

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Carmem Elizabete Cavalcanti de Xano

**COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E A
PRESENÇA DE OBESIDADE ABDOMINAL EM
HIPERTENSOS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NOS DISTRITOS SANITÁRIOS I E III
EM RECIFE - PERNAMBUCO**

RECIFE
2011

Carmem Elizabete Cavalcanti de Xano

COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E A PRESENÇA DE OBESIDADE
ABDOMINAL EM HIPERTENSOS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NOS DISTRITOS SANITÁRIOS I e III EM
RECIFE- PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Vera Lucia de Vasconcelos Chaves

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

X2c Xano, Carmem Elizabete Cavalcanti de.
Complicações da hipertensão arterial e a presença de obesidade abdominal em hipertensos assistidos pelo Programa de Saúde da Família nos Distritos Sanitários II e III em Recife-Pernambuco/ Carmem Elizabete Cavalcanti de Xano. — Recife: C. E. C. Xano, 2011.

28 f.: il.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Vera Lúcia de Vasconcelos Chaves.

1. Hipertensão. 2. Hipertensão – complicações. 3. Obesidade abdominal. I. Chaves, Vera Lucia de Vasconcelos. Dra. Título.

CDU 616.12

Carmem Elizabete Cavalcanti de Xano

COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E A PRESENÇA DE OBESIDADE
ABDOMINAL EM HIPERTENSOS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NOS DISTRITOS SANITÁRIOS I e III EM

RECIFE- PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Dra. Vera Lucia de Vasconcelos Chaves

NESC/CPqAM

Debatedora: _____

Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

NESC/CPqAM

XANO, Carmem Elizabete Cavalcanti de. Complicações da hipertensão arterial e a presença de obesidade abdominal em hipertensos assistidos pelo programa de saúde da família nos distritos sanitários II e III em Recife – Pernambuco. 2011. Monografia (Residência Multiprofissional em saúde coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

Resumo

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a prevalência da hipertensão arterial é de 35% na população acima de 40 anos. As doenças do aparelho circulatório ocupam o 2º lugar em causas de morte no nosso país, e grande parte delas estão relacionadas à presença de hipertensão arterial. Estudos demonstram que a obesidade central está intimamente relacionada à presença de hipertensão arterial, predispondo o indivíduo a problemas de saúde muitas vezes fatais. A fim de analisar a existência de complicações em pacientes com obesidade central, foi realizado um estudo transversal em uma amostra de pacientes hipertensos usuários da Estratégia de Saúde da família dos Distritos Sanitários I e III da cidade de Recife, Pernambuco. Foram avaliadas complicações cardiovasculares, cerebrovasculares, complicações dos vasos periféricos, renais e oftalmológicas. Procuramos correlacionar esses achados com a presença ou ausência de obesidade visceral, detectada pela aferição da circunferência da cintura e do quadril desses pacientes. Os dados foram analisados pelo programa Statistical Packaje for the Social Sciences (SPSS) versão 8.0. Para este trabalho, utilizamos uma amostra de 44 pacientes. Destes, 84,1% do sexo feminino, 15,1% do sexo masculino. Os sujeitos da pesquisa tinham predominantemente idade acima de 50 anos. Das complicações que apareceram em decorrência da HAS, 13,5% eram do aparelho cardiovascular do tipo infarto do miocárdio; 5,4% eram cerebrovasculares; 5,6% apresentaram complicações renais e 19,4% oculares. Nenhum hipertenso apresentou gangrena e/ou amputação. Ao comparar os subgrupos com e sem obesidade visceral concluiu-se que pessoas que têm excesso de adiposidade localizada no abdômen, desenvolvem mais complicações, aumentando o risco de morbimortalidade em decorrência da Hipertensão Arterial.

Palavras - Chaves: Hipertensão; Obesidade abdominal; Complicações da Hipertensão Arterial.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MARCO TEÓRICO	9
2.1 Hipertensão Arterial	9
2.2 Obesidade Abdominal	10
2.3 Complicações Cardiovasculares	10
2.4 Complicações Renais	11
2.5 Complicações Oftalmológicas	12
2.6 Complicações dos Vasos periféricos	12
3 JUSTIFICATIVA	13
4 PERGUNTA CONDUTORA	14
5 HIPÓTESE	15
6 OBJETIVOS	16
6.1 Objetivo Geral	16
6.2 Objetivos Específicos	16
7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
7.1 Área de Estudo	17
7.2 População de Estudo	17
7.3 Desenho do Estudo	17
7.4 Coleta de Dados	18
7.5 Análise dos Dados	19
7.6 Considerações Éticas	19
8 RESULTADOS	20
9 DISCUSSÃO	23
10 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26

Anexos

1 INTRODUÇÃO

A prevalência estimada de hipertensão arterial na população acima de 40 anos no Brasil, atualmente é de 35%. Isto representa em números absolutos aproximadamente 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pode-se defini-la como sendo uma doença cardiovascular, assintomática, crônica, que acarreta outras doenças e condições mórbidas e está associada a uma alta morbimortalidade (BARBOSA, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), enquanto condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA), associa-se frequentemente à alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas (BARBOSA, 2011).

A hipertensão arterial é fator de risco para outras doenças cardiovasculares e, em função desta, um grande número de pacientes dão entrada nos setores de urgência e emergência dos serviços hospitalares de média e alta complexidade (BARBOSA, 2011).

No Brasil, cerca de 75% dos hipertensos recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. Para atender aos portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que visa controlar a doença e evitar as possíveis complicações dela decorrentes (BARBOSA, 2011).

O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade por causas cardiovascular, e a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos hipertensos (BARBOSA, 2011).

Os pacientes hipertensos necessitam de acompanhamento no que se refere à prevenção e/ou controle de algumas doenças associadas, como por exemplo, Diabetes Mellitus à fim de identificar alguns riscos e poder intervir precocemente, evitando maiores danos.

Alguns autores (REZENDE et al., 2005) têm demonstrado a importância da obesidade abdominal como fator de risco cardiovascular, especialmente quando associada às dislipidemias, à intolerância a glicose e à hipertensão arterial, compondo a síndrome metabólica.

A obesidade central (ou abdominal ou visceral) se caracterizam por um excessivo acúmulo de gordura nos tecidos, que acarreta problemas de diversas ordens (estética, psicológica, fisiológica), essa condição está associada ao aumento da morbidade de muitas doenças e a mortalidade por todas as causas cardiovasculares, sendo consideradas um dos maiores fatores de risco para doença arterial coronariana (RIBEIRO et al., 2006).

A obesidade central também está associada a prevalência elevada de hipertensão arterial, diabetes mellitus dislipidemia, doença coronariana e outras complicações (Arq. bras. endocrinol. metab; 50(2):230-238, abr. 2006. ilus, tab.).

Diante da constatação da prevalência de obesidade abdominal em hipertensos, o presente estudo teve como objetivo demonstrar a frequência entre complicações da HAS e o acúmulo de gordura na região do abdômen.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica, (HAS) ou pressão alta, como é popularmente denominada, é uma doença cardiovascular, assintomática, crônica, e que pode se configurar como sendo fator de risco para várias outras doenças e/ou condições graves que podem levar o indivíduo à morte ou a invalidez temporária ou permanente. Ocorre quando a medida da Pressão Arterial (PA) se mantém acima dos padrões normais, que é de 140 por 90 mm Hg (BARBOSA, 2011).

A HAS enquanto condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BARBOSA, 2011).

Existem vários aspectos que podem vir a desencadear o aparecimento desta condição. Entre eles, a predisposição genética, associada à fatores como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol e sedentarismo. Além desses fatores de risco, estudos demonstram que sua prevalência é maior em negros, pardos, e nas camadas sociais com menor poder aquisitivo. Afora estes fatores, é natural que com o passar da idade, os níveis da pressão arterial aumentem (BARBOSA, 2011).

Estudos demonstraram que entre os homens, o aparecimento de hipertensão tem sua maior prevalência antes dos 50 anos de idade. Já entre mulheres, ela aparece com maior frequência depois dos 50 anos de idade. Além disso, ela é uma condição que aparece com alta prevalência em diabéticos e pessoas obesas (BARBOSA, 2011).

A hipertensão arterial pode favorecer o desencadeamento de outras doenças, como o diabetes mellitus e a chamada síndrome metabólica, e/ou complicações que podem trazer diversas seqüelas, como: Complicações cardiovasculares (infarto e AVC), complicações nos vasos sanguíneos periféricos (do tipo gangrena e/ou amputação), complicações renais (paralisação dos rins) e complicações oculares (retinopatia hipertensiva) (BARBOSA, 2011).

2.2 Obesidade Abdominal

Segundo estudo realizado, Percebeu-se que em algumas populações, embora o índice de obesidade fosse baixo, apresentavam uma alta morbi-mortalidade cardiovascular com conseqüente e elevado custo sócio-econômico. Atribuiu-se este fato a estas populações apresentarem elevada prevalência da Síndrome Metabólica, e neste sentido, a distribuição da gordura corporal é relevante, e especificamente a gordura localizada no abdômen (SIMÕES, 1996).

A Gordura Visceral, ou gordura abdominal, ou ainda obesidade andróide apresenta características metabólicas que favorecem a instalação do quadro de Resistência à Insulina, bem como de Hipertensão Arterial, compondo um conjunto de manifestações clínicas denominada síndrome metabólica, diferentemente da gordura subcutânea glúteo-femoral, ou seja a gordura que se localiza na região glútea e coxas, ou obesidade ginecóide. Diversos estudos revelam a estreita relação da adiposidade abdominal com a síndrome metabólica, que engloba intolerância à glicose, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia e hipertensão arterial. Mais que uma simples associação, recentemente, acredita-se que a Gordura Visceral (GV) desempenha um papel central na fisiopatologia da Síndrome Metabólica (SM). Assim, a quantificação da GV se torna importante para identificar indivíduos com maior risco para o desenvolvimento da SM, eleitos para sofrer intervenções precoces na tentativa de reduzir o impacto das anormalidades metabólicas sobre a mortalidade cardiovascular e outras complicações (SIMÕES, 1996).

2.3 Complicações Cardiovasculares

Levantamentos epidemiológicos, obtidos através do seguimento longitudinal de grandes populações ao longo de várias décadas, foram claramente conclusivos a respeito da participação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na determinação de morbi-mortalidade cardiovascular. Nos estudos oriundos da população de Framingham, seqüelas cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral átero-trombótico, doença cardíaca coronariana e doença arterial periférica, ocorreram com frequência global 2 a 3 vezes maior em hipertensos, quando comparados com normotensos da mesma idade (SIMÕES 1996).

Inter-relação entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Doença aterosclerótica.

Os mecanismos pelos quais a Hipertensão Arterial Sistêmica contribui para o desenvolvimento da doença vascular é complexo e, ainda, pouco entendido. Um aspecto fundamental da forma como se

estabelece a aterosclerose que deve ser salientado é que, existem co-fatores interagindo, com efeito multiplicativo ao da eventual hipertensão arterial. A dislipidemia, a síndrome da intolerância à glicose, tabagismo e obesidade, estilo de vida e outros fatores podem vir a colaborar para o aparecimento desta e de outras condições mórbidas da hipertensão (SIMÕES 1996).

Os níveis de pressão arterial acima do normal colaboram para que isto venha a desencadear, já que o processo aterosclerótico significativo, raramente, ocorre em segmentos do sistema circulatório com baixo regime pressórico, tais como artérias pulmonares ou veias, a despeito da sua exposição aos mesmos fatores circulantes aterogênicos (SIMÕES 1996).

2.4 Complicações renais

A hipertensão arterial é uma das principais causas de insuficiência renal crônica e a associação dessas duas situações clínicas aumenta consideravelmente o risco cardiovascular (SIMÕES 1996).

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida por lesão renal caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins com ou sem redução da taxa de filtração glomerular (TFG), manifestadas por alterações patológicas ou indícios de lesão renal em exames de sangue, de urina ou de imagens (BORTOLOTT, 2008).

A HAS e a função renal estão correlacionadas, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal.

Nas formas maligna ou acelerada, a hipertensão pode determinar um quadro grave de lesão renal, de natureza microvascular, caracterizada por proliferação miointimal ou necrose fibrinóide, a nefrosclerose maligna. Esse quadro pode acarretar, com grande frequência e em pouco tempo, se a hipertensão não for tratada, um quadro de insuficiência renal crônica (IRC) terminal (BORTOLOTT, 2008).

A Hipertensão Arterial crônica, não maligna, também pode determinar quadro de lesão renal, também de natureza microvascular, caracterizado por arteriosclerose hialina, porém de evolução mais lenta e menos agressiva, conhecidas como nefrosclerose benigna, mas que também pode levar à Insuficiência Renal Crônica terminal (BORTOLOTT, 2008).

As formas maligna e benigna de nefroesclerose, que, em conjunto, são denominadas nefroesclerose hipertensiva, determinam em números absolutos, dada a alta prevalência de HAS na população geral, um importante contingente de portadores de disfunção renal, sendo, inclusive, identificado como sendo a segunda causa, após a nefropatia diabética, de pacientes iniciando hemodiálise, anualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (BORTOLOTT, 2008).

2.5 Complicações oftalmológicas

Como já foi relatado ao longo do nosso trabalho, a hipertensão arterial sistêmica, pode acometer vários órgãos, inclusive os olhos. Geralmente a parte mais afetada do olho é a retina, parte responsável pela transformação da luz em impulso nervoso, que é captado pelo cérebro, permitindo enxergar.

A doença de retina causada pela hipertensão arterial, chamada de retinopatia hipertensiva, e a doença do nervo óptico, que também pode ser acometido, podem causar baixa de visão nestes pacientes.

As alterações vasculares causadas pela hipertensão arterial no olho dependem da rapidez de instalação da doença, tempo e duração da doença e da idade do paciente.

As alterações que ocorrem nos vasos retinianos ocorrem de forma semelhante nos rins, cérebro e outros órgãos (BORTOLOTT, 2008).

2.6 Complicações dos vasos periféricos

As doenças vasculares periféricas se desenvolvem quando acontece a redução na irrigação dos vasos sanguíneos dos membros inferiores ou mas raramente, superiores, e que restringe a circulação do sangue e provoca dor nessas áreas afetadas. Nos casos mais graves, pode vir a surgir ulceração nos membros, denominada de **gangrena** (morte do tecido por falta de irrigação pelos vasos sanguíneos), e que pode resultar na **amputação** de membros.

Na maioria das vezes, as doenças vasculares periféricas, ou vasculopatias, são causadas pela **ateroesclerose** (depósito de placas de gordura no interior das artérias).

Os fatores que contribuem para o risco de aterosclerose, são a hipertensão arterial e a diabetes mellitus mal controladas (BORTOLOTT, 2008).

3 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular crônica, que possui maior prevalência nas camadas sociais de menor poder aquisitivo, podendo estar associada a outras comorbidades e desencadear diversas complicações.

Paralelamente a isso, a obesidade abdominal, enquanto condição que associada à hipertensão pode levar o indivíduo a estados de incapacidade permanente ou até mesmo serem fatais, percebeu-se que estudos acerca destas duas condições tem importante relevância no sentido de se propor medidas de prevenção e controle, a fim de se evitar complicações que possam acarretar maiores danos às pessoas, bem como altos custos ao sistema de saúde, uma vez que elas podem estar associadas e que a HAS e suas complicações além de congestionar os setores de urgência e emergência do SUS, é responsável por grandes gastos nos sistemas de saúde e previdenciário.

4 PERGUNTA CONDUTORA

Com que frequência as complicações da Hipertensão Arterial aparecem em indivíduos que têm obesidade abdominal?

5 HIPÓTESE

Pessoas com excesso de gordura localizada apresentam maiores chances de vir a desenvolver complicações da hipertensão arterial.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Analisar a prevalência entre complicações da HAS e a presença de Obesidade Abdominal em pacientes assistidos pelo Programa Saúde da Família (PSF) em dois Distritos Sanitários em Recife-PE.

6.2 Objetivos Específicos:

- a) Medir a frequência das complicações da HAS nos indivíduos que apresentam obesidade abdominal;
- b) Verificar a prevalência entre a ocorrência das complicações da HAS e a presença de obesidade abdominal em amostra de hipertensos cadastrados nos PSF dos Distritos Sanitários I e III da cidade do Recife - PE.

7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

7.1 Áreas de Estudo

Este estudo foi realizado com hipertensos usuários do Programa Saúde da Família, de dois Distritos Sanitários (DS) do município de Recife, e trata-se de um recorte do Projeto SERVIDIAH – Avaliação de Serviços de Atenção à Saúde para Diabéticos e Hipertensos no Âmbito do Programa Saúde da Família, estudo maior que avaliou os serviços de atenção à saúde oferecidos pelo SUS a diabéticos e hipertensos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família (ESF), em Pernambuco, abrangendo todos os Distritos Sanitários (DS) da Cidade do Recife, e alguns municípios do interior do estado.

7.2 Populações de Estudo

Foi considerada para este trabalho, uma amostra de 44 hipertensos cadastrados nas ESF dos Distritos Sanitários I e III (DS I e DS III), com idade igual ou acima de 20 anos, entrevistados entre outubro de 2009 e junho de 2010.

7.3 Desenhos do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra foi retirada do banco de dados da pesquisa SERVIDIAH

As ESF foram escolhidas mediante sorteio aleatório simples, considerando a lista de todas as Equipes de Saúde da Família atuantes nos DS I e DS III do Recife, segundo a última base de dados do Código Nacional de Estabelecimentos de saúde – CNES em 2008.

Foram sorteadas nos DS I e III onze ESF, e da lista de pacientes hipertensos cadastrados em cada equipe, foram sorteados 05 pacientes acompanhados por um dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), de cada ESF equipe participante, também sorteada aleatoriamente. Sendo assim, o número de hipertensos sorteados totalizou 55 pessoas. Destes, aceitaram participar do estudo, 44 usuários, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) Anexo B.

7.4 Coletas de Dados

Os dados foram coletados por meio de questionários com perguntas estruturadas, procurando avaliar as características socioeconômicas e demográficas; características clínicas, características do uso do serviço e satisfação do usuário.

Para esta monografia apenas algumas características sócio-econômicas (idade, escolaridade, renda e ocupação) e as características clínicas, abaixo especificadas, foram consideradas.

A entrevista aconteceu em local previamente definido ou nos domicílios. Na ocasião foi aplicado o questionário e realizado o exame físico dos usuários, com três aferições da Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), do peso, da altura, da circunferência abdominal e do quadril.

A aferição da PAS e PAD foi realizada com aparelho portátil digital para pulso, com o paciente sentado e mantendo o braço na altura do coração. O peso foi aferido em balança digital portátil com capacidade para até 150 kg, colocada numa superfície lisa e plana, o paciente estava sem sapatos e sem objetos nos bolsos.

Para a aferição da estatura foi utilizado estadiômetro portátil, em tubo de alumínio, com capacidade máxima de altura até 220 cm e mínima de 30 cm. O paciente colocou-se no centro da plataforma ficando imóvel e em posição anatômica, olhando para frente, com o calcanhar encostado na parte posterior da plataforma.

A aferição da cintura e do quadril foi realizada utilizando uma fita métrica flexível e inextensível de 200 cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal, com o paciente em pé, em posição ereta. A leitura foi realizada no ponto de cruzamento da fita por duas vezes, e no caso de valores com mais de 1 cm de diferença, realizava-se uma terceira medição sendo considerado o valor médio.

A medida da circunferência da cintura foi tomada na altura da cintura natural do indivíduo (a parte mais estreita do tronco) e a medida da circunferência do quadril foi realizada medindo a extensão máxima acima das nádegas.

Quanto à presença de complicações, foi questionado quanto à existência de problemas cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio - IAM), cerebrovasculares (Acidente Vascular

Cerebral-AVC), em vasos periféricos (gangrena e amputação), renal (nefropatias) e oftalmológica (retinopatias). Portanto, estas informações foram apenas referidas pelos entrevistados.

7.5 Análises dos Dados

Os dados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 8.0, selecionando os indivíduos que apresentaram as complicações da hipertensão. A partir daí, observou-se quais destes indivíduos apresentavam as medidas da circunferência da cintura acima de 88 cm de diâmetro para as mulheres, e acima de 102 cm de diâmetro para os homens, o que caracteriza obesidade abdominal segundo Organização Mundial de Saúde (REZENDE, 2006).

Foi utilizado um critério para identificar o quanto de obesidade abdominal o usuário apresentava, dividindo o resultado da medida do quadril, pela medida da cintura. O resultado da divisão, chamado de Relação Cintura Quadril indicou a proporção de gordura localizada na barriga. Quanto maior o índice cintura/quadril, maior a distribuição de gordura localizada no abdômen. Segundo Organização Mundial de Saúde se considera a RCQ elevada, no sexo feminino quando igual ou acima de 0,8cm; e no sexo masculino quando igual ou maior do que 1cm (REZENDE, 2006).

Depois, verificou-se a frequência de obesidade abdominal em relação às complicações da HAS, a fim de comparar os grupos com e sem excesso de gordura localizada no abdômen.

7.6 Considerações Éticas

A pesquisa SERVIDIAH que originou os dados primários e na qual se insere este trabalho, foi aprovada no comitê de ética e pesquisa do CPqAM sob registro nº 43/2008, CAAE: 0042.0.095.000.08 (Anexo A).

Os pacientes incluídos no estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando com uma das vias e entregando a outra ao pesquisador de acordo com o modelo em anexo (Apêndice A).

8 RESULTADOS

Tem-se nas Tabelas 1 e 2 respectivamente, as características pessoais das 44 pessoas hipertensas, participantes deste estudo, e a prevalência de obesidade central entre as 14 pessoas que referiram possuir complicações da hipertensão arterial.

TABELA 1 – Hipertensos assistidos pelo Programa Saúde da Família, segundo características pessoais, em dois Distritos Sanitários de Recife-Pernambuco, de outubro de 2009 a junho de 2010.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	Nº	%
SEXO		
Feminino	37	84,1
Masculino	7	15,9
FAIXA ETÁRIA		
De 20 a 49 anos	11	25,0
De 50 a 59 anos	13	29,5
De 60 a 99 anos	14	31,8
Sem informação	06	13,7
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	11	25,0
Primeiro Grau	22	50,0
De 01 a 04 anos	07	15,9
De 05 a 08 anos	15	34,1
Segundo Grau	04	9,1
ÍNível Superior	01	2,3
Sem informação	06	13,6
RENDA MENSAL (SM)		
Até 01 salário	18	40,9
>01 a 04 salários	16	36,4
>04 salários	03	6,8
Sem informação	07	15,9
OCUPAÇÃO		
Aposentados	12	27,2
Pensionistas	05	11,4
Do lar	11	25,0
Desempregados	05	11,4
Sem informação	11	25,00
COMPLICAÇÕES HAS		
Sim	14	31,8
Não	30	68,2
TOTAL	44	100,0

Fonte: Banco de dados SERVIDIAH, 2011

Conforme se pode observar na Tabela 1, das 44 pessoas entrevistadas 4,1% eram mulheres. Em relação a faixa etária, mais de 60% tinham 50 anos de idade ou mais. Essa informação não estava disponível em 14 % dos casos analisados.

Com relação à escolaridade, apenas 11% dos entrevistados referiram ter segundo grau ou mais, e 25% não eram alfabetizados, constatando-se portanto, a baixa escolaridade dessa população.

No que se refere à renda, pode-se observar que mais de 40% dos entrevistados disseram receber até um salário mínimo por mês, e que apenas 6,8% referiram receber mais de 4 salários mínimos. Em 15,9% dos questionários, essa informação não estava disponível.

No quesito referente à ocupação, pode-se constatar que não dispunha de renda 36% das pessoas entrevistadas (desempregados e domésticas), e sem ter respondido esta informação 25%.

A amostra da Tabela 2, por ser bastante pequena, não permite demonstrar a força de associação entre a presença de obesidade central e a presença de complicações da hipertensão arterial. Todavia, é possível verificar essa tendência observando-se que dentre as 14 pessoas que referiram possuir complicações da hipertensão arterial, 12 (86,4%) possuíam obesidade central (RCQ alto).

TABELA 2 – Hipertensos assistidos pelo Programa Saúde da Família, segundo complicações da hipertensão arterial e a presença de obesidade abdominal, em dois Distritos Sanitários de Recife-Pernambuco, de outubro de 2009 a junho de 2010.

Complicações da hipertensão arterial	RCQ alto	RCQ baixo	Total
Aparelho cardiovascular (IAM)	5	0	5
Cerebrovascular (AVC)	2	1	3
Vasos periféricos	0	0	0
Renais	2	0	2
Oftalmológicas	7	0	7

Fonte: Banco de dados SERVIDIAH, 2011.

Nota: RCQ Alto = Relação cintura/quadril $\geq 0,8$ cm nas mulheres e ≥ 1 cm nos homens.

RCQ Baixo = Relação cintura/quadril $< 0,8$ cm nas mulheres e < 1 cm nos homens.

Das 44 pessoas da amostra, 14 (31,8%) tiveram complicações, tendo algumas pessoas mais de uma complicação, segundo o relato dos próprios entrevistados.

Pode-se constatar na Tabela 2 que a complicação mais referida foi à oftalmológica, e que nenhuma das 14 pessoas referiu complicações por acometimento de vasos periféricos (úlceras e gangrena de membros inferiores). A segunda complicação mais referida foi o infarto agudo do miocárdio. Pode-se verificar ainda, que a obesidade central estava presente em 100% das pessoas que referiram possuir complicações oftalmológicas, renais e cardiovasculares, e em 2/3 das pessoas com história de acidente vascular cerebral.

9 DISCUSSÃO

Um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de diversas DCNTs é o acúmulo excessivo da adiposidade corporal (PI-SUNYER, 1993; MUST et al.,1999), sendo considerada atualmente, como uma epidemia mundial (FLEGAL et al., 2002; KENNEDY et al., 2004).

A obesidade é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial. (KANNEL, et al., 1967; JOHNSON et al., 1975).

Os fatores de risco associados à HAS podem ser denominados como modificáveis (hábitos alimentares, estilo de vida) e não modificáveis (idade, sexo, etnia). Entre os fatores relacionados com o aparecimento da HAS citam-se a idade, o consumo de sal, o consumo elevado de álcool, ingestão de gorduras saturadas e redução do consumo de fibras, fatores socioeconômicos, obesidade e sedentarismo. O controle de alguns desses fatores poderá reduzir os danos que esta doença pode causar ao organismo, além de trazer benefícios para a saúde como um todo (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2008).

No que se refere a estratégias que possam atingir de forma ampla e direta a sociedade, algumas alternativas de políticas públicas que visam a redução dos fatores de riscos devem ser adotadas, como o desenvolvimento de ações educativas envolvendo diversos tipos de mídias e atividades de prevenção e promoção à saúde em diferentes ambientes, como por exemplo nas escolas, nos locais de trabalho, de lazer, e em equipamentos sociais disponíveis nas comunidades; a implantação de programas a nível nacional, estaduais e municipais de promoção ao consumo de frutas e verduras de forma intersetorial e sustentável; o estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio, açúcar e gorduras saturadas dos alimentos industrializados; o maior incentivo a implementação de programas que visem a prática de atividades físicas e o estímulo a alimentação saudável, entre outras estratégias que auxiliam a redução da morbimortalidade por doenças crônicas, melhorando a qualidade de vida da população (V DIRETRIZ BRASILEIRA PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL,2006).

Este estudo verificou a associação entre hipertensão arterial e indicadores antropométricos de gordura abdominal em hipertensos assistidos pelo programa de saúde da família em Recife, e verificou a frequência com que estas complicações ocorrem em indivíduos que apresentam gordura localizada no abdômen. Ele contou com uma amostra de 44 usuários do programa de Saúde da Família, pertencentes ao Distrito Sanitário I e III, da cidade do Recife -PE.

Os dados foram coletados por entrevistadores treinados especificamente para a pesquisa SERVIDIAH, como já referido anteriormente nos procedimentos metodológicos.

Os indicadores antropométricos de gordura abdominal mostraram-se associados à hipertensão arterial, corroborando a hipótese do nosso trabalho, assim como, os resultados de outros estudos em que foi constatado que o excesso de peso e ou gordura, independentemente do indicador antropométrico utilizado, aparece como sendo um dos principais fatores de risco para hipertensão arterial, sendo que a gordura abdominal é considerada fator preditivo, adicional ao desenvolvimento dessa doença (MUNARETTI, 2011).

Apesar de o Índice de Massa Corporal (IMC) ser um indicador muito utilizado em estudos epidemiológicos deste tipo, aqui nós optamos por utilizar a Relação Cintura Quadril, uma vez que o nosso estudo tratou de analisar especificamente a obesidade abdominal, por entender que mesmo indivíduos com o IMC dentro dos padrões estabelecidos e que apresentem obesidade localizada na barriga, tenha uma maior probabilidade de desenvolver complicações.

Alguns autores têm reconhecido que devido à localização da gordura abdominal implicar na presença de gordura visceral, esta pode ser indicativa de um maior risco para as DCNT (MUNARETTI, 2011).

Considerando os dados deste estudo, verificou-se que existiu uma maior prevalência de complicações desenvolvidas na hipertensão arterial entre pessoas com obesidade abdominal.

Não houve relatos de pessoas que desenvolviam algum tipo de atividade física entre as pessoas que desenvolveram as complicações.

O presente estudo mostrou que a RCQ é um indicador que se associa fortemente com as complicações relacionadas à Hipertensão.

Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível estabelecermos a relação de causa e efeito entre obesidade abdominal e complicações da hipertensão.

10 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa foram compatíveis com a hipótese de que a existência de obesidade abdominal implica em maior probabilidade dos hipertensos desenvolverem complicações da doença, devendo-se, portanto, tomar esse sinal como preditor das mesmas, por ocasião do acompanhamento desses pacientes no serviço de saúde.

Das complicações referidas pelos entrevistados, as oftalmológicas por ser de fácil detecção em seus estágios iniciais por um simples exame na retina (fundoscopia), deve fazer parte da rotina anual de acompanhamento desses pacientes.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. et al . Alterações do nível pressórico e fatores de risco em graduandos de enfermagem. Acta Enfermagem. São Paulo, v.22, n. 6, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jun. 2010.

BORTOLOTT, L. A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. Revista Brasileira de hipertensão. São Paulo, v.15, n.3, p.152-155, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde no SUS. Brasília, DF, 2006.

FLEGAL, K. M.; CARROLL, M. D.; OGDEN, C. L.; JOHNSON, C. L. The disease burden associated with overweight and obesity. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 288, no. 14, p. 1723-1727, 2002.

JOHNSON AL, CORNONI JC, CASSEL JC, TYROLER HA, HEYDEN S, HAMES CG. Influence of race, sex and weight on blood pressure behavior in young adults. **Am J Cardiol** 1975; 35: 523-30.

KANNEL WB, BRAND N, SKINNER JR. JJ, relation of adiposity to blood pressure and development of hypertension. The Framingham study. **Ann Intern Med** 1967; 67: 48-59.

KENNEDY, R. L.; CHOKKALINGHAM, K.; SRINIVASAN, R. Obesity in the elderly: who should we be treating, and why, and how? **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, London, v. 7, p. 3-9, 2004.

MALFATTI, C.R.M., ASSUNÇÃO, A.N. Hipertensão Arterial e Diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2008.

MUST, A.; SPADANO, J.; COAKLEY, E. H.; FIELD, A. E.; COLDITZ, G.; DIETZ, W. H. The disease burden associated with overweight and obesity. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 282, no. 16, p.1523-1529, 1999.

MUNARETTI D. B.; BARBOSA, A. R.; NUNES M. F. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, v.57, n.1 p.1-6, 2011.

MION JUNIOR, Celso et al. MPRA: Monitorização residencial da pressão arterial: Como fazer e interpretar. Barueri: Manole, 2006.

PI-SUNYER, F. X. National Institutes of Health Technology Assessment Conference: medical hazards of obesity. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 119, no. 7, p. 655-660, 1993. Supplement.

REZENDE F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiro de Cardiologia. Viçosa, MG, v.87, n.6, p. 728-734, 2006.

RIBEIRO FILHO, F. F. et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: Mais que uma simples associação. Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v.50, n.2, p. 230-238. Abril, 2006.

SIMÕES, M. V.; SCHMIDT A. Hipertensão Arterial Como Fator De Risco Para Doenças Cardiovasculares. Medicina, Ribeirão Preto, v.29, p. 214-219, abril/setembro 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. “VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial”. Arquivos brasileiros de cardiologia. Viçosa, MG, v.95, supl.1, p.1-51. 2010.

V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras de Cardiol**. v. 89, n.3, 2006.

WOODS, S. L. et. al. Enfermagem em cardiologia. Barueri: Manole, 2005

ANEXO - A



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Memo nº: 04/2009 - CEP/CPqAM
De: Giselle Campozana Gouveia
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ
Para: Eduardo Maia Freese de Carvalho
Direção/CPqAM/FIOCRUZ
Data: 08/06/09
Assunto: Parecer CONEP – Projeto 43/08.

Título do Projeto: SERVIDIAH – Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família.
Pesquisador Responsável: Eduardo Maia Freese de Carvalho
Instituição onde se realizará o projeto: CPqAM/FIOCRUZ
Registro no CAAE: 0042.0.095.000-08
Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 43/08
Data de apresentação ao CEP: 30/05/2008
Registro CONEP: 15047

Sr. Pesquisador

Estamos encaminhando a correspondência (Parecer nº 513/2008) enviada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o resultado da avaliação referente ao projeto acima descrito. O projeto ficou na situação de **PROTOCOLO APROVADO**. Encaminhamos cópia do documento acima (parecer CONEP) em anexo.

Atenciosamente,

Giselle Campozana Gouveia
Giselle Campozana Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
Mét. SAÚDE COMUNITÁRIA
CRONIA / FIOCRUZ

*AC. Profa.
Eduarda*

ANEXO -B



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



FIOCRUZ
Ministério da Saúde

Título do Projeto: SERVIDIAH- Avaliação de SERVIços de atenção à saúde para DIAbéticos e Hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa com o título **SERVIDIAH- Avaliação de SERVIços de atenção à saúde para DIAbéticos e Hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família**, coordenada pelos pesquisadores Eduardo Maia Freese de Carvalho e Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre a mesma e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o Programa de Pressão Alta e Diabetes, do Programa de Saúde da Família. O programa será avaliado através da realização de exames para verificação do controle da Pressão Alta e do Diabetes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da medida da sua pressão arterial e do seu nível de açúcar no sangue, bem como, respondendo a um questionário. Para tanto será necessário retirar uma gota de sangue da ponta de seu dedo. Os exames serão realizados por profissionais treinados e com materiais descartáveis, com risco de uma mancha roxa e inchaço no local do exame. Um possível incômodo, caso seja necessário realizar esse exame, é que o senhor(a) precisará estar em jejum.

Você terá como benefícios o recebimento dos resultados dos exames e o seu encaminhamento, se necessário, pela equipe da pesquisa ao posto de saúde.

A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo para o seu atendimento no posto.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma):

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____/____/____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Coordenador da Pesquisa: Eduardo Maia Freese de Carvalho e Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E.mail : freese@cpqam.fiocruz.br e educesse@cpqam.fiocruz.br

Telefone: (81) 2101 – 2609