

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE DOURADOS, MS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Tailci Cristina da Silva¹; Dulce Lopes Barboza Ribas^{1,2}; Elenir Rose Jardim Cury Pontes² ; Everton Ferreira Lemos¹; Julice Angélica Antoniazzi Batistão Gadani³

1. Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação – Mestrado em Ciências da Saúde, Dourados, MS.
2. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Campo Grande, MS.
3. Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN.

RESUMO

Fundamento: A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de evolução clínica lenta que possui multiplicidade de fatores e que, quando não tratada, traz graves complicações temporárias e permanentes.

Objetivo: Estimar a prevalência de hipertensão arterial e fatores associados na população adulta do Município de Dourados, MS.

Métodos: Estudo transversal de base populacional em adultos de 20 a 59 anos da zona urbana do município (n = 402). A variável dependente foi nível pressórico elevado com valores $\geq 140/90$ mmHg. As variáveis independentes foram sexo, idade, escolaridade, atividade física, circunferência da cintura, Índice de Massa Corporal e Índice de Conicidade. Para verificar associações foi usado o teste de qui-quadrado e qui-quadrado de tendência linear. A análise múltipla foi realizada por regressão de Cox.

Resultados: A prevalência de hipertensão arterial foi de 38,1% (IC95%; 33,3% a 42,8%), sendo mais frequente entre os homens, nos indivíduos com idade superior a 40 anos, nos que apresentavam circunferência abdominal elevada, excesso de peso e risco coronariano. O risco coronariano elevado foi estimado pelo índice de conicidade sendo de 39,6%. Na análise multivariada, as variáveis - sexo e índice de massa corporal - permaneceram associadas à ocorrência de hipertensão. Não houve associação estatística entre a hipertensão e situação conjugal, escolaridade e a realização de atividade física.

Conclusões: A prevalência de HAS foi de 38,1%, semelhante a outros municípios brasileiros. Houve associação com o índice de massa corporal, índice de conicidade e circunferência da cintura. A HAS mostrou-se um importante problema de saúde pública em Dourados/MS alertando para a necessidade de ações específicas de prevenção, tratamento e controle da doença.

Palavra-chave: Hipertensão arterial; fatores de risco; estilo de vida.

ABSTRACT

Background: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a slow clinical evolution chronic condition which presents multiple factors and if it is not treated, it brings severe secondary condition, either temporary or permanent.

Objective: Assess arterial hypertension prevalence and related aspects in adult population throughout the municipality of Dourados/MS, Brazil.

Methods: Cross-sectional study based on people aged 20 to 59 years old from urban area (n = 402). Dependable variable was high level pressure with values $\geq 140/90$ mmHg. Independable variables were: sex, age, school level, physical activity, waist circumference, body mass index and conicity index. To assess associations the chi-square and linear trend chi-square tests were performed. Cox regression was performed for multiple analysis.

Results: arterial hypertension prevalence was 38,1% (IC95%; 33,3% a 42,8%), more often in male individuals and over 40 who presented high waist circumference, were overweighed and coronary risk. High coronary risk was assessed by Conicity Index, being 39,6%. Multivariable analysis - sex and body mass index - remained associated to hypertension condition. There was no statistical relation among marital status, school level and physical activity.

Conclusion: There was a HAS prevalence, which was 38,1%, similar to other Brazilian municipalities. There was a relation among body mass index, conicity index and waist circumference. SAH revealed to be an important health public condition in Dourados/MS, Brazil highlighting the need for specific prevention procedures, treatments and control.

Key words: blood pressure; risk factors; lifestyle.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de evolução clínica lenta que possui multiplicidade de fatores e que quando não tratada traz graves complicações temporárias e permanentes¹.

Apresenta-se como uma doença crônica com grande impacto na morbimortalidade brasileira e no mundo, e é considerada a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cérebro-vasculares^{1,2}.

A presença de diversos fatores de risco como hereditariedade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, ingestão elevada de sal e obesidade está associada a hipertensão arterial e o sucesso do tratamento inclui, além da utilização correta de medicamentos a mudança dos hábitos de vida^{1,3,4}.

O estilo de vida influencia nos níveis de pressão arterial, sendo que um padrão de consumo alimentar com elevado consumo de sal, está correlacionado ao aumento da prevalência de HAS⁵.

A hipertensão arterial representa ainda elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebro-vascular, doença arterial coronária, doença vascular de extremidades, insuficiências cardíaca e renal crônica. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando a sequelas e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais⁶.

A característica crônica e silenciosa da hipertensão dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema e, para que haja compreensão do fenômeno saúde-doença, torna-se necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações da saúde. Desta forma, o presente estudo objetivou estimar a prevalência de hipertensão arterial e fatores associados entre a população adulta no município de Dourados, MS.

Métodos

Estudo transversal, descritivo, de base populacional, com amostra probabilística estratificada por sexo e faixa etária, de indivíduos residentes no Município de Dourados, MS, desenvolvido a partir de dados secundários do estudo “Prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos no Município de Dourados, MS”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFGD, protocolo número 006/2011.

O Município de Dourados localiza-se a 260 km de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul. De acordo com o censo de 2009 a população do Município era de 189.762

habitantes. Destes, 106.535 eram adultos de 20 a 59 anos de idade, sendo 51.254 homens e 55.281 mulheres, correspondendo a 56% do total de habitantes⁷.

A população adulta correspondia a 56% do total de habitantes do município. Para o cálculo da amostra foi utilizada uma estimativa de prevalência de sobrepeso e obesidade de 50% e prevalência de hipertensão arterial de 40%, com um nível de confiança de 95%.

A amostra de 402 indivíduos foi colhida por meio de procedimento de amostragem aleatória estratificada proporcional, segundo as nove microrregiões urbanas do Município. Foi levada em consideração, dentro de cada microrregião a proporcionalidade por sexo e faixa etária, segundo dados do censo demográfico⁷. Sendo utilizado para o cálculo da amostra margem de erro menor ou igual a 5% e intervalo de confiança de 95%.

Foram sorteadas as quadras e domicílios de cada microrregião e avaliado um adulto em cada domicílio. Caso não houvesse indivíduos do grupo etário ou o indivíduo não desejasse participar, o domicílio seguinte, do lado direito era escolhido e assim sucessivamente. Foram excluídos do estudo gestantes, puérperas e indivíduos indígenas.

Os dados foram coletados por oito duplas de entrevistadores e duas supervisoras de campo, devidamente treinadas com ênfase para a realização da entrevista e aferição das medidas antropométricas e da aferição da pressão arterial.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram: sexo (dicotômica), idade (em anos), escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental, médio e superior completo ou incompleto) e situação conjugal (com e sem companheiro).

A HAS autorreferida, realização de tratamento (sim ou não) e tipo de tratamento realizado (medicamentos, dieta, exercícios físicos, uso de chás e restrição de sal) foram investigados.

Os níveis pressóricos foram mensurados antes e depois da entrevista, considerando a média entre as duas aferições. As medidas foram efetuadas com o entrevistado sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço na altura do coração, livre de roupas, apoiado, com a palma da mão para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, certificando-se que o paciente não estivesse com a bexiga cheia, não houvesse praticado exercícios físicos e não tivesse ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumado até 30

minutos antes da medida¹. Utilizaram-se aparelhos de pressão arterial automático, com leitura digital devidamente calibrados, da marca *Beurer*[®] – *BM20*.

Na análise dos resultados da pressão arterial, foi utilizada a classificação proposta pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão¹.

A avaliação antropométrica (peso, altura e circunferência da cintura) seguiu as técnicas padronizadas segundo Lohman e cols.⁸ e recomendações da Organização Mundial da Saúde⁹. O peso foi obtido por meio de balança digital eletrônica portátil com capacidade de 200kg, com precisão 0,1kg, da marca *Tanita*[®], previamente aferida pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A estatura foi aferida através de estadiômetro portátil, de 300cm e com precisão graduada de 1mm, com plataforma metálica, marca *Sanny*[®]. A circunferência da cintura foi obtida na menor curvatura entre a última costela e a crista ilíaca, com o indivíduo em pé, abdômen desprovido de roupa, braços estendidos ao longo do corpo e na fase expiratória da respiração, utilizando fita métrica inextensível, confeccionada em fibra de vidro, da marca *Mabbis*[®]. A classificação dos indivíduos segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), independentemente do sexo, corresponderam a baixo peso < 18,5, eutrófico 18,5 a 24,9; excesso de peso 25 a 29,9 e obesidade $\geq 30\text{kg/m}^2$ ¹⁰. No caso da circunferência da cintura, as classificações corresponderam a valores normais e elevados, respectivamente, a < 94 e ≥ 94 cm, para homens; e < 80 cm e ≥ 80 cm, para mulheres¹¹. Quanto ao Índice de Conicidade, os pontos de corte adotados para discriminar risco cardiovascular foram 1,25 para os homens e 1,18 para as mulheres¹². Quanto à atividade física, foram avaliadas as respostas: pratica ou não pratica atividade física e a frequência e duração.

Foi realizada análise estatística descritiva, com uso de representação tabular, constando de frequência absoluta e relativa. Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo foram utilizados os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência, Teste Exato de Fisher, e calculadas as razões de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foi utilizada a Regressão de Cox (com tempo igual a uma unidade), que incluiu as variáveis com significância $p < 0,05$. Foram utilizados os programas de computador BioEstat versão 5 e Epi Info 3.5.3^{13,14}.

O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados, sob o protocolo 006/2011. Os trabalhos tiveram início somente após a autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes.

Resultados

Foram avaliados 402 adultos da cidade de Dourados, MS, com proporção semelhante entre homens (48,0%) e mulheres (52,0%), e maior quantidade de indivíduos com idade entre 20 e 39 anos (60,2%).

Em relação à situação conjugal, a maioria (60,4%) possuía um companheiro. Aproximadamente 10% tinha escolaridade superior completa e 1% não estudou.

Mais de 70% eram sedentários e entre os não sedentários, a prática de atividade física foi mais frequente na periodicidade de 2 a 3 vezes por semana (12,4%) e duração média de 30 a 60 minutos (Tabela 1).

De acordo com a Tabela 2, no total da amostra ($n = 402$), houve maior frequência de adultos com circunferência da cintura aumentada (53,2%) e com excesso de peso (sobrepeso, 36,3% e obesidade, 28,1%). O risco coronariano elevado estimado pelo Índice de Conicidade foi de 39,6%.

Em relação à classificação da Hipertensão Arterial, 17,9% (IC95%: 14,2% a 21,7%) eram pré-hipertensos e 38,1% (IC95%: 33,3% a 42,8%) hipertensos (Tabela 2).

Segundo a Tabela 3, foi observado maior prevalência da hipertensão no sexo masculino ($p=0,0001$), nos indivíduos com idade superior a 40 anos ($p=0,001$), nos que apresentavam circunferência da cintura aumentada ou muito aumentada ($p<0,001$), com excesso de peso ($p<0,001$) e risco coronariano elevado estimado pelo índice de conicidade ($p<0,001$). Não houve associação estatística entre a hipertensão e situação conjugal ($p=0,249$), escolaridade ($p=0,120$) e a realização de atividade física ($p=0,316$).

Após a realização da análise multivariada (Tabela 4), as variáveis sexo e Índice de Massa Corporal permaneceram associadas à ocorrência de hipertensão, sendo observado maior prevalência da hipertensão arterial nos homens e nos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

De acordo com a Tabela 5, do total estudado (402), 57 indivíduos (14,1%) relataram ter diagnóstico prévio da doença. Desses, no momento da pesquisa, 35 (61,4%) apresentaram pressão arterial elevada, 13 (22,8%) pressão arterial limítrofe e 9 (15,8%) pressão arterial

normal. Dos indivíduos que tinham o diagnóstico prévio da hipertensão arterial, 14 (24,6%) não realizavam tratamento (Tabela 5).

Discussão

A prevalência de hipertensão arterial encontrada em Dourados,MS (38,1%) se assemelha com estudos de base populacional, em que as taxas de prevalência na população urbana adulta brasileira variaram de 23,2% a 41,4%. (Sinop, MT¹⁵ - 23,2%; Pelotas, RS¹⁶ - 23,6%; Nobres, MT¹⁶ - 30,1; Firminópolis, GO - 32,7%¹⁸; Lages, SC – 33,7¹⁹; São Luís, MA - 27,4%²⁰; Florianópolis, SC- 40,1%²¹; Campo Grande, MS – 41,4%²².

Em relação aos fatores associados, a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹ destaca que prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora mais elevada nos homens até os 50 anos. Os achados neste estudo confirmam que a prevalência de HAS por sexo apresenta-se maior em homens (46,1%). Havendo diferença estatística entre as prevalências ($p < 0,001$) e mantendo a associação estatística após análise multivariada ($p = 0,027$). Resultados semelhantes foram encontrados em Florianópolis, SC²¹ e Sinop, MT¹⁵.

Em relação à faixa etária, observou-se maior prevalência de níveis pressóricos elevados em indivíduos de maior idade. Estudos de base populacional realizados em diversos municípios brasileiros^{15,19,20,23,24}, demonstraram associação positiva da idade com hipertensão. Para Pohrt²⁵, a pressão sistólica frequentemente aumenta com a idade, à medida que a aorta e as grandes artérias perdem sua elasticidade e se tornam mais rígidas. Segundo Kotchen e cols.²⁶, em estudo longitudinal, após analisar sociedades primitivas, verificou-se que, em condições de baixo consumo de sódio, a HAS não aumentava com a idade. Para estes autores, o aumento da pressão arterial com a idade não é parte integrante do envelhecimento e sim da ingestão de sódio ao longo dos anos, como vem ocorrendo nas sociedades industrializadas.

Os achados deste estudo mostraram que os dados antropométricos indicaram um aumento da prevalência da HAS à medida que se aumenta o IMC ($p < 0,001$), tendência observada também para a medida da circunferência da cintura ($p < 0,001$). Na análise multivariada, a variável IMC permaneceu associada à ocorrência de hipertensão arterial ($p = 0,028$), sendo maior em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Resultados semelhantes, foram observados por Nascente e cols. em Firminópolis, GO¹⁸; Longo e cols. em Lajes, SC²³; Amer e cols. em Nova Andradina, MS²³.

O aumento da CC está relacionado também à probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares e pela deposição de gordura na região abdominal¹⁸.

Segundo Kearney e cols.²⁷, o nível de conhecimento da HAS nos países economicamente desenvolvidos varia de 37,0% a 68,9%. No Brasil, alguns estudos mostraram menor percentual de conhecimento a respeito de serem portadores de HAS. Como pode ser observado por Pereira, e cols.²⁸ (25%), Nogueira e cols.²⁹ (24%), Piccini e cols.³⁰ (16,3%), corroborando com o resultado observado em Dourados, MS, em que 28,8% dos indivíduos com níveis pressóricos elevados tinham diagnóstico prévio. Diferente resultado (73,5%) foi observado por Rosário e cols., 2009 em Nobres, MT¹⁷, que apontaram a presença de ações específicas dos programa de saúde da família e programas de agentes locais de saúde no referido município, como possível justificativa para o nível de conhecimento da HAS elevado.

No presente estudo, 61,4% dos indivíduos com diagnóstico prévio de HAS estavam com níveis pressóricos elevados no momento da pesquisa. Percentual semelhante foi encontrado por Nogueira e cols. (57,8%) no Rio de Janeiro RJ²⁹ e Pereira e cols. (78,3%) em Tubarão, SC²⁸. Piccini e cols.³⁰, em estudo de base populacional realizado em 100 municípios brasileiros encontraram percentual menor (42,2%), e ressaltaram que houve associação positiva entre menores cifras descompensadas de PA e orientações sobre manutenção do peso ideal, prática de atividade física e realização de eletro-cardiograma sugerindo que essas ações possam representar marcadores de cuidado clínico positivo da HAS.

Neste sentido, a aferição da pressão arterial deve ser realizada, em toda avaliação de saúde, com técnica padronizada e equipamento calibrado. Novos estudos devem ser realizados com objetivo de identificar as dificuldades de adesão e falta de êxito no tratamento, bem como reforçar a necessidade de implementação de medidas de controle, com ênfase na prática de exercício físico e alimentação adequada, com vistas à prevenção da morbimortalidade por doença cardiovascular.

Apesar da limitação, com relação ao desenho de delineamento transversal, que não possibilitou estabelecer uma relação temporal de causa e efeito, o controle das variáveis de confundimento permitiu realizar associações entre as variáveis estudadas e o desfecho – HAS, representando uma contribuição para o conhecimento da prevalência de HAS no Município de Dourados e subsidiando a implementação de políticas públicas específicas.

Conclusão

Neste estudo 38,1% dos indivíduos foram classificados como hipertensos, semelhante ao observado em outros municípios brasileiros.

Houve associação entre a hipertensão arterial sistêmica e índice de massa corporal, índice de conicidade e circunferência da cintura. Foi observada maior prevalência de HAS no sexo masculino, nos indivíduos com idade superior a 40 anos, nos que apresentavam circunferência da cintura aumentada ou muito aumentada, com excesso de peso e risco coronariano elevado. Dos indivíduos com diagnóstico prévio de HAS, um número significativo não realizava tratamento. Dos que realizavam tratamento, a maioria fazia uso de medicamentos e poucos restringiam o sal.

Dessa forma, o estudo reafirma a hipertensão arterial sistêmica como um problema de saúde pública, sugerindo a necessidade de estratégias que envolvam o acompanhamento do estado de saúde dos indivíduos para incentivo de adoção de hábitos de vida que contribuam com a redução de riscos a saúde da população adulta de Dourados.

Agradecimentos

Agradecemos aos acadêmicos participantes da equipe de campo, pelo auxílio e colaboração na coleta de dados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de atividade física de indivíduos adultos em Dourados/MS – 2011 (n = 402)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	193	48,0
Feminino	209	52,0
Faixa etária (em anos)		
50 a 60	64	15,9
40 a 49	96	23,9
30 a 39	109	27,1
20 a 29	133	33,1
Situação conjugal		
Sem companheiro	159	39,6
Com companheiro	243	60,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	4	1,0
Fundamental Incompleto	106	26,4
Fundamental Completo	48	11,9
Médio Incompleto	40	10,0
Médio Completo	118	29,3
Superior Incompleto	47	11,7
Superior Completo	39	9,7
Atividade física		
Sedentário	290	72,2
1 vez/semana	19	4,7
2 a 3 vez/sem	50	12,4
4 a 5 vez/sem	38	9,4
6 a 7 vez/sem	5	1,3
Duração da atividade física		
Sedentário	290	72,1
< 30 minutos	16	4,0
30 a 60 minutos	60	14,9
> 60 minutos	36	9,0

Tabela 2 – Características da população amostral em relação a circunferência da cintura, índice de massa corporal, índice de conicidade e classificação da pressão arterial, Dourados/MS – 2011 (n = 402)

Variáveis	n	%
Circunferência da cintura		
Normal	188	46,8
Aumentada	107	26,6
Muito Aumentada	107	26,6
Índice de massa corporal		
Baixo IMC para a idade	7	1,8
Eutrofia	136	33,8
Sobrepeso	146	36,3
Obesidade	113	28,1
Índice de conicidade		
Risco coronariano normal	243	60,4
Risco coronariano elevado	159	39,6
Classificação hipertensão arterial		
Normal	177	44,0
Pré-hipertenso	72	17,9
Hipertensão I	53	13,2
Hipertensão II	31	7,7
Hipertensão III	16	4,0
Hipertensão sistêmica isolada	53	13,2

Tabela 3 – Distribuição da Hipertensão Arterial Sistêmica e razão de prevalência conforme fatores associados em indivíduos adultos, Dourados/MS – 2012 (n = 402)

Variáveis	Hipertensão				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	P
	Sim (n=153)		Não (n=249)			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	89	46,1	104	53,9	1	⁽²⁾ 0,001
Feminino	64	30,6	145	69,4	1,51 (1,17 – 1,49)	
Situação conjugal						
Sem companheiro	66	41,5	93	58,5	1	⁽²⁾ 0,249
Com companheiro	87	35,8	156	64,2	1,16 (0,90 – 1,49)	
Faixa etária (em anos)						
50 a 60	30	46,9	34	53,1	1	⁽³⁾ 0,001
40 a 49	50	52,1	46	47,9	0,90 (0,65 – 1,24)	
30 a 39	31	28,4	78	71,6	1,65 (1,11 – 2,45)	
18 a 29	42	31,6	91	68,4	1,48 (1,03 – 2,13)	
Escolaridade						
Sem escolaridade	3	75,0	1	25,0	1	⁽³⁾ 0,120
Fundamental Incompleto	49	46,2	57	53,8	1,62 (0,89 – 2,96)	
Fundamental Completo	17	35,4	31	64,6	2,12 (1,07 – 4,19)	
Médio Incompleto	15	37,5	25	62,5	2,00 (1,00 – 4,00)	
Médio Completo	34	28,8	84	71,2	2,60 (1,38 – 4,90)	
Superior Incompleto	19	40,4	28	59,6	1,86 (0,96 – 3,60)	
Superior Completo	16	41,0	23	59,0	1,83 (0,93 – 3,61)	
Atividade Física						
Não	106	36,6	184	63,4	1	⁽²⁾ 0,316
Sim	47	42,0	65	58,0	0,87 (0,67 – 1,14)	
Circunferência da cintura						
Muito Aumentada	48	44,9	59	55,1	1	⁽³⁾ <0,001
Aumentada	57	53,3	50	46,7	0,84 (0,64 – 1,11)	
Normal	48	25,5	140	74,5	1,76 (1,27 – 2,42)	
Índice de Massa Corporal						
Obesidade	64	56,6	49	43,4	1	⁽³⁾ <0,001
Sobrepeso	56	38,4	90	61,6	1,48 (1,14 – 1,92)	
Normal	33	23,1	110	76,9	2,45 (1,75 – 3,45)	
Índice de Conicidade						
Risco coronariano elevado	79	49,7	80	50,3	1	⁽²⁾ <0,001
Risco coronariano normal	74	30,4	169	69,6	1,63 (1,28 – 2,09)	

Nota: se $p \leq 0,05$ diferença estatisticamente significativa.

⁽¹⁾ RP = Razão de Prevalência

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Qui-Quadrado de tendência.

Tabela 4 Análise multivariada da razão de prevalência de hipertensão em indivíduos adultos, conforme variáveis de estudo Dourados/MS – 2011 (n = 402)

Variáveis	<i>p</i>	Razão de prevalência (RP)	IC 95% (RP)
Sexo	0,027	1,52	1,05 - 2,20
Índice de Massa Corporal	0,028	1,50	1,04 - 2,16
Faixa etária	0,091	1,36	0,95 - 1,94
Escolaridade	0,252	1,23	0,86 - 1,75
Índice de Conicidade	0,396	1,22	0,77 - 1,95
Circunferência da cintura	0,728	0,94	0,64 - 1,37

Nota: Regressão de Cox – se $p \leq 0,05$ diferença estatisticamente significativa. Houve maior prevalência da hipertensão arterial nos homens e nos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Tabela 5 – Distribuição de indivíduos adultos que declararam ser hipertensos no momento da pesquisa e classificação da pressão arterial e realização de tratamento, Dourados/MS – 2011 (n = 57)

Variáveis	N	%
Classificação da pressão arterial		
Pressão arterial elevada	35	61,4
Pressão arterial limítrofe	13	22,8
Pressão arterial normal	9	15,8
Tratamento para pressão arterial ⁽¹⁾		
Não fazem	14	24,6
Medicamentos	42	73,6
Restrição ao sal	21	36,8
Outros (chá, atividade física, dieta)	8	14,0

⁽¹⁾ um ou mais tipos de tratamento por paciente.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Correa TD, Namura JJ, Silva, CAP da, Castro MG, Meneghini A, Ferreira C. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Arq. Med. ABC. 2005; 31 (2): 91-101.
3. Iser BPM, Claro, RMC, Moura, ECM, Malta, D.C., Neto, L.M. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil - 2009. Rev Bras Epidemiol. 2011; 14(1): Supl.:90-102.
4. Hoffmann M, Silva ACPS, Silviero J. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e inter-relações com sobrepeso, obesidade, consumo alimentar e atividade física, em estudantes de escolas municipais de Caxias do Sul. Pediatria. 2010; 32(3): 163-72.
5. Costa JSD, Barcellos FC, Scowitz ML, Scolwitz KT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Silvia M, Fuchs SC. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(1) : 59-65.
6. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2007; Abr-Jun; 16(2): 233-8
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na Internet]. Estimativas de População. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009 [atualizada em 16 de maio de 2009; acesso em 20 de maio de 2010]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>.
8. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1988.
9. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
10. Organização Mundial de Saúde. Obesidade: Prevenir e gerir a epidemia global. Relatório de consulta da OMS. World Health Organ Tech Rep. 2000; 894: i-xii, 1-253.
11. National Institutes of Health. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults—The Evidence Report. National Institutes of Health. Obes Res. 1998;6 (Supl 2): 51-209.
12. Pitanga FJG, Lessa I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade. Rev. Bras. Epidemiol. 2004; 7(3).

13. Ayres M, Ayres Jr. M, Ayres DI, Santos Aas. BioEstat. Aplicações estatísticas das Ciências Bio-médicas [programa de computador]. Versão 5.0. Belém (PA): Sociedade Mamirauá; 2007.
14. Division of Public Health Surveillance And Informatics. Epi Info, versao 3.5.3, 26 de janeiro 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov>. Acesso em 01 fev. 2011.
15. Martins MSAS, Ferreira MG, Guimarães LV, Carneiro V. Hipertensão arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(5): 639-44.
16. Costa JSD, Barcellos, FC, Sclowitz ML, Scolwitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Silvia M, Fuchs SC. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(1): 59-65.
17. Rosário TM, Nazário Scala LC, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(6): 672-78.
18. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, Scala LN. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(4): 502-09.
19. Longo GZ, Neves J, Luciano VM, Peres MA. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(3): 387-94.
20. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Júnior FCM, Barbosa MM, Neto JAF, Soares NJS, Nina VJS, Barbosa JN. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís – MA. Arq Bras Cardiol. 2008; 91(4):260-66.
21. Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública. 2012; 46(6):988-98.
22. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti, LN, Stevanato Filho PR, Ovando, LA. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(4): 441-446.
23. Amer NM, Marcon SS, Santana RG. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2011; 96(1): 47-53.
24. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2):98-106.
25. Porth C. M. Fisiopatologia/Carol Mattson Porth, Glenn Matfin [tradução aline Vecchi.; [revisão técnica João Lobato dos Santos]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

26. Kotchen J, Morley, Mckean HE, Neill M, Kotchen TA. Blood pressure trend associated with changes in height and weight from erarly adolescent to young adulthood. J Clin Epidemiol. 1989; 8(42): 735-41.
27. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J, Glogal burden of hypertension: analylis of worldwide data.Lancet. 2005; 365 (9455):217-23.
28. Pereira MR, Coutinho MSSA, Freitas, PF, D'Orsi E, Bernadi A, Has R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23(10): 2363-74.
29. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. Rev. Panam. Salud Publica. 2010; 27(2): 103-09.
30. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Silva S M, Dilelio,A. S. Promoção, prevenção e cuidadoda hipertensão arterial no Brasil. Rev Saúde Pública. 2012; 46(3): 543-50.