares de cozinha e a renda na faixa de três a quatro salários-mínimos. Quanto aos hábitos de vida, cerca da metade dos funcionários referiu tabagismo atual ou anterior e a grande maioria não referiu ingestão de bebida alcoólica (Tabela 1).

Variáveis	n.º	%
Sexo		
Feminino	100	57,5
Masculino	74	42,5
Etnia		
Branca	70	40,2
Negra	48	27,6
Mulata	24	13,8
Mestiça	21	12,1
Amarela	11	6,3
Estado civil		
Casado	81	46,6
Solteiro	47	27,0
Viúvo	12	6,9
Amasiado	14	8,0
Separado	20	11,5
Escolaridade		
1º Grau	61	35,0
2º Grau	88	50,5
Lê e escreve	2	1,1
Analfabeto	4	2,3
Superior	19	10,9
Atividade		
Garçom	8	4,9
Auxiliar de Cozinha	100	61,0
Cozinheiro (a)	27	16,5
Técnico em Nutrição	6	3,7
Nutricionista	4	2,4
Técnico Administrativo	9	5,5
Vigia	7	4,3
Auxiliar de Caixa	3	1,8
Balconista	3	1,9
Promotor de Vendas	3	1,9
Vendedor	2	1,3
Tabagismo		
Não	88	50,6
Parou	40	23,0
Sim	46	26,4
Etilismo		
Não	135	77,6
Parou	13	7,5
Sim	26	14,9
Renda familiar (salários-mínimos)		
0<2	33	19,0
3-4	126	72,4
>4	15	8,6

Tabela 1: Características biossociais dos funcionários de restaurantes de uma universidade pública. São Paulo, 2006.

Os dados da Tabela 2 mostram que a média de idade dos funcionários se manteve na quarta década, índice de massa corporal no limite inferior da faixa de sobrepeso e com predomínio de pressão arterial na faixa de normotensão.

Variáveis	Média± Desvio padrão
Idade (anos)	43,0 ±10,0
Índice Massa Corporal (IMC) (kg/m ²)	26,81±4,65
Cintura (cm)	90,3±12,1
Pressão Sistólica (mmHg)	120,7±14,2
Pressão Diastólica (mmHg)	74,8±10,1

Tabela 2: Características antropométricas e pressão arterial dos funcionários de restaurantes de uma universidade pública. São Paulo, 2006.

A prevalência identificada de hipertensão foi de 23%, sendo que apenas 15,5% dos entrevistados referiram a doença. Destaca-se que entre os que referiram hipertensão apenas 37% estavam com a pressão arterial controlada. Em relação às mulheres um pouco mais de um terço estava na menopausa e 18% indicaram a presença de hipertensão durante a gestação. Em relação ao diagnóstico da doença, os dados indicam que a maior parte dos que referiram ser hipertensos tinha mais de 10 anos de doença (48,1%), sendo que 44,4% descobriram a hipertensão por terem se sentido mal e 37,0% ao passar por exame médico de rotina. A maioria expressiva dos funcionários referiu não ter o hábito de medir a pressão regularmente. Quanto à presença de outros fatores de risco cardiovasculares foram citados a hipercolesterolemia (23,0%) e em frequência bem menor diabetes (6,9%), além de já terem apresentado infarto (2,3%) e acidente vascular encefálico (1,1%) (Tabela 3).

Variáveis	Respostas	
	n.º	%
Hipertensão referida	27	15,5
Hipertensão identificada	40	23,0
Hipertensão durante a gravidez	18	18,0
Menopausa	38	38,4
Tempo de pressão alta		
Até 1 ano	1	3,7
De 1 a 5 anos	8	29,6
De 5 a 10 anos	5	18,5
Mais que 10 anos	13	48,1
Hábito de medir a pressão	37	21,3
Aumento de colesterol	40	23,0
Diabetes <i>mellitus</i>	12	6,9
Infarto	4	2,3
Derrame	2	1,1

Tabela 3: Distribuição dos funcionários de restaurantes de uma universidade pública segundo a caracterização da hipertensão e doenças associadas. São Paulo, 2006.

Os funcionários hipertensos foram diferentes dos não hipertensos ($p < 0,05$) por apresentarem menor escolaridade (57% analfabeto/lê-escreve/1.º grau vs 33%), índice de massa corporal mais elevado (29 ± 5 vs 26 ± 4 kg/m²), idade mais elevada (51 ± 8 vs 41 ± 9 anos), maior circunferência abdominal (96 ± 14 vs 88 ± 11 Kg/m²), hábito de medir a pressão arterial (35% vs 17%), presença de diabetes (15% vs 4,5%), hipercolesterolemia (37% vs 19%), infarto (7,5% vs 0,7%); e nas mulheres

a presença de pressão alta durante a gravidez (25% vs 11%) e ser menopausada (67% vs 28%). Em relação às funções desempenhadas nos restaurantes, nenhum garçom apresentou hipertensão arterial (Tabela 4). A análise de regressão logística mostrou que a presença de hipertensão esteve relacionada à idade (Odds ratio=1,143, IC 95% 1,068-1,224), pois para cada ano de aumento na idade do entrevistado a chance de apresentar a doença foi de 14,3%.

Variáveis	Hipertensão arterial				Valor p
	Não		Sim		
	n.º	%	n.º	%	
Escolaridade					0,001
analfabeto	0	0,0	4	10,0	
Lê-escreve	1	0,7	1	2,5	
1º grau	43	32,1	18	45,0	
2º grau	75	56,0	13	32,5	
superior	15	11,2	4	10,0	
Ocupação					0,014
Garçom	8	6,3	0	0,0	
Auxiliar de Cozinha	79	62,7	21	55,3	
Cozinheiro (a)	23	18,3	4	10,5	
Técnico em Nutrição	5	4,0	1	2,6	
Nutricionista	3	2,4	1	2,6	
Técnico Administrativo	5	4,0	4	10,5	
Auxiliar de Caixa	1	0,8	2	5,3	
Vigia	2	1,6	5	13,2	
Diabetes					0,032
Sim	6	4,5	6	15,0	
Não	128	95,5	34	85,0	
Infarto	111	81,0	26	19,0	0,038
Sim	1	0,7	3	7,5	
Não	133	99,3	37	92,5	
Hipercolesterolemia					0,046
Sim	25	18,7	15	37,5	
Não	108	80,6	25	62,5	
Não sabe	1	0,7	0	0,0	
Pressão Alta					0,001
Não	134	100	13	32,5	
Sim	0	0	27	67,5	
Hábito de medir a pressão					0,016
Não	111	82,8	26	65,0	
Sim	23	17,2	14	35,0	
Hipertensão na gravidez					0,001
Sim	8	11,1	10	25,0	
Não	64	88,9	28	70,0	
Não sabe	0	0,0	2	5,0	
Menopausa					0,001
Sim	20	27,8	18	66,7	
Não	52	72,2	9	33,3	

Tabela 4: Variáveis que se associaram com a presença de hipertensão arterial em funcionários de restaurantes de uma universidade pública. São Paulo, 2006.

Os dados da tabela 5 mostram que dentre os funcionários que sabiam ser hipertensos quase que metade (44,4%) indicou já ter interrompido o tratamento e os motivos mais apontados para tal foram: não sentem necessidade de se tratar, ausência de sintomas, preço elevado dos medicamentos, ter que tomar remédios várias vezes ao dia, além de falta dos remédios na farmácia do hospital ou a não ocorrência de distribuição gratuita.

Variáveis	n	%
Interrupção do tratamento	12	44,4
<i>Motivos:</i>		
Não sente nada	5	41,7
Não sente necessidade de se tratar	5	41,7
Remédios muito caros	4	33,3
Não há na farmácia do hospital nem distribuição gratuita	4	33,3
Ter que tomar o remédio várias vezes ao dia	4	33,3
Acha que a hipertensão não é tão grave	4	33,3
Acredita que deve tomar o remédio somente quando se sentir mal	4	33,3
Acha que está curado	3	7,5
Por esquecimento	3	7,5

Tabela 5: Interrupção do tratamento e motivos referidos pelos hipertensos. São Paulo, 2006.

DISCUSSÃO

O principal resultado do presente estudo mostra que a hipertensão identificada foi maior do que a referida. Dos funcionários, 8% apresentaram valores da pressão arterial compatíveis com a doença, porém não sabiam ser hipertensos, provavelmente pela falta de avaliação da pressão arterial, pois a maioria expressiva dos funcionários referiu não ter o hábito de medir a pressão regularmente. Dessa forma, destaca-se a importância da medida regular da pressão arterial para detecção precoce da doença, a ser realizada em todas as avaliações de saúde, independentemente da sua especificidade e por todos profissionais da área da saúde. A prevalência identificada de 23% assemelha-se à de outros estudos com população geral, como a do município de Bambuí-MG, cuja prevalência de hipertensão auto-referida foi de 27% e a aferida de 23%¹⁵, porém em estudo no município rural de Cavunge-BA, a prevalência identificada foi mais elevada, 36%.¹⁶ Em populações específicas, pode-se citar estudo em profissionais de diversas categorias em um hospital-escola público na cidade de São Paulo que revelou uma prevalência de hipertensos de 26% com 71% dos pesquisados acima de 40 anos¹³ e

outros, tais como trabalhadores em geral, operários da construção civil¹⁰, bancários¹¹, servidores universitários¹² e trabalhadores de curture¹⁴ mostrando prevalências de 15%, 16%, 18%, 22% e 56%, respectivamente.

Em relação às características da população estudada ressalta-se a presença de obesidade ou sobrepeso, além de que cerca da metade das mulheres (52%) e pouco menos da metade dos homens (34%) apresentaram aumento da circunferência abdominal acima de 88 cm e 102 cm, respectivamente, compatível com risco cardiovascular muito aumentado. Sabe-se que o sobrepeso e obesidade atuam diretamente sobre a saúde, sendo um fator de risco para muitas doenças crônicas como o diabetes *mellitus*, hipertensão, hipercolesterolemia, acidente vascular encefálico, doenças cardíacas. Índices do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que no Brasil o problema atual não é a fome e sim a obesidade. A trajetória da obesidade no Brasil é explosiva em ambos os sexos, quatro em cada dez brasileiros adultos sofrem de excesso de peso, segundo dados do IBGE. A obesidade já é o segundo fator que mais mata e causa doenças no Brasil, atrás apenas do consumo de álcool¹⁷. Estudos transversais nacionais mostram prevalências do sobrepeso e obesidade de 31% em ambos os sexos e de obesidade de 6% nos homens na região metropolitana de Belo Horizonte-MG;¹⁸ no Estado do Rio Grande do Sul-RS a prevalência de obesidade foi 18%¹⁹ e na região da Bahia a frequência de obesidade foi 8% e a de sobrepeso, 28%²⁰.

A presença de outros fatores de risco cardiovascular geralmente se associa à hipertensão arterial, tais como fatores ambientais e estilos de vida pouco saudáveis, com destaque para a inatividade física, sobrepeso, hiperglicemia e a dislipidemia. Tal situação também foi evidenciada no presente estudo, inclusive com referência de complicações provavelmente advindas da falta de tratamento da hipertensão arterial como o acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Para corroborar tais evidências, a análise estatística mostrou que os hipertensos tinham índice de massa corporal e circunferência abdominal mais elevados, presença de diabetes, hipercolesterolemia e infarto, quando comparados com os funcionários não hipertensos.

Nível socioeconômico mais baixo também parece se associar à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Estudos mostraram associação estatisticamente significativa entre menores níveis educacionais e de renda com a presença de hipertensão arterial^{21,22}. Acrescenta-se ao cenário, alimentação inadequada como consumo de sal e a ingestão de bebida alcoólica, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional pouco satisfatório. Dessa forma, também se verificou que nos funcionários hipertensos predominou baixa escolaridade como exemplo da influência da condição socioeconômica no contexto da doença.

No tocante ao gênero, apesar da prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres apresentar similaridade, estimativas indicam taxas de hipertensão mais elevadas para os homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década²³. Nessa faixa etária para as mulheres a predisposição para doenças cardiovasculares pode ser maior pela perda da proteção hormonal inerente à menopausa. Fato também presente nesse estudo, pois a menopausa foi mais freqüente nas funcionárias hipertensas, além delas indicarem presença de pressão alta durante a gravidez.

O propósito da utilização da análise multivariada é o de compreender a importância das variáveis independentes, tanto individualmente como conjuntamente, tornando possível determinar se existe uma interação entre as variáveis. Dessa forma, utilizou-se o modelo de regressão logística que revelou que a presença da hipertensão arterial nos funcionários estudados esteve associada à idade, pois para cada aumento de um ano, a chance de apresentar a doença se elevou em 14,3%. O envelhecimento da população apresenta-se com um dos maiores desafios da saúde pública atual, pela elevação marcante de doenças crônicas exigindo tratamento contínuo com demanda crescente de serviços de saúde. Estudos nacionais mostraram que a prevalência da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* aumenta de forma significativa com o avançar da idade²⁴.

Após a identificação da doença e estabelecimento do tratamento, o maior desafio para os profissionais da área da saúde é obter o controle dos hipertensos, fato evidenciado também na presente investigação, pois apenas cerca de um terço estava com a pressão controlada.

Uma possibilidade para o controle insatisfatório dos níveis da pressão arterial relaciona-se com a pouca ou falta de adesão ao tratamento. A não adesão ao tratamento pode atingir índices elevados de abandono, considerado o grau máximo de falta de adesão, ou interrupção do tratamento como citado pelos entrevistados. Vários são os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento e que são enumerados a seguir²⁵. As variáveis biossociais como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem ser considerados na adesão ao tratamento. A baixa condição socioeconômica também pode ser fator limitante para o acesso ao tratamento e para a aquisição dos medicamentos. Acrescentam-se ainda, as mudanças necessárias de hábitos de vida e culturais que requerem determinação por parte do paciente e equipe. Nesse aspecto, estudo realizado em nosso meio mostrou que homens, jovens, não brancos se associaram com desconhecimento sobre a doença e tratamento, enquanto que maiores níveis tensionais se associaram com idade acima de 60 anos, não casado, obesidade, baixa escolaridade e baixa renda, características que podem induzir aspectos desfavoráveis à consecução satisfatória do tratamento²⁶.

O conhecimento sobre a doença e tratamento também é uma variável a ser considerada no contexto da adesão ao tratamento, percebe-se que de um modo geral os hipertensos possuem a informação sobre sua problemática de saúde, porém não estão devidamente controlados. A discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.

A cronicidade da doença e ausência de sintomatologia específica, bem como complicações de longo prazo, também exercem influência no processo de adesão, assim como características do tratamento medicamentoso, destacando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda a vida. O acesso ao medicamento e o custo têm sido apontados como um dos principais fatores limitantes em nosso meio.

A falta de adesão ao tratamento e o conseqüente controle pouco satisfatório da pressão arterial constituem um problema que deve ser enfrentado por todos – o hipertenso e a equipe de saúde.

CONCLUSÃO

Apesar de se tratar de um estudo transversal com população específica, os dados evidenciados denotam a magnitude da problemática da hipertensão arterial. Destaca-se que a atuação do enfermeiro e equipe na assistência aos hipertensos passa por diferentes etapas e estratégias de ação, incluindo: promoção à saúde por meio de ações educativas para adoção de estilos de vida saudáveis e controle de fatores de risco relacionados à doença; detecção precoce da doença com a realização periódica da medida da pressão arterial, de pessoas adultas, adolescentes e crianças; controle dos hipertensos por meio da consulta de enfermagem; educação em saúde, que inclui desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver; e supervisão e administração de serviços e clínicas para facilitar o acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, espera-se total abrangência das possibilidades de atuação no contexto da assistência às pessoas hipertensas.

Referências Bibliográficas

1. Ide CAC. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. p. 1-8.
2. Benseñor IM, Lotufo PA. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar 2. Barueri: Manole; 2004. p. 11-25.
3. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2006; São Paulo.
4. Links-Esteves JP, Santos RA dos, Gordan P, Suplicy H, Mancini M, Haussen SR, et al. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2007;89(3):24-79.
5. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. Circulation. 1970; 41(suppl 1):1-211.
6. Hypertension Detection and Follow-up Group – The effect of treatment on mortality in “mild” hypertension. N Engl J Med. 1982; 307:976-80.
7. Klein CH, Silva NAS, Nogueira AR, Bloch KV, Campos LHS. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil: I. Metodologia. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1995;11(2):187-201
8. Lolio CA. Prevalência da hipertensão arterial em Araraquara. Arq Bras Cardiol. 1990;55:167-73.
9. Ribeiro MD, Ribeiro AB, Stabile NC, Ancao MS, Saragoca MA, Ramos OL, et al. Prevalência de hipertensão arterial na força de trabalho da grande São Paulo: influência da idade, sexo e grupo étnico. Rev. Ass Med. 1982;(28):209-11.
10. Melhado JC, Mosa AAP, Dine JM. Avaliação de níveis de pressão arterial em operários da construção civil. Rev Bras Saúde Ocup. 1984; 45(12):68-73.
11. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. Arq Bras Cardiol. 1998; 71(5):653-60.
12. Nogueira AR, Alves PM, Miranda RF, Boechat NL. Colesterol e outros fatores de risco cardiovascular nos servidores da UFRJ: prevalência e influência de variáveis sociais. Arq Bras Cardiol. 1990; 55:227-32.
13. Mion Jr D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JH, Monteiro JM, Chinen RY, et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo. 2004; 59(6):329-336.
14. Cordeiro R, Lima FE, Almeida IM. Pressão arterial em trabalhadores de cortume. Rev Saúde Pública 1998;32:467-76.
15. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev Saúde Pública. 2004; 38:637-42.
16. Matos AC, Ladeia AM. Assessment of cardiovascular risk factors in a rural community in the Brazilian state of Bahia. Arq Bras Cardiol. 2003; 81:153-60.
17. Monteiro CA. Da privação ao excesso de comida entrevista a Fabrício Marques. Revista Pesquisa FAPESP [online]. 2005; [acesso em 23 maio 2007; (111):5. Disponível em: <http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=6&bd=1&pg=1&lg=>
18. Velasquez-Melendez G, Pimenta A, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. Rev Panam Salud Publica. 2004;16:308-14.
19. Duncan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achuti AC. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. Rev Saúde Publica. 1993;27(1):143-8.
20. Matos AC, Ladeia AM. Assessment of cardiovascular risk factors in a rural community in the Brazilian state of Bahia. Arq Bras Cardiol. 2003; 81:153-60.
21. Achutti A, Achutti VR. Fatores de risco para aterosclerose. Elementos para descrição da situação no Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 1994;63:427-32.
22. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. Cad Saúde Pública. 1997;13(4):596-600.
23. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005;365:217-23.
24. D'Agord Schaan B, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum altera. Rev Saúde Pública. 2004;38:529-36.
25. Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP. 2001; 35:11-18.
26. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2003; 81:349-54.