

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

FERNANDA CHELOTTI

**HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS EM RIO BRANCO, ACRE.**

Rio Branco

2009

FERNANDA CHELOTTI

**HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS EM RIO BRANCO, ACRE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença:
Epidemiologia e Atenção à Saúde

Orientadoras: Profa. Dra. Simone Perufo Opitz
Profa. Dra. Gina Torres Rego Monteiro

Rio Branco

2009

Aos meus pais: Célio e Avani.

À minha irmã: Juliana.

Ao meu marido: Giuliano.

Aos meus avós Dileta, Aléssio e Zilda.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de estar concluindo este curso de mestrado e por todas as oportunidades que tive na vida.

Às minhas orientadoras Profa. Dra. Simone Perufo Opitz e Profa. Dra. Gina Torres Rego Monteiro, exemplos de competência e dedicação, pelos ensinamentos fundamentais para minha formação, acolhimento e amizade.

Aos meus pais Célio e Avani, pelo amor incondicional e pela dedicação em me oferecer os princípios e a educação que nortearam todos os aspectos de minha vida, por me incentivarem em todos os caminhos por onde passei, contribuindo para que eu pudesse acreditar nas vitórias que estariam a mim reservadas. À minha irmã Juliana, à tia Vera, familiares e amigos por me darem o apoio e a amizade suficientes para que eu percebesse o quanto torcem por minhas conquistas.

Ao Giuliano, pelos anos de amizade, respeito, carinho e amor. Por ter me apoiado na decisão de fazer o mestrado, entre tantas outras que tomei e tomo em minha vida e mesmo assim permanecer ao meu lado. Obrigada por ter compreendido as longas noites trabalhando no computador, as pilhas de livros e artigos espalhados pela mesa, os longos finais de semana estudando e todos os demais aspectos da rotina de uma mestranda.

Aos colegas do mestrado e agora amigos: Andréia, Ana Maria, Joana, Juliano, Karine, Marcus, Maria Fernanda, Marina, Maurício, Polyana, Rozilaine, Robéria, Suelen e Thais: muito obrigada pelo companheirismo ao longo do curso. Foi um privilégio ter conhecido e convivido com pessoas tão especiais.

Aos professores do mestrado, por terem se dedicado a transmitir seus saberes de forma brilhante.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFAC, por estarem sempre dispostos a ajudar no que fosse necessário.

Aos meus colegas de trabalho, por terem compreendido minhas ausências e mesmo assim terem me apoiado em todos os momentos.

Este trabalho é fruto de muita persistência e muita dedicação. Não apenas minhas, mas de muitas pessoas com quem divido meu caminho na vida. Portanto, a todas as pessoas que cruzaram esse caminho, mesmo aquelas que aqui não foram mencionadas, muito obrigada. Vocês contribuíram para que este mestrado se tornasse uma realidade.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que constituem, atualmente, a principal causa de óbitos no Brasil. É, geralmente, assintomática dificultando a detecção e a adesão do paciente ao tratamento. Nesta dissertação são apresentados dois artigos que abordam a hipertensão arterial autorreferida em adultos, no município de Rio Branco (Acre). O primeiro teve como objetivo estimar a prevalência de hipertensão arterial autorreferida e avaliar os principais fatores de risco associados a ela. O segundo caracterizou a população que se declarou hipertensa, estimou a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e verificou a associação entre adesão e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de morbidades. Ambos são estudos transversais que utilizaram dados do inquérito de base populacional denominado “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre” que entrevistou 1.516 indivíduos, entre novembro de 2007 e outubro de 2008. Os dados foram analisados utilizando o módulo Survey do STATA devido ao delineamento complexo da amostra. Os principais resultados revelaram uma prevalência de hipertensão arterial autorreferida de 20,4% e a associação entre a referida doença e idade avançada, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, estado de saúde autorreferido como regular ou ruim, história prévia de infarto, derrame ou AVC e excesso de peso. A adesão ao tratamento foi inferior à ideal (67,7%), mostrando-se associada à idade avançada, renda superior a três salários mínimos e escolaridade de 12 anos ou mais. Dessa maneira, os achados desta dissertação apontam para a necessidade de um trabalho em conjunto, dos diversos profissionais da área da saúde, com o intuito de levar conhecimento à população sobre o que é a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares que ela pode causar e como ela pode ser prevenida e controlada.

Palavras-chave: hipertensão; prevalência; fatores de risco; inquérito populacional; adesão ao tratamento farmacológico

ABSTRACT

The Systemic Arterial hypertension is considered one of the major risk factors for the development of cardiovascular diseases, which are currently the leading cause of deaths in Brazil. It is asymptomatic in most cases, which complicates the detection and adherence of the patient to treatment. This work presents two papers about self-reported hypertension in adults in Rio Branco, state of Acre / Brazil. The first one aimed to estimate the prevalence of self-reported hypertension and assess the main risk factors associated with it. The second characterized the population who self-reported hypertension, estimated the prevalence of pharmacological treatment adherence and found the association between adherence and demographic, socioeconomic, lifestyle and comorbidities variables. Both are cross-sectional studies that used data from population-based survey called "Health and Nutrition of Children and Adults of Rio Branco - Acre," which interviewed 1,516 people between November 2007 and October 2008. Data were analyzed using STATA Survey module due to the complex delineation of the sample. The main results showed a prevalence of self-reported hypertension was 20.4% and the association between the disease and advanced age, hypercholesterolemia, diabetes mellitus, health status self-reported as fair or poor, previous history of heart attack or stroke and overweight. The treatment adherence was lower than ideal (67.7%), being associated with advanced age, income above 3 minimum wages and 12 years of schooling or more. Thus, the findings of this work point to the need to work together, the various professionals in the health area, with the aim of bringing knowledge to the population about what is hypertension, the cardiovascular diseases that it can cause and how it can be prevented and controlled.

Keywords: hypertension, prevalence, risk factors, population survey, pharmacological adherence

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	x
1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Hipertensão arterial sistêmica: aspectos essenciais.....	14
2.2 Principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica	15
2.3 Inquéritos de saúde de base populacional	20
2.4 Tratamento	22
2.5 Adesão ao tratamento	24
3. JUSTIFICATIVA.....	26
4. OBJETIVOS	27
4.1 Geral.....	27
4.2 Específicos	27
5. MATERIAL E MÉTODOS	28
6. ARTIGO 1.....	29
Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e fatores associados: inquérito populacional em Rio Branco, Acre.....	29
Resumo.....	30
6.1 Introdução	31
6.2 Material e Métodos.....	33
6.3 Resultados	35
6.4 Discussão.....	40
6.5 Conclusão.....	44
6.6 Referências Bibliográficas	45
7. ARTIGO 2.....	50
Perfil de indivíduos com hipertensão arterial autorreferida em inquérito realizado em Rio Branco, Acre.	50
Resumo.....	49
7.1 Introdução	50
7.2 Material e Métodos.....	51
7.3 Resultados	53

7.4 Discussão	59
7.5 Conclusão.....	63
7.6 Referências Bibliográficas	65
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	76
ANEXO A – Questões do “Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre”, que serão utilizadas neste estudo	77
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
ANEXO C – Declaração de aprovação de projeto de pesquisa pelo CEP	82
ANEXO D - Autorização de direitos autorais.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente vascular cerebral
DASH	<i>Dietary Approachs to Stop Hypertension</i>
EPIC	<i>European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PAS	Pressão arterial sistólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAs	Unidades primárias de amostragem
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão arterial.....	24
----------	--	----

ARTIGO 1

Tabela 6.1	Descrição da amostra de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	36
Tabela 6.2	Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e razões de prevalência bruta e ajustada entre as variáveis demográficas e socioeconômicas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	37
Tabela 6.3	Prevalência, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC 95%) para hipertensão arterial autorreferida, segundo variáveis de morbidade auto-referidas e comportamentais selecionadas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	39
Tabela 6.4	Modelo de regressão de Poisson: variáveis associadas à hipertensão arterial autorreferida. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	40

ARTIGO 2

Tabela 7.1	Descrição da população de estudo de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	53
Tabela 7.2	Descrição da população de estudo de acordo com variáveis comportamentais e comorbidades. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	55
Tabela 7.3	Distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento de hipertensos autorreferidos segundo sexo. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	56

Tabela 7.4	Prevalência do relato de adesão ao tratamento medicamentoso e razões de prevalência bruta e ajustada em variáveis selecionadas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	58
Tabela 7.5	Modelo de Regressão de Poisson: variáveis associadas ao relato de adesão ao tratamento farmacológico entre os hipertensos autorreferidos. Rio Branco, Acre, 2007/2008.....	59

1. INTRODUÇÃO

As doenças coronarianas e cerebrovasculares são as principais causas de morte e incapacidade há várias décadas, e estima-se que, no ano de 2020, elas ainda continuem liderando as estatísticas de morbimortalidade no mundo (MURRAY e LOPEZ apud SOUZA, 2006). Segundo o VII Relatório do Comitê Norte-Americano sobre Prevenção, Detecção, Evolução e Tratamento de Hipertensão Arterial, a relação entre o risco de desenvolver doenças cardiovasculares e pressão arterial (PA) é contínua, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto maior a PA maior a chance de se ter um ataque cardíaco, infarto e outras doenças cardíacas (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, com diversos fatores potencialmente associados ao seu desenvolvimento e, muitas vezes, assintomática. É conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial permanentemente elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais além de fenômenos como hipertrofia cardíaca e vascular (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, a HAS foi objeto de investigação no inquérito de base populacional “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”, realizado entre novembro de 2007 e outubro de 2008.

Dada a importância da detecção precoce e controle da HAS e de seus fatores de risco para prevenção de doenças cardiovasculares e levando em consideração a escassez de dados a respeito desse tema no município de Rio Branco, foi desenvolvido o presente estudo.

A dissertação foi estruturada na forma de dois artigos, e os dados utilizados foram provenientes da pesquisa acima mencionada.

O primeiro artigo, intitulado “Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e fatores associados: inquérito populacional em Rio Branco, Acre”, estimou a prevalência de hipertensos autorreferidos no município de Rio Branco e os principais fatores de risco associados à HAS autorreferida. O segundo, que teve como título “Perfil de hipertensos autorreferidos e adesão ao tratamento medicamentoso: inquérito de base populacional em Rio Branco, Acre”, fez uma caracterização da população que se declarou hipertensa, estimou a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso e verificou possíveis associações entre adesão à terapia farmacológica e variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e comorbidades.

Os resultados apresentados neste estudo podem contribuir para o estabelecimento de novas estratégias voltadas à HAS, nos serviços de saúde do município de Rio Branco.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Hipertensão arterial sistêmica: aspectos essenciais

Os países em desenvolvimento vêm passando, nas últimas décadas, por várias transformações demográficas como queda da fertilidade, redução da mortalidade infantil e de óbitos por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e da população de idosos. Esses eventos, associados a modificações nos padrões alimentares (alto consumo de açúcar e gorduras em geral e baixa ingestão de frutas, hortaliças e grãos) e redução da prática de atividades físicas, ocasionaram um crescimento da participação de doenças crônicas não transmissíveis como doenças cardiovasculares ateroscleróticas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e câncer no perfil de morbidade e mortalidade da população (POPKIN, 2001).

A hipertensão arterial é considerada o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares que representam, atualmente, a principal causa de óbito na população brasileira (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

A pressão arterial pode ser definida como a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias e pode ser calculada pelo produto do débito cardíaco e resistência vascular periférica total. É maior nas artérias elásticas, como aorta e seus ramos, e vai diminuindo ao longo do leito vascular (OINGMAN, 1987).

A cada ciclo cardíaco, a PA oscila entre um valor máximo e um mínimo que correspondem, respectivamente, à sístole (contração) e à diástole (relaxamento) cardíacas. Em um adulto jovem normal, a pressão máxima (sistólica) é cerca de 120 mmHg e a pressão mínima (diastólica) é cerca de 80 mmHg (GUYTON e HALL, 1998).

De acordo com o VII Relatório do Comitê Norte-Americano sobre Prevenção, Detecção, Evolução e Tratamento de Hipertensão Arterial, é considerado pré-hipertenso o indivíduo que apresenta pressão arterial sistólica (PAS) entre 120 e 139 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) entre 80 e 89 mmHg e hipertenso aquele que possui PAS maior ou igual a 140 mmHg e PAD maior ou igual a 90 mmHg (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

A HAS pode ser classificada como primária ou secundária. A maioria dos casos (aproximadamente 90%) não possui etiologia definida e é denominada primária ou essencial. A hipertensão arterial secundária corresponde a cerca de 10% dos casos e se caracteriza pela

possibilidade de identificar uma causa específica como síndrome de Cushing, doença renal parenquimatosa, estenose de artéria renal, feocromocitoma, aldosteronismo primário, coarctação da aorta, entre outras (ROBBINS, 2001).

Embora a causa da hipertensão arterial essencial seja desconhecida, em nível mais elementar deve estar relacionada a um aumento primário do débito cardíaco (devido à redução da excreção renal de sódio, por exemplo) ou a um aumento na resistência periférica (devido à maior liberação de agentes vasoconstritores, por exemplo) ou a ambos os processos (ROBBINS, 2001).

A HAS é uma doença que evolui, na maioria dos casos, de forma assintomática. Ela lesa o sistema vascular, modificando estruturalmente as artérias e diminuindo, assim, o aporte de sangue para os órgãos-alvo da doença hipertensiva como o coração, o cérebro, os rins e os olhos. Essa redução do aporte sanguíneo tem como consequência o surgimento de quadros ainda mais graves (KOHLMANN Jr. e PLAVNIK, 2004). Estima-se que ela seja responsável por 40% das mortes por acidentes vasculares cerebrais e por 25% das mortes por infartos do miocárdio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

2.2 Principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

De acordo com Schmidt e colaboradores (2000), fator de risco é qualquer atributo identificado por meio de avaliação clínica (antecedentes pessoais, familiares e doenças concomitantes) ou laboratorial (hiperglicemia e hipercolesterolemia) que se associe, mesmo sem relação causa-efeito nítida, com a probabilidade de ocorrência de determinada doença.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS podem ser classificados em não modificáveis como idade, gênero, etnia e história familiar; e modificáveis como excesso de peso, consumo excessivo de sal e gordura, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e sedentarismo (BRASIL, 2002b).

A PA aumenta com a idade (KEARNEY et al., 2005) e estima-se que, em média, 52% dos idosos brasileiros sejam hipertensos (BRASIL, 2004a). Na maioria dos casos, ocorre elevação predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (SAGIE et al., 1993).

Em relação ao gênero, dados sobre a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres mostram que a relação entre sexo e HAS varia nas diferentes regiões do mundo. (KEARNEY et al., 2005).

A prevalência de hipertensão arterial em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral, e essa associação tem como consequência grande aumento no risco cardiovascular (BRASIL, 2006).

Várias investigações têm mostrado a relação entre níveis elevados de pressão arterial e diabetes mellitus. Em Salvador (BA), um estudo de base populacional realizado com 1.439 indivíduos maiores de 20 anos mostrou que mulheres diabéticas têm chance duas vezes maior de terem HAS (LESSA et al., 2006).

Oliveira e colaboradores (2008) demonstraram, em uma pesquisa com 1.265 mulheres com mais de 60 anos no município de São Paulo (SP), que a chance de ocorrer hipertensão arterial em mulheres idosas aumenta mais de três vezes na presença de diabetes mellitus. Outro estudo de base populacional, realizado por Zaitune e colaboradores (2006) com 426 indivíduos com mais de 60 anos no município de Campinas (SP), também verificou associação entre hipertensão e diabetes em idosos.

O excesso de peso também é um importante fator de risco para a HAS. Entretanto, segundo Goodman e Gilman (2003), o mecanismo pelo qual a obesidade provoca hipertensão arterial ainda não foi esclarecido, embora a secreção aumentada de insulina em obesos possa resultar em aumento da reabsorção tubular renal de sódio e na expansão do volume extracelular.

Outro fator a ser considerado é o IMC (Índice de Massa Corporal), calculado pelo peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Valores entre 18,5 e 24,9 kg/m² são considerados normais, entre 25 e 29,9 kg/m² sobrepeso e maiores que 30 kg/m² obesidade (WHO, 2000). Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente abdominal, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência da cintura acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular (BRASIL, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda como ideal IMC inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres (WHO, 2000).

Geleijnse e colaboradores (2004) realizaram uma meta-análise de estudos randomizados publicados entre 1966 e 2001 sobre HAS e fatores de risco em indivíduos com 18 anos ou mais na Finlândia, Itália, Reino Unido, Países Baixos e Estados Unidos. Após análise de 253 estudos selecionados, constataram que o excesso de peso é o fator de risco com maior contribuição para hipertensão, com uma porcentagem de risco atribuível que variou entre 11% na Itália e 25% nos Estados Unidos.

Um inquérito de base populacional com aferição da PA no domicílio de 1.739

indivíduos realizado por Jardim e colaboradores (2007), para avaliar a prevalência da hipertensão arterial e de alguns fatores de risco na população adulta de Goiânia (GO), encontrou uma associação positiva da hipertensão com excesso de peso e circunferência da cintura aumentada. A chance de ter HAS foi duas vezes maior entre aqueles com circunferência da cintura aumentada.

Em Belém (PA), um estudo realizado com inquérito telefônico sobre a associação entre HAS e sobrepeso utilizou uma amostra de 2.352 indivíduos maiores de 18 anos e observou que o risco de hipertensão crescia diretamente com o aumento do peso em ambos os sexos e foi 6,33 vezes maior em homens obesos e 3,33 vezes maior em mulheres obesas (BORGES et al., 2008).

Outro importante fator de risco para a HAS são os hábitos alimentares e dentre os múltiplos fatores dietéticos que afetam a PA estão o alto consumo de gordura e de sal. Em pessoas com pressão arterial normal, uma mudança nos hábitos alimentares pode prevenir a hipertensão (APPEL et al., 2006).

Segundo o VII Relatório do Comitê Norte-Americano sobre Prevenção, Detecção, Evolução e Tratamento de Hipertensão Arterial, a ingestão de sódio não deve ultrapassar 100 mmol ou 2,4 g/dia (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

A dieta preconizada pelo estudo *Dietary Approachs to Stop Hypertension* (DASH) enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Essa combinação mostrou benefícios no controle da PA, causando uma redução maior da pressão tanto sistólica quanto diastólica, quando comparada com uma dieta rica apenas em frutas e vegetais (APPEL et al., 1997).

Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, 412 indivíduos maiores de 22 anos foram divididos em dois grupos: um submetido à dieta DASH e outro a uma dieta típica do país. Ambos foram submetidos à ingestão de três níveis diferentes de sódio (alto, intermediário e baixo) e acompanhados por 30 dias. Ao término do estudo, constatou-se que uma diminuição na ingestão de sódio a níveis inferiores ao recomendado atualmente (100 mmol/dia) associado à dieta DASH resulta em uma redução significativa da pressão sanguínea (SACKS et al., 2001).

Em Pelotas (RS), uma investigação de base populacional sobre prevalência de HAS em adultos e seus fatores de risco, com 1.968 participantes de 20 a 69 anos de idade, demonstrou que o consumo adicional de sal está diretamente associado à hipertensão (COSTA et al., 2007).

De acordo com estudo realizado por Whelton e colaboradores (1997), a suplementação de potássio promove redução da PA e um aumento na ingestão do mesmo deveria ser considerado como uma recomendação para prevenção e tratamento da HAS, especialmente para as pessoas que não conseguem diminuir o consumo de sódio. É recomendada a ingestão de 4,7 g/dia de potássio (APPEL et al., 2006).

O consumo de bebidas alcoólicas também pode elevar a pressão arterial. Segundo Appel e colaboradores (2006), o consumo de álcool não deve exceder 30 g/dia para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso. Esses valores correspondem, para o homem, à ingestão diária de, no máximo, 720 ml de cerveja (uma garrafa), 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose).

Um estudo transversal realizado com entrevista e aferição da PA em servidores da Universidade de Brasília com mais de 40 anos de idade (704 trabalhadores) constatou que o consumo de álcool estava fortemente associado com hipertensão arterial em ambos os sexos (CONCEIÇÃO et al., 2006).

Souza e colaboradores (2007) selecionaram, com base em uma amostra aleatória, 892 indivíduos maiores de 18 anos na cidade de Campo Grande (MS) e por meio de entrevistas feitas em locais públicos e aferição da pressão arterial verificaram que etilismo, diário ou semanal, está relacionado à maior incidência de HAS.

O tabagismo é outro importante fator de risco para doença e morte cardiovascular e o único que pode ser totalmente evitado. Entretanto, abandonar esse hábito é um desafio em razão da dependência causada pela nicotina. Ainda assim, todo o hipertenso fumante deve ser estimulado a parar de fumar, mesmo que para isso necessite de terapia medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Segundo estudo realizado por Kool e colaboradores (1993), o consumo de um cigarro causa um aumento efetivo de 6% na pressão arterial e de 14% na frequência cardíaca. Essa reação se deve, provavelmente, ao aumento das concentrações plasmáticas de epinefrina e norepinefrina durante o período em que se fuma. Os níveis de noradrenalina aumentam em 12,5 minutos, com um pico em 15 minutos, retornando aos níveis iniciais após 30 minutos. Essa alteração ocasiona o aumento máximo da PA e, passados 30 minutos, ocorre queda desses valores, permanecendo, no entanto, mais elevados que os valores registrados antes do ato de fumar (CRYER et al., 1976).

Morillo e colaboradores (2006), estudando o registro de 24 horas da PA em tabagistas (61 indivíduos) e não tabagistas (211 indivíduos), verificaram que os tabagistas apresentam,

durante a vigília, médias pressóricas, sistólicas e diastólicas, maiores que os não tabagistas, independentemente do uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Outro fator de risco relevante no desenvolvimento da hipertensão arterial é o sedentarismo. Contudo, o mecanismo pelo qual o exercício físico pode reduzir a pressão arterial ainda não está bem definido, embora se saiba que está relacionado a alterações hemodinâmicas e humorais. A prática regular de exercício diminui o volume sanguíneo e as catecolaminas plasmáticas e eleva as concentrações plasmáticas do fator natriurético atrial (GOODMAN e GILMAN, 2003).

De acordo com Cornelissen e Fagard (2005), o exercício físico aeróbico reduz a pressão sanguínea pela diminuição na resistência vascular onde o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina parecem estar envolvidos, reduzindo, concomitantemente, os efeitos dos fatores de risco cardiovasculares.

Segundo Myers (2003), indivíduos magros ou que praticam atividade física têm menos chance de desenvolver doença cardiovascular que os sedentários e, se vierem a desenvolver, isso ocorrerá em uma idade mais avançada e será menos severa.

Monteiro e colaboradores (2007) realizaram uma pesquisa sobre a efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes com hipertensão leve ou moderada em uso de medicamentos anti-hipertensivos no município de Bauru (SP). Dezesesseis mulheres com idade média de 56 anos foram submetidas a três sessões por semana, com duração de 90 minutos cada sessão, de um programa de exercícios aeróbios e de alongamento durante 4 meses. Os resultados obtidos pelos estudiosos foram os seguintes: o treinamento diminuiu significativamente a pressão arterial sistólica, melhorou o condicionamento cardiorrespiratório e os níveis de glicose plasmática. Além disso, apresentou correlações significativas entre os valores iniciais individuais de nível de colesterol total, lipoproteína de alta densidade e lipoproteína de baixa densidade e seus valores após o exercício.

Em Goiânia (GO), Barroso e colaboradores (2008) realizaram um estudo caso-controle sobre a influência da atividade física programada na pressão arterial leve de idosos hipertensos sem uso de medicamentos anti-hipertensivos. Os idosos foram divididos em dois grupos: 30 casos e 30 controles. Os casos foram submetidos a três sessões semanais, com duração de uma hora de atividade física supervisionada. Após seis meses, verificou-se que a atividade física supervisionada foi capaz de manter os níveis pressóricos semelhantes aos valores basais mesmo sem uso de medicamentos hipotensores.

Portanto, uma mudança no estilo de vida da população é de fundamental importância tanto para a prevenção como para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

2.3 Inquéritos de saúde de base populacional

Desde a década de 1960, os inquéritos populacionais são instrumentos utilizados pelos países desenvolvidos para a formulação e avaliação de políticas públicas. Com os inquéritos de saúde é possível coletar dados associados à saúde e não apenas às doenças, assim como os relativos a fatores de risco e determinantes sociais do processo saúde-doença (VIACAVA, 2002).

De acordo com uma publicação da Organização das Nações Unidas (ONU) há uma crescente tendência ao uso de inquéritos de base populacional no mundo todo, sobretudo nos países em desenvolvimento onde o emprego desses estudos complementa e, às vezes, até substitui outras fontes de dados (ONU, 2005).

Nos Estados Unidos, um estudo utilizou dados do inquérito de base populacional denominado NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*), no período de 1999 a 2004 com uma amostra total de 14.653 indivíduos maiores de 18 anos. O percentual de hipertensos era 28,6% no ano de 2000, 27,9% em 2002 e em 2004 atingiu 29,6% dos indivíduos residentes no país. Durante a realização do inquérito, a pressão arterial foi aferida de três a quatro vezes (ONG et al., 2007).

Wolf-Maier e colaboradores (2003) realizaram uma pesquisa comparando a prevalência de HAS e de níveis de pressão sanguínea em países da Europa e da América do Norte. Os dados foram obtidos por meio de inquéritos que já tinham sido realizados nos países que foram incluídos na pesquisa, e o resultado obtido foi que a prevalência de hipertensos, com idade entre 35 e 74 anos, foi de aproximadamente 44,2% na Europa e 27,6% na América do Norte. A Alemanha foi o país com maior prevalência (55%), seguida pela Finlândia (49%), Espanha (47%), Inglaterra (42%), Suécia e Itália (38%), Estados Unidos (28%) e Canadá (27%).

Na Grécia, utilizando os dados do estudo *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* (EPIC), estudo de coorte realizado em 10 países da Europa, Psaltopoulou e colaboradores (2004) pesquisaram a prevalência (aferindo a pressão arterial), o conhecimento, o tratamento e o controle da HAS em 26.913 indivíduos com idade entre 20 e 86 anos e constataram que 38,9% das mulheres e 40,2% dos homens eram hipertensos.

Na Eritréa, país do continente africano, foi realizado um estudo transversal de base populacional com 2.352 indivíduos entre 15 e 64 anos sobre a prevalência da hipertensão arterial e sua relação com a obesidade. Após os participantes responderem a um questionário e terem a PA aferida duas vezes, verificou-se que a prevalência de hipertensos na população estudada foi de 16% (MUFUNDA et al., 2006).

Na Guatemala, foi realizado um inquérito de base populacional sobre diabetes, hipertensão e fatores de risco para doenças crônicas no município de Villa Nueva, em que 1.397 indivíduos maiores de 20 anos foram entrevistados em seus domicílios e tiveram a PA aferida três vezes. A prevalência de hipertensão encontrada foi de 12,9%, porém, 22,4% da população era pré-hipertensa (PAS entre 120 e 139mmHg ou PAD entre 80 e 89 mmHg) (PAHO, 2007).

Quasem e colaboradores (2001) realizaram um estudo transversal de base populacional sobre a prevalência, o conhecimento, o tratamento e o controle da HAS em cinco regiões do subcontinente indiano. Os dados foram obtidos pela aferição da PA e por entrevista com 1.203 indivíduos com mais de 60 anos, e o resultado encontrado foi que a hipertensão arterial atingia 65% dos idosos dessas regiões.

Em Cuba, na cidade de Havana, um estudo transversal sobre a prevalência autorreferida de doenças não transmissíveis em idosos entrevistou 2.025 indivíduos com mais de 60 anos e detectou que a doença de maior prevalência foi a HAS, atingindo 42,4% dos participantes (VARGAS et al., 2004).

No Brasil, pesquisas de base populacional realizadas nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste do país, a partir da aferição da PA em adultos, registraram prevalência de HAS que variou de 23,6% em Pelotas (RS) a 41,4% em Campo Grande (MS) (COSTA et al., 2007; SOUZA et al., 2007).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou uma campanha de detecção de casos suspeitos de HAS e promoção de hábitos saudáveis de vida que ocorreu em todos os Estados brasileiros, aferindo a PA em indivíduos com mais de 40 anos. Os resultados revelaram que, em média, 36% da população brasileira com mais de 40 anos era hipertensa. Na região Norte, o índice foi de 32%, sendo que no Estado do Acre atingiu 39% e na capital, Rio Branco, 40% da população (BRASIL, 2002a).

Em 2002 e 2003, foi realizado o “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade auto-referida de doenças e agravos não transmissíveis”, estudo transversal de base populacional que ocorreu em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Este inquérito

detectou uma prevalência de HAS autorreferida variando de 26% a 59% em adultos com mais de 40 anos (BRASIL, 2004a).

Em 2008, foi realizada a investigação denominada “Vigilância para fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (Vigitel) nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Esta pesquisa verificou que, no conjunto da população com 18 anos ou mais, 25,5% das mulheres e 20,3% dos homens referiram diagnóstico médico prévio de HAS. Em Rio Branco, 26,6% das mulheres e 17,8% dos homens referiram diagnóstico médico prévio. Em ambos os sexos, o diagnóstico de hipertensão se torna mais comum com a idade e diminui com o aumento da escolaridade (mais de oito anos de estudo) (BRASIL, 2008).

No Estado de São Paulo, foram realizados alguns inquéritos de base populacional. Um estudo realizado por Souza (2006) sobre a hipertensão arterial autorreferida em adultos com mais de 20 anos na cidade de São Paulo entrevistou 1.668 indivíduos e obteve prevalência de 16,9% de hipertensos. Outro estudo, realizado na mesma cidade, sobre a HAS autorreferida com entrevista domiciliar de 1.265 mulheres com 60 anos ou mais encontrou uma prevalência de 55,3% entre aquelas de 60 a 74 anos e de 60,7% para aquelas com mais de 75 anos (OLIVEIRA et al., 2008). Já em Botucatu, uma pesquisa por inquérito telefônico, realizada com 1.410 indivíduos maiores de 18 anos, registrou que 20% dos participantes referiram hipertensão arterial (CARVALHAES et al., 2008). Finalmente, um estudo em Campinas entrevistou 426 idosos e registrou prevalência de HAS autorreferida de 46,4% entre homens e 55,9% entre mulheres com mais de 60 anos (ZAITUNE et al., 2006).

Borges e colaboradores (2008), estudando a associação entre HAS autorreferida e sobrepeso em adultos na cidade de Belém (PA) com dados obtidos por inquérito telefônico com 2.352 indivíduos, encontraram uma prevalência de hipertensão de 18,3% entre mulheres e 16,2% entre homens.

Constata-se, portanto, que a hipertensão arterial é um problema de saúde pública que atinge países do mundo todo, tanto os desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento, como o Brasil.

2.4 Tratamento

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Porém, um estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou

que apenas 10,4% dos hipertensos apresentavam controle adequado da pressão arterial (GUS et al., 2004).

A PA pode ser reduzida por ações de fármacos sobre a resistência periférica e/ou o débito cardíaco. Os fármacos podem reduzir o débito cardíaco ao inibir a contratilidade miocárdica ou ao diminuir a pressão de enchimento ventricular. A redução da pressão de enchimento ventricular pode ser obtida por meio de ações sobre o tônus venoso ou volume sanguíneo por intermédio de efeitos renais. A redução da resistência periférica pode ser obtida pela ação de fármacos sobre o músculo liso, produzindo relaxamento dos vasos de resistência, ou interferindo na atividade dos sistemas que produzem a constrição dos vasos (GOODMAN e GILMAN, 2003).

Os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS podem ser agrupados em oito classes: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores de angiotensina II, bloqueadores alfa-adrenérgicos, simpaticolíticos centrais e os vasodilatadores diretos.

O Ministério da Saúde, em março de 2002, publicou a Portaria nº 371 que instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, criando assim, o HiperDia. Essa portaria definiu as responsabilidades da União, dos Estados e dos municípios para o funcionamento do programa (BRASIL, 2002d).

O HiperDia é um sistema informatizado que permite o cadastramento, o acompanhamento e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponibiliza, para o tratamento da HAS, os medicamentos: Captopril 25 mg (inibidor da enzima conversora de angiotensina), Hidroclorotiazida 25 mg (diurético) e Propranolol 40 mg (betabloqueador) e para o tratamento do diabetes mellitus os hipoglicemiantes: Glibenclamida 5 mg, Metformina 850 mg e insulina NPH-100 (BRASIL, 2002c).

Entretanto, o controle da HAS não é realizado apenas com tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida como: controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular (SARQUIS et al., 1998).

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), a decisão terapêutica deve levar em conta, além dos valores da PA, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e de fatores de risco cardiovasculares associados. Sendo assim, o Quadro 1

apresenta a orientação terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão arterial.

Quadro 1: Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão arterial.

Pressão Arterial	Grupo A¹	Grupo B²	Grupo C³
Normal limítrofe (130–139mmHg/85–89mmHg)	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida*
Hipertensão leve (estágio 1) 140 – 159mmHg/90-99mmHg)	Modificações no estilo de vida (até 12 meses)	Modificações no estilo de vida** (até 6 meses)	Terapia medicamentosa
Hipertensão moderada e severa (estágios 2 e 3) >= 160mmHg/ >= 100mmHg	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998.

Notas:

¹ Grupo A – sem fatores de risco e sem lesões nos órgãos-alvo.

² Grupo B – presença de fatores de risco (não incluindo diabetes mellitus) e sem lesão em órgão-alvo.

³ Grupo C – presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus.

* Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou diabetes mellitus.

** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.

2.5 Adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente. Ela é determinante para a efetividade do tratamento (WHO, 2003a).

A baixa adesão é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial (WHO, 2003a), sendo que, dos pacientes que não têm controle da PA, aproximadamente 50% não aderem ao medicamento recomendado pelo médico (LOWRY et. al., 2005).

Um dos principais fatores para a não adesão é o caráter assintomático da HAS, pois os sintomas percebidos não são suficientes para expressar o risco para os órgãos-alvo da doença (GUSMÃO e PIERIN, 2004). Outro complicador é o fato de ser uma doença com múltiplas causas, implicando em várias abordagens e intervenções. O tratamento medicamentoso necessita muitas vezes da combinação de mais de um medicamento e mais de um horário, além das reações adversas que os mesmos podem causar (ROCHA, 2003).

Um estudo realizado em Salvador (BA), por Andrade e colaboradores (2002), verificou que os principais motivos para não adesão ao tratamento foram, em ordem decrescente de importância: normalização da PA, efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento, custo da medicação, medo de misturar álcool e medicamentos, desconhecimento da necessidade de continuar o tratamento, uso de tratamento alternativo, medo de intoxicação, medo de hipotensão e medo de misturar os anti-hipertensivos com outras drogas.

Os consensos e diretrizes têm recomendado a utilização de combinações fixas de medicamentos com baixas dosagens e utilização única diária como forma de aumentar a adesão ao tratamento (BRASIL, 1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; SOUZA, 2006).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o esquema anti-hipertensivo instituído deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas. Além disso, a participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso, pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

3. JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares constituem, atualmente, a principal causa de morte no Brasil, e a hipertensão arterial é o fator de risco de maior relevância no desenvolvimento dessas doenças, sendo considerada, portanto, um importante problema de saúde pública.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado o aumento da prevalência da hipertensão com a idade e sua ocorrência em associação a outros fatores de risco, como estilo de vida e fatores metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares. A alta prevalência da hipertensão arterial e o agrupamento de fatores de risco reforçam a necessidade não só de melhorar o diagnóstico e tratamento da mesma, mas também de abordar, de forma integral, o perfil de risco dos pacientes (BRASIL, 2004a).

Além disso, existe um déficit de estudos de base populacional sobre a prevalência da hipertensão arterial sistêmica no município de Rio Branco.

Portanto, justifica-se um estudo sobre a hipertensão arterial autorreferida e seus fatores de risco na população de Rio Branco, para que os resultados possam contribuir no estabelecimento de estratégias voltadas ao controle, prevenção e tratamento da HAS nos serviços de saúde do município.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Estimar a prevalência, a adesão ao tratamento farmacológico e os fatores de risco associados à hipertensão arterial autorreferida na população adulta do município de Rio Branco.

4.2 Específicos

- Caracterizar a população em estudo quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais;
- Determinar a prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população adulta de Rio Branco;
- Identificar os principais fatores de risco para hipertensão arterial na população em estudo;
- Verificar a associação entre hipertensão arterial autorreferida e os fatores de risco encontrados na população de estudo;
- Estimar a frequência de hipertensos que utilizam medicamentos para controlar a pressão arterial e como esses medicamentos são utilizados.

5. MATERIAL E MÉTODOS

A dissertação foi estruturada sob a forma de dois artigos, cobrindo os objetivos específicos.

Artigo 1: Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e fatores associados: inquérito populacional em Rio Branco, Acre.

- Caracterizar a população em estudo quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais;
- Determinar a prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população adulta de Rio Branco;
- Identificar os principais fatores de risco para hipertensão arterial na população em estudo;
- Verificar a associação entre hipertensão arterial autorreferida e os fatores de risco encontrados na população de estudo.

Artigo 2: Perfil de hipertensos autorreferidos e adesão ao tratamento medicamentoso: inquérito populacional em Rio Branco, Acre.

- Caracterizar a população de hipertensos quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais;
- Estimar a adesão ao tratamento farmacológico dos hipertensos que utilizam medicamentos para controlar a pressão arterial.
- Verificar a associação entre adesão à terapia medicamentosa e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de morbidades.

A metodologia utilizada está integralmente apresentada no corpo desses dois artigos.

6. ARTIGO 1

Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e fatores associados: inquérito populacional em Rio Branco, Acre

Fernanda Chelotti¹

Simone Perufo Opitz¹

Gina Torres Rego Monteiro²

Pascoal Torres Muniz¹

¹ Universidade Federal do Acre

² Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência da hipertensão arterial autorreferida na população adulta do município de Rio Branco e avaliar os fatores de risco a ela associados. **Material e Métodos:** Trata-se de um inquérito populacional, parte da pesquisa “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”, realizada entre 2007 e 2008. O estudo contou com 1.409 indivíduos de 18 anos ou mais. Foram calculadas as prevalências de hipertensão arterial autorreferida pelos principais fatores de risco e avaliadas razões de prevalência por Regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de hipertensão arterial autorreferida foi de 20,4%, não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Na análise múltipla, ajustando por sexo e idade, as variáveis que mantiveram associação com HAS foram: idade avançada (RP = 2,31 para indivíduos entre 40 e 59 anos e RP = 3,69 para aqueles com 60 anos ou mais), hipercolesterolemia autorreferida (RP = 1,81), diabetes autorreferido (RP = 1,87), estado de saúde autorreferido como regular ou ruim (RP = 2,15), história prévia de infarto, derrame ou AVC (RP = 1,58) e excesso de peso (RP = 1,99 para pré-obesos e RP = 2,93 para obesos). **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de ações de prevenção, detecção precoce e controle da hipertensão arterial sistêmica nos serviços de saúde do município voltadas, principalmente, para os subgrupos mais vulneráveis da população (indivíduos com 40 anos ou mais, aqueles com sobrepeso e os portadores de diabetes e hipercolesterolemia), prevenindo, assim, complicações futuras mais expressivas.

Palavras-chave: hipertensão; prevalência; fatores de risco; inquérito populacional

6.1 Introdução

Nas últimas décadas, os países em desenvolvimento vêm passando por várias transformações demográficas como queda da fertilidade, redução da mortalidade infantil e dos óbitos por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e da população de idosos. Esses eventos, associados a modificações nos padrões alimentares (alto consumo de açúcar e gorduras em geral e baixa ingestão de frutas, hortaliças e grãos) e redução da prática de atividades físicas, ocasionaram um crescimento da participação de doenças crônicas não transmissíveis como doenças cardiovasculares ateroscleróticas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e câncer no perfil de morbidade e mortalidade da população (POPKIN, 2001).

No mundo, as doenças coronarianas e cerebrovasculares são as principais causas de morte e incapacidade há várias décadas, e estima-se que, no ano de 2020, elas ainda continuem liderando as estatísticas de morbimortalidade. A relação entre o risco de desenvolver doenças cardiovasculares e pressão arterial (PA) é contínua, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto maior a PA maior a chance de se ter um ataque cardíaco, infarto e outras doenças cardíacas (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, associada a diversos fatores de risco, muitas vezes assintomática, conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial permanentemente elevados associados a alterações metabólicas e hormonais, além de fenômenos como hipertrofia cardíaca e vascular (BRASIL, 1998). É considerada como uma das principais causas evitáveis de morte prematura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS podem ser classificados em não modificáveis, como idade, sexo, etnia e história familiar; e modificáveis como excesso de peso, consumo excessivo de sal e gordura, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e sedentarismo (BRASIL, 2002).

Os inquéritos populacionais são instrumentos utilizados pelos países desenvolvidos desde a década de 1960, para formular e avaliar políticas públicas. Permitem coletar dados associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde-doença (VIACAVA, 2002). Na atualidade detecta-se uma crescente tendência ao uso deste tipo de inquérito no mundo todo, sobretudo nos

países em desenvolvimento onde o emprego desses estudos complementa e, às vezes, até substitui outras fontes de dados (ONU, 2005).

Wolf-Maier e colaboradores (2003), com base em inquéritos populacionais realizaram uma pesquisa comparando as prevalências de HAS em países da Europa e da América do Norte e verificaram que a prevalência de hipertensão na população de 35 e 74 anos foi de 44,2% na Europa e 27,6% na América do Norte. A Alemanha foi o país com maior prevalência (55%), seguida pela Finlândia (49%), Espanha (47%), Inglaterra (42%), Suécia e Itália (38%), Estados Unidos (28%) e Canadá (27%).

Nos Estados Unidos, um estudo que utilizou dados de inquéritos sequenciais de base populacional observou que 28,6% dos indivíduos maiores de 18 anos eram hipertensos no ano de 2000, e, em 2004, a doença atingiu 29,6% dos indivíduos residentes no país. (ONG et al., 2007).

No Brasil foram implementados, a partir dos anos 2000, alguns estudos populacionais destacando-se o “Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis” realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2002 e 2003 e, mais recentemente, em 2008, foi realizada a pesquisa “Vigilância para fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (Vigitel), que ocorreu nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, todos eles incluíram a HA entre as questões investigadas.

O primeiro desses estudos detectou uma prevalência de HAS autorreferida variando de 26% a 59%, em adultos com mais de 40 anos (BRASIL, 2004a). O Vigitel verificou que, no conjunto da população com 18 anos ou mais, 25,5% das mulheres e 20,3% dos homens referiram diagnóstico médico prévio de HAS. Neste último, no qual o município de Rio Branco foi incluído, a HAS autorreferida atingiu 26,6% das mulheres e 17,8% dos homens (BRASIL, 2008).

Em um contexto de escassez de dados em Rio Branco, foi delineado o inquérito de base populacional denominado “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”, realizado entre novembro de 2007 e outubro de 2008, sendo a HAS um dos aspectos investigados.

Dada a importância da detecção precoce e controle da HAS e de seus fatores de risco para prevenção de doenças cardiovasculares e, com base nos dados provenientes da pesquisa acima mencionada, foi desenvolvido o presente estudo que tem por objetivos estimar a prevalência da hipertensão arterial autorreferida na população adulta do município de Rio Branco e avaliar os fatores de risco a ela associados.

6.2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional parte integrante da pesquisa denominada “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”.

Amostragem

Os domicílios foram selecionados por amostragem probabilística por conglomerados, em duas etapas. A primeira constituiu na seleção de 35 setores censitários entre os 250 existentes no município de Rio Branco (AC), de acordo com a PNAD 2005, que foram considerados como unidades primárias de amostragem (UPAs). Em seguida, em cada setor, sortearam-se 25 domicílios em cópias dos cadastros de endereços cedidos pela agência local do IBGE e todos os residentes maiores de 18 anos foram convidados a participar do estudo.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de novembro de 2007 e outubro de 2008 por entrevistadores previamente treinados. Cada entrevista foi conduzida por uma dupla de pesquisadores, sendo que cerca de 10% das mesmas foram refeitas pelos supervisores de campo, como medida de controle de qualidade. Os dados foram coletados em um questionário estruturado composto por perguntas abertas e fechadas, diretamente codificadas. Os resultados foram duplamente digitados no programa EpiInfo com o objetivo de eliminar eventuais inconsistências.

População de estudo

Foram entrevistados 1.516 indivíduos, sendo que 107 (6,7%) relataram que nunca tiveram a pressão arterial aferida, resultando, neste estudo, em uma população de 1.409 participantes.

Tratamento dos dados

A hipertensão arterial autorreferida foi considerada como variável dependente e foram classificados como hipertensos todos os indivíduos que responderam “sim” à pergunta: *“Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?”*.

Como variáveis independentes foram utilizados dados demográficos, socioeconômicos, referentes a estilo de vida (prática de exercício físico, consumo de bebida

alcoólica, tabagismo e adição de sal na comida) e de morbidades (diabetes e hipercolesterolemia autorreferidos e obesidade).

A idade foi categorizada em três faixas etárias: de 18 a 39 anos, de 40 a 59 anos e 60 anos ou mais, classificação similar a outros inquéritos de base populacional no Brasil para fins de comparação.

A variável situação conjugal foi dicotomizada, tendo sido considerados “sem companheiro” os indivíduos que relataram serem solteiros, viúvos ou separados/divorciados e “com companheiro” aqueles que informaram serem casados/juntados.

A variável renda foi dividida em três categorias: aqueles que não possuíam renda, os que informaram renda inferior a três salários mínimos e aqueles com três ou mais salários mínimos.

O grau de escolaridade também foi dividido em três categorias: até 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo, seguindo a classificação adotada pelo Vigitel (BRASIL, 2008).

Na análise do Índice de Massa Corporal (IMC), as mulheres grávidas ($n = 33$) foram excluídas. Indivíduos com IMC entre 25 kg/m^2 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ foram classificados como pré-obesos e aqueles com IMC maior ou igual a $30,0 \text{ kg/m}^2$, como obesos (WHO, 2000).

A prática de atividade física foi coletada abordando atividade física ocupacional e de lazer. Foram considerados como ativos ocupacionais os indivíduos que relataram que se deslocam de casa para o trabalho a pé ou de bicicleta, assim como aqueles que realizavam alguma atividade pesada durante o trabalho ou no cuidado da casa. Considerou-se atividade física de lazer: a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana; ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana; ou a prática de musculação em dois ou mais dias da semana. Foram classificadas como práticas de intensidade leve ou moderada: caminhada, caminhada em esteira, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol. Foram consideradas como práticas de intensidade vigorosa: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis. Foram classificados como ativos os indivíduos que realizavam alguma atividade física ocupacional ou de lazer (WHO, 2003).

O hábito de fumar foi dicotomizado na variável tabagismo, tendo sido considerados como “sim” os indivíduos que declararam fumar diariamente e como “não” os demais.

O consumo de bebida alcoólica foi estratificado, a partir das opções do questionário, levando em consideração quantos dias por semana o entrevistado ingeria bebida com teor alcoólico, nas seguintes categorias: “menos de 1 dia/semana” os que informaram não

consumir, fazê-lo menos de um dia por mês ou menos de um dia por semana; “5 dias ou mais/semana” aqueles que relataram consumir todos os dias ou de cinco a seis dias por semana; as demais categorias permaneceram como estavam no questionário: “1 a 2 dias/semana” e “3 a 4 dias/semana”.

Análise estatística

Para caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico, de estilo de vida e comorbidades da população em estudo, foram realizadas frequências absolutas (n) e relativas (%). Posteriormente, realizaram-se cálculos de prevalência e razão de prevalência, adotando o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$, intervalo de confiança de 95%). Por fim, para estimar o efeito dos potenciais fatores de risco em relação à pressão arterial, realizou-se uma análise múltipla, utilizando Regressão de Poisson, para obter as razões de prevalência ajustadas. O delineamento complexo da amostra foi corrigido nas análises estatísticas pela utilização do módulo *Survey* do STATA (versão 10.0) para incorporar os pesos amostrais associados a cada conglomerado da amostra. Foram introduzidas no modelo as variáveis que apresentaram p-valor menor que 0,20, sendo mantidas aquelas que permaneceram significativas (p-valor < 0,05).

Aspectos éticos

A pesquisa “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre” foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Acre, sendo entrevistados aqueles que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6.3 Resultados

A população de estudo foram os 1.409 indivíduos que relataram terem aferido a pressão arterial alguma vez na vida. A maioria era do sexo feminino (57,4%). A faixa etária predominante foi de 18 a 39 anos (56,3%) e a situação conjugal com companheiro (58,7%). A maior parte possuía atividade remunerada (53,5%), renda inferior a três salários mínimos (71,5%) e menos de nove anos de estudo (51,7%). Observou-se predominância de pessoas com IMC menor que 25 (52,1%) que não consumiam bebida alcoólica (71,9%) e não fumavam (83,7%) (Tabela 6.1).

Tabela 6.1. Descrição da amostra de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Hipertensos n (%)	Não hipertensos n (%)	Total n (%)
Sexo			
Feminino	199 (63,7)	625 (55,8)	824 (57,4)
Masculino	112 (36,3)	473 (44,2)	585 (42,6)
Faixa etária			
18 - 39 anos	100 (31,8)	707 (62,6)	807 (56,3)
40 - 59 anos	123 (39,1)	303 (27,2)	426 (29,6)
60 anos ou mais	88 (29,1)	88 (10,2)	176 (14,1)
Situação conjugal			
Sem companheiro	134 (42,7)	477 (41,0)	611 (41,3)
Com companheiro	177 (57,3)	621 (59,0)	798 (58,7)
Atividade remunerada			
Sim	147 (46,4)	637 (55,3)	784 (53,5)
Não	164 (53,6)	461 (44,7)	625 (46,5)
Renda			
Não possui renda	72 (23,1)	322 (30,1)	394 (28,6)
Menos de 3 SM	135 (47,9)	427 (41,6)	562 (42,9)
3 ou mais SM	97 (29,0)	326 (28,3)	423 (28,4)
Escolaridade			
0 a 8 anos	183 (60,8)	468 (49,4)	651 (51,7)
9 - 11 anos	83 (25,9)	432 (34,8)	515 (33,0)
12 anos ou mais	44 (13,3)	193 (15,8)	237 (15,3)
Tabagismo			
Sim	41 (13,1)	174 (17,1)	215 (16,3)
Não	270 (86,9)	924 (82,9)	1194 (83,7)
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	73 (20,2)	350 (30,1)	423 (28,1)
Não	238 (79,8)	748 (69,9)	986 (71,9)
IMC			
Baixo peso e normal (< 25)	87 (29,1)	593 (58,1)	680 (52,1)
Pré-obeso (25 - 29,99)	109 (39,1)	320 (29,0)	429 (31,1)
Obeso (30 ou mais)	108 (31,8)	146 (12,9)	254 (16,8)
Total	311 (100)	1098 (100)	1409 (100)

A prevalência de HAS encontrada na população de estudo foi de 20,4%, após a ponderação pelo efeito do desenho, sendo maior entre as mulheres, embora esse resultado não tenha apresentado significância estatística. Os níveis de pressão arterial aumentaram com a idade, atingindo uma prevalência 3,69 vezes maior nos indivíduos com 60 anos ou mais quando comparados com aqueles entre 18 e 39 anos, após ajuste por sexo (Tabela 6.2).

A associação entre HAS e escolaridade perdeu a magnitude e a significância estatística após o ajuste por sexo e idade, o mesmo tendo ocorrido com o relato de não ter atividade remunerada. Em relação à renda e à situação conjugal, não se encontrou associação estatisticamente significativa com hipertensão arterial autorreferida tanto na análise bruta quanto na ajustada (Tabela 6.2).

Tabela 6.2. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e razões de prevalência bruta e ajustada entre as variáveis demográficas e socioeconômicas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Prevalência de Hipertensos (%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada * (IC 95%)
Sexo			
Masculino	17,4	1	1
Feminino	22,6	1,30 (0,95 – 1,78)	1,32 (0,94 – 1,86)
Faixa etária			
18 - 39 anos	11,5	1	1
40 - 59 anos	26,9	2,33 (1,84 - 2,95)	2,31 (1,82 – 2,94)
60 anos ou mais	42,2	3,65 (2,68 – 4,97)	3,69 (2,77 – 4,92)
Situação conjugal			
Sem companheiro	21,1	1	1
Com companheiro	19,9	0,94 (0,75 – 1,18)	0,88 (0,72 – 1,09)
Atividade remunerada			
Sim	17,7	1	1
Não	23,5	1,5 (1,22 – 1,85)	1,04 (0,76 – 1,44)
Renda em SM			
Não possui renda	16,5	1	1
Menos de 3 SM	22,8	1,38 (0,98 – 1,94)	1,12 (0,82 – 1,53)
3 ou mais SM	20,9	1,26 (0,93 – 1,71)	0,99 (0,71 – 1,39)
Escolaridade			
9 anos ou mais	16,6	1	1
0 a 8 anos	24,1	1,44 (1,14 – 1,84)	1,00 (0,82 – 1,23)

*Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

No que se refere às morbidades autorreferidas, observou-se uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre hipercolesterolemia (RP=1,81), diabetes mellitus (RP=1,87) e história prévia de infarto, derrame ou AVC (RP=1,58) com HAS, após o ajuste por sexo e idade. Os indivíduos que consideraram seu estado de saúde regular ou ruim apresentaram, após o ajuste, uma prevalência 2,15 vezes maior de HAS em relação aos que o consideraram ótimo ou bom. O IMC elevado também manteve a associação, mostrando uma prevalência 2,93 vezes maior da doença entre os obesos em relação àqueles com IMC abaixo de 25 (Tabela 6.3).

A associação entre a inatividade e HAS foi observada para a atividade ocupacional, mas não para aquela relacionada ao lazer. Apesar da prevalência de hipertensão ter sido mais elevada entre os inativos, após o ajuste por sexo e idade, a associação entre essas duas variáveis perdeu magnitude e significância estatística. Não se observou associação estatisticamente significativa entre HAS autorreferida e as variáveis: tabagismo, consumo de bebida alcoólica e adição de sal na comida, tanto na análise da RP bruta quanto na ajustada (Tabela 6.3).

Tabela 6.3. Prevalência, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC 95%) para hipertensão arterial autorreferida, segundo variáveis de morbidade autorreferidas e comportamentais selecionadas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Prevalência de Hipertensos (%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada* (IC 95%)
Hipercolesterolemia			
Não	20,8	1	1
Sim	43,5	2,09 (1,76 – 2,48)	1,81 (1,47 – 2,21)
Diabetes mellitus			
Não	23,7	1	1
Sim	59,3	2,50 (1,79 – 3,48)	1,87 (1,26 – 2,77)
Estado de saúde			
Ótimo/bom	11,6	1	1
Regular/ruim	30,9	2,65 (1,99 – 3,51)	2,15 (1,58 – 2,92)
Infarto, derrame ou AVC			
Não	19,5	1	1
Sim	46,5	2,64 (2,0 – 3,48)	1,58 (1,20 – 2,06)
IMC			
Baixo peso e normal (< 25)	11,5	1	1
Pré-obeso (25 – 29,99)	25,9	2,25 (1,53 – 3,31)	1,99 (1,35 – 2,92)
Obeso (30 ou mais)	39,2	3,40 (2,54 – 4,55)	2,93 (2,16 – 3,98)
Atividade física:			
- de lazer			
Sim	21,5	1	1
Não	20,2	0,94 (0,73 – 1,21)	0,80 (0,60 – 1,08)
- ocupacional			
Sim	18,5	1	1
Não	25,5	1,38 (1,08 – 1,76)	1,18 (0,95 – 1,46)
- de lazer e/ou ocupacional			
Ativo	18,9	1	1
Inativo	25,8	1,37 (1,09 – 1,71)	1,08 (0,89 – 1,32)
Tabagismo			
Não	21,2	1	1
Sim	16,4	0,77 (0,45 – 1,32)	0,66 (0,37 – 1,38)
Consumo de bebida alcoólica			
Menos de 1 dia/semana	21,5	1	1
1 a 2 dias/semana	14,3	0,66 (0,41 – 1,08)	0,87 (0,54 – 1,42)
3 a 4 dias/semana	8,2	0,38 (0,10 – 1,43)	0,42 (0,12 – 1,45)
5 dias ou mais/semana	18,8	0,87 (0,22 – 3,41)	0,84 (0,23 – 3,06)
Adição de sal na comida			
Não	21,0	1	1
Sim	16,5	0,78 (0,53 – 1,15)	0,97 (0,65 – 1,45)

*Razão de prevalência ajustada por sexo e idade

A Tabela 6.4 apresenta o modelo final após análise múltipla, utilizando a Regressão de Poisson. As variáveis que mantiveram associação significativa com HAS autorreferida foram: idade, IMC, diabetes mellitus e hipercolesterolemia autorreferidos. A prevalência de HAS autorreferida foi 1,53 vez maior entre os indivíduos de 40 a 59 anos e 2,39 vezes maior naqueles com 60 anos ou mais em relação à população de 18 a 39 anos, com tendência também significativa ($p \text{ trend} < 0,001$). A prevalência de HAS autorreferida foi 1,49 vez maior nos indivíduos que relataram diabetes, 1,41 vez maior naqueles que referiram níveis de colesterol elevado e 2,22 vezes maior entre os obesos em relação àqueles com IMC menor que 25, sendo que para essa variável o teste de tendência novamente mostrou-se significativo ($p \text{ trend} < 0,001$).

Tabela 6.4. Modelo de Regressão de Poisson: variáveis associadas à hipertensão arterial autorreferida. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	R P Ajustada* (IC 95%)
Idade	
18 a 39 anos	1
40 a 59 anos	1,53 (1,10 – 2,14)
60 anos e mais	2,39 (1,53 – 3,73)
p de tendência	< 0,001
IMC	
Baixo peso ou normal	1
Pré-obeso	1,61 (0,96 – 2,70)
Obeso	2,22 (1,53 – 3,22)
p de tendência	< 0,001
Diabetes autorreferido	
Não	1
Sim	1,49 (1,01 – 2,18)
Hipercolesterolemia autorreferida	
Não	1
Sim	1,41 (1,16 – 1,71)

*Razão de Prevalência ajustada por idade, IMC, diabetes autorreferido e hipercolesterolemia autorreferida.

6.4 Discussão

A prevalência de HAS autorreferida (20,4%) detectada no presente estudo foi ligeiramente inferior à encontrada pelo Vigitel 2008 para o município de Rio Branco (22,4%) e para o conjunto da população brasileira (23,1%). Porém, foi superior à prevalência observada pelo mesmo estudo para as demais capitais da região Norte que, em conjunto,

apresentaram prevalência média de 18,9%. Quando comparada com outras capitais, a proporção observada é semelhante à de Fortaleza (20,6%) e à do Distrito Federal (20,4%). É importante ressaltar que o Vigitel é uma pesquisa realizada por inquérito telefônico, o que restringe a população de estudo aos indivíduos que possuem telefone fixo, limitando sua generalização para a população geral.

Considerando os resultados da pesquisa de base populacional realizada em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2003, verifica-se que a prevalência de hipertensão na população acima de 18 anos residente em Rio Branco foi similar à encontrada em João Pessoa (20%) e nas duas capitais da região Norte que foram estudadas: Manaus (19%) e Belém (18%) (BRASIL, 2004-a). No conjunto das 16 cidades pesquisadas, Rio Branco seria a quarta capital com menor proporção de HAS. Cabe destacar que a metodologia utilizada em ambos os inquéritos foi similar, possibilitando a comparação de seus achados.

O resultado foi semelhante também ao relatado por Carvalhães e colaboradores (2008), em Botucatu (cidade de médio porte localizada na região central do Estado de São Paulo), que, utilizando inquérito telefônico, encontraram uma prevalência de HAS de 20%. No entanto, foi superior ao encontrado em outros estudos autorreferidos como o inquérito domiciliar analisado por Souza (2006) em São Paulo (16,9%) e o telefônico realizado por Borges e colaboradores (2008) em Belém (17,2%).

A prevalência de HAS em Rio Branco nos indivíduos com idade entre 35 e 74 anos foi de 29,4%. Um estudo que avaliou inquéritos realizados em países da Europa e da América do Norte, nos quais a PA foi aferida, revelou níveis similares nos Estados Unidos (28,0%), mas bem mais elevados na Europa (44,5%), nessa faixa etária (WOLF-MAIER et al., 2003).

A maior prevalência de HAS autorreferida encontrada em mulheres ($RP_{ajustada} = 1,32$), embora sem significância estatística, está de acordo com os resultados do Vigitel 2008, tanto para a população de Rio Branco quanto para a população brasileira. Kearney e colaboradores (2005), em um estudo sobre o peso global da HAS utilizando dados mundiais, afirmam que a relação entre sexo e prevalência de HAS varia nas diferentes regiões do mundo.

A exemplo de inúmeros estudos populacionais, verificou-se que existe uma associação positiva e importante entre hipertensão arterial e a idade (JARDIM et al., 2006; LESSA et al., 2006; BRASIL, 2008; ROSÁRIO et al., 2009). Comparando os resultados da presente pesquisa com os do inquérito realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, observou-se que a prevalência detectada para os indivíduos entre 40 e 59 anos (26,9%) foi semelhante à encontrada nas capitais João Pessoa (27,0%), Belém (26,3%) e Manaus (26,0%). Analisando a faixa etária de 60 anos ou mais (42,2%), verificou-se semelhança com Natal

(41,6%) e novamente com a capital do Amazonas (41,4%) (BRASIL, 2004-a). É importante destacar que as prevalências por faixa etária de HAS obtidas no presente estudo se assemelham às encontradas para as capitais da região Norte que foram estudadas no inquérito acima citado e algumas capitais da região Nordeste. Esses resultados sugerem a influência de questões culturais, sociais e ambientais visto que o Estado do Acre além de fazer parte da região Norte foi colonizado por nordestinos.

Após análise ajustada por sexo e idade, as variáveis que mantiveram a associação com HAS foram: IMC elevado, diabetes mellitus autorreferido, hipercolesterolemia autorreferida, percepção da saúde como “regular/ruim” e história prévia de infarto, derrame ou AVC. Porém, na análise múltipla, utilizando a Regressão de Poisson, as variáveis que permaneceram no modelo final, mostrando associação com HAS na população do município de Rio Branco foram: idade, IMC, diabetes autorreferido e hipercolesterolemia autorreferida.

A pesquisa evidenciou uma proporção elevada de excesso de peso, sendo que 47,9% da população estudada estavam com sobrepeso e, destes, 16,8% já eram obesos. A forte associação encontrada entre IMC elevado e HAS ($RP_{ajustada} = 1,61$ e $2,22$ para pré-obesidade e obesidade, respectivamente) é corroborada por diversos estudos populacionais. Uma pesquisa realizada com mulheres em São Leopoldo (cidade da região metropolitana de Porto Alegre – RS, com aproximadamente 200.000 habitantes) mostrou uma prevalência de HAS 1,56 vez maior entre as pré-obesas e 2,47 vezes maior entre as obesas, tendo como referência mulheres com IMC normal (HARTMANN et al., 2007). Jardim e colaboradores (2006), em estudo realizado em Goiânia (GO), verificaram uma prevalência de hipertensão arterial 1,44 vez maior nos indivíduos com sobrepeso em relação aos eutróficos. Resultado semelhante foi encontrado em Nobres (município de pequeno porte localizado no norte do Estado de Mato Grosso), onde a magnitude da associação entre essas duas variáveis foi de 1,52 (ROSÁRIO et al., 2009).

A alta associação encontrada entre HAS e outras morbidades autorreferidas como mellitus ($RP_{ajustada} = 1,87$) e hipercolesterolemia ($RP_{ajustada} = 1,81$), se assemelha ao reportado por Lessa e colaboradores (2006) em um estudo de base populacional realizado em Salvador (BA) que detectou uma prevalência de hipertensão 2 vezes maior entre os diabéticos e 1,38 vez maior entre aqueles que apresentavam níveis elevados de colesterol. Vale ressaltar que essas morbidades também são fatores de risco para doenças cardiovasculares que representam uma das principais causas de morbimortalidade atualmente.

A autoavaliação de saúde como “regular/ruim” apresentou-se fortemente associada com HAS ($RP_{ajustada} = 2,15$), mostrando como a doença interfere na qualidade de vida dos

portadores. Dados semelhantes (RP = 2,00) foram encontrados em estudo com mulheres idosas no município de São Paulo (SP) (OLIVEIRA et al., 2008). A hipertensão arterial também foi mais prevalente entre os indivíduos que referiram história prévia de infarto, derrame ou AVC, resultado esperado visto que ela é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

É importante destacar que, dos fatores de risco para HAS que permaneceram no modelo final, tanto o excesso de peso quanto o diabetes e a hipercolesterolemia estão, geralmente, relacionados com hábitos alimentares não saudáveis. A OMS recomenda que uma alimentação saudável deva ter teores limitados de gordura saturada e colesterol, ser rica em fibras e, com relação às frutas e aos vegetais, ter um consumo mínimo diário de 400g (5 porções) ou cerca de 6 a 7% das calorias totais (WHO, 2003). Ainda segundo a OMS, estima-se que o baixo consumo de frutas e vegetais esteja associado a 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% dos casos de derrame no mundo (WHO, 2002). Entretanto, de acordo com resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada nos anos de 2002 e 2003, a participação de verduras e legumes na disponibilidade domiciliar alimentar da região Norte é a mais baixa do país e a de frutas e sucos naturais é inferior à encontrada nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2004-b). Uma possível explicação para isso seria o fato de o Estado do Acre estar distante dos principais centros de produção agrícola do país, dificultando a chegada de frutas, verduras e legumes, encarecendo muito esses produtos. Além disso, de acordo com os resultados do presente estudo, a maioria da população de Rio Branco possui renda inferior a três salários mínimos (71,5%), o que dificulta ainda mais o consumo.

Em relação às demais variáveis analisadas, embora sejam importantes fatores de risco para a hipertensão arterial, o presente estudo não detectou associação estatisticamente significativa com tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, adição de sal na comida e sedentarismo. Condição socioeconômica mais baixa também está potencialmente associada à maior prevalência de HAS, porém tampouco se detectou associação entre HAS e renda, atividade remunerada e escolaridade. Tampouco se verificou associação entre situação conjugal e HAS, resultado semelhante ao encontrado por Jardim e colaboradores (2007) em Goiânia, e Rosário e colaboradores (2009) em Nobres (MT).

Uma das limitações do estudo foi o uso da informação referida sobre a ocorrência da hipertensão arterial. No entanto, esse tipo de dado tem sido muito utilizado em inquéritos de saúde de base populacional pela facilidade de obtenção comparada com a mensuração da PA. É importante ressaltar, ainda, que existem estudos sobre a validade de dados de hipertensão arterial autorreferida, no Brasil e no exterior, que mostram ser esse um indicador apropriado

da prevalência da HAS (sensibilidade de 70% e especificidade em torno de 90%) na ausência da medição da pressão arterial (VARGAS et al.,1997; LIMA-COSTA et al., 2004).

Por outro lado, vale ressaltar que o acesso à medição da pressão arterial neste estudo foi alto (93%) e aumentou nas faixas etárias de maior risco de desenvolvimento da doença, chegando a 98,3% entre os indivíduos com 60 anos ou mais. Ao comparar esses resultados com os obtidos no inquérito realizado em 15 capitais e no Distrito Federal, verificou-se que a prevalência observada em Rio Branco, pela presente pesquisa, foi superior à encontrada nas capitais estudadas, nos três estratos etários (BRASIL, 2004a). Esses dados podem indicar um bom acesso da população aos serviços de saúde do município, pois resultados obtidos de forma referida são influenciados pela cobertura da assistência à saúde existente em cada localidade (BRASIL, 2008).

6.5 Conclusão

Em síntese, o presente estudo mostrou que a hipertensão arterial é mais prevalente em determinados subgrupos da população de Rio Branco, como os indivíduos de 40 anos ou mais, aqueles com sobrepeso e os portadores de diabetes e hipercolesterolemia. Esses resultados demonstram que, embora as políticas públicas de saúde devam contemplar a todos, é importante o estabelecimento de estratégias de prevenção, detecção precoce e controle da HAS direcionadas a esses subgrupos mais vulneráveis. Medidas que visam a modificar o estilo de vida da população tornando-o mais saudável são necessárias para diminuir a prevalência da doença e suas consequências. Com esse objetivo, a prefeitura de Rio Branco criou, em 2008, um programa chamado “Saúde em Movimento” que é coordenado pela Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do município. Esse programa oferece atividades físicas, palestras sobre hábitos saudáveis de vida, entre outras atividades em sete regionais da cidade onde foram montados os Núcleos de Vida Saudável. Entretanto, essas medidas precisam ser intensificadas para atingir toda a população do município e com isso prevenir e controlar efetivamente a hipertensão arterial.

6.6 Referências Bibliográficas

BORGES, H.P.; CRUZ, N.C.; MOURA, E.C. Association between hypertension and overweight in adults in Belém, State of Pará (Brazil), 2005. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 91, n. 2, p. 99-106, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf. Acesso em 25 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade auto-referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004 a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito>. Acesso em 25 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004 b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise>. Acesso em 05 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Brasília** : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL 2008**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2008_final_web.pdf. Acesso em 25 de agosto de 2009.

CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C.; MONTEIRO, C.A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.11, n. 1, p.14-23, 2008.

HARTMANN M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, 2007.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

KEARNEY, P. M. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, 365, p. 217-23, 2005.

KOHLMANN Jr., O.; PLAVNIK, F. L. Complicações da hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo, Malone, 2004, cap.17, p.293-311.

LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 87, n. 6, p.747-56, 2006.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.637-42, 2004.

OLIVEIRA, S.M.J.V. et al. Hipertensão arterial auto-referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 241-9, 2008.

POPKIN, B.M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr**, v. 131, p. 871-3, 2001.

ROSÁRIO T.M. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.2, p.248-57, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v82s4/04.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2006. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arteial_2006.pdf Acesso em 25 de agosto de 2008.

SOUZA, J.J.G. **Hipertensão arterial auto-referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional**. USP, 2006. Dissertação, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23022007-092206/publico/DISSERTACAO_JACQUES.pdf Acesso em 17 de setembro de 2008.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Complete Report: **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. August, 2004. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2008.

VARGAS, C.M. et al. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. **Prev Med**, v. 26, p. 678-85, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: 2000. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html. Acesso em 4 de outubro de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2002: **Reducing risk, promoting health life**. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002>. Acesso em 04 de outubro de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Strategy on diet, physical activity and health**. Geneva, 2003. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_global_strategy_general.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2009.

7. ARTIGO 2

Perfil de hipertensos autorreferidos e adesão ao tratamento medicamentoso: inquérito populacional em Rio Branco, Acre

Fernanda Chelotti¹

Simone Perufo Opitz¹

Gina Torres Rego Monteiro²

Pascoal Torres Muniz¹

¹ Universidade Federal do Acre

² Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Objetivos: Traçar o perfil dos hipertensos autorreferidos do município de Rio Branco, além de estimar a prevalência de adesão à terapia medicamentosa e verificar a associação entre adesão e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de morbidades. **Material e Métodos:** Trata-se de um inquérito populacional, parte da pesquisa “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”, realizada entre 2007 e 2008. Foram estudados os 1.409 indivíduos que relataram que já tiveram a PA aferida alguma vez, 311 dos quais se identificaram como hipertensos. Foram calculadas as prevalências de relato de adesão ao tratamento farmacológico pelos principais fatores de risco e avaliadas razões de prevalência por Regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de adesão à terapia medicamentosa entre os hipertensos autorreferidos foi de 67,7%. Após ajuste por sexo e idade, as variáveis que apresentaram associação com a prevalência de adesão foram: idade avançada (RP = 1,71 para indivíduos com idade entre 40 e 59 anos e RP = 2,36 para aqueles com 60 anos ou mais), renda superior a três salários mínimos (RP = 1,33) e possuir 12 anos ou mais de estudo (RP = 1,43). Na análise múltipla, utilizando a Regressão de Poisson, as variáveis que permaneceram no modelo final foram: idade e renda. **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de sensibilizar a população hipertensa a respeito da importância do tratamento farmacológico e de mudanças nos hábitos de vida para o controle da HAS, reduzindo, assim, o risco de problemas cardiovasculares ainda mais graves.

Palavras-chave: hipertensão, prevalência, adesão ao tratamento farmacológico, inquérito populacional

7.1 Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, associada a diversos fatores de risco e, na maioria dos casos, assintomática (BRASIL, 1998). É considerada como o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, exigindo, portanto, correta identificação e apropriada abordagem terapêutica e acompanhamento (BRANDÃO et al., 2002).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS contemplam características pessoais como idade, gênero, etnia e história familiar e outras passíveis de modificação como excesso de peso, consumo excessivo de sal e gordura, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e sedentarismo (BRASIL, 2002). Assim, o controle da HAS não é realizado apenas com tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida (SARQUIS et al., 1998).

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares que demandam continuidade de atenção adequada para serem alcançadas.

Segundo definição da OMS, adesão ao tratamento significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente. Ela é determinante para a efetividade do tratamento (WHO, 2003a).

A baixa adesão é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial: aproximadamente 50% dos pacientes que não têm a pressão arterial (PA) controlada e não utilizam o medicamento da forma recomendada pelo médico (WHO, 2003a; LOWRY et. al., 2005).

Um dos principais fatores para a não adesão é o caráter assintomático da HAS que dificulta a percepção do risco para os órgãos-alvo da doença (GUSMÃO e PIERIN, 2004). Além disso, o fato de ser uma doença com múltiplas causas implica em abordagens e intervenções diversificadas. O tratamento medicamentoso necessita muitas vezes da combinação de mais de um fármaco e mais de um horário, além dos efeitos colaterais e reações adversas que os medicamentos podem causar (ROCHA, 2003).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Os objetivos deste estudo foram descrever o perfil epidemiológico dos hipertensos autorreferidos do município de Rio Branco, estimar a prevalência de adesão à terapia medicamentosa e verificar sua associação com variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e com comorbidades.

7.2 Material e Métodos

O presente estudo analisa dados do inquérito “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”, realizado no município de Rio Branco (AC), no período de novembro de 2007 a outubro de 2008. A metodologia do estudo está descrita em outra publicação (Artigo 1 da presente dissertação).

Em síntese, foi selecionada uma amostra probabilística da população com 18 anos ou mais e aplicado um questionário estruturado composto por perguntas abertas e fechadas. Foram entrevistados 1.516 indivíduos, dos quais 1.409 relataram que já tiveram a PA aferida alguma vez, configurando a população de estudo.

Tratamento dos dados

Foi estudado o perfil de indivíduos que já tiveram a pressão arterial aferida alguma vez (hipertensos autorreferidos ou não) quanto a variáveis demográficas, socioeconômicas, referentes a estilo de vida, à presença de comorbidades e ao uso de medicamentos para tratar a hipertensão arterial.

A adesão à terapia medicamentosa, variável dependente, foi analisada apenas nos hipertensos autorreferidos que relataram ter recebido prescrição. Foram considerados aderentes os indivíduos que informaram ter recebido prescrição medicamentosa e afirmaram que tomam o medicamento de acordo com as orientações médicas e como não aderentes os demais.

A idade foi categorizada em três faixas etárias: 18 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais. A variável renda foi dicotomizada: aqueles que possuíam renda de três salários mínimos ou menos e os que informaram renda superior a três salários mínimos. O grau de escolaridade foi dividido em três categorias: 0 a 8 anos de estudo, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais.

Em relação ao Índice de Massa Corporal, indivíduos com IMC entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m² foram classificados como pré-obesos, e aqueles com IMC maior ou igual a 30,0 kg/m² como obesos (WHO, 2000). Nas análises realizadas com essa variável foram excluídas as 33

mulheres que estavam grávidas na ocasião do inquérito, sendo que 31 (2,2%) relataram já ter tido a PA mensurada alguma vez, quatro das quais se autorreferiram hipertensas.

As questões relativas à atividade física contemplavam práticas ocupacionais e de lazer. As ocupacionais abordavam o deslocamento de casa para o trabalho a pé ou de bicicleta, assim como a realização de alguma atividade pesada no serviço ou no cuidado da casa. Foram consideradas atividades de lazer: a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana; ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana; ou a prática de musculação em 2 ou mais dias da semana. Nas análises do presente estudo, foram considerados ativos os indivíduos que realizavam alguma atividade física ocupacional ou de lazer (WHO, 2003b).

O hábito de fumar foi dicotomizado na variável tabagismo, tendo sido considerados como “não” os indivíduos que informaram não fumar ou fumar ocasionalmente e como “sim” aqueles que declararam fumar diariamente.

Foram considerados consumidores de gordura aparente aqueles indivíduos que referiram comer carne vermelha com gordura exposta ou frango com pele.

Análise estatística

O perfil demográfico e socioeconômico, o estilo de vida e as comorbidades dos indivíduos estudados foram caracterizados por frequências absolutas e relativas. A adesão ao tratamento foi analisada em relação às variáveis de interesse pela prevalência e razão de prevalência, adotando o nível de significância de 0,05. Por fim, para estimar o efeito dos potenciais fatores de risco em relação ao relato de adesão ao tratamento medicamentoso, realizou-se uma análise múltipla, utilizando Regressão de Poisson. O delineamento complexo da amostra foi corrigido nas análises estatísticas pela utilização do módulo *Survey* do STATA (versão 10.0) para incorporar os pesos associados aos conglomerados da amostra. Foram introduzidas no modelo as variáveis que apresentaram p-valor menor que 0,20, sendo mantidas aquelas que permaneceram significativas ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

A pesquisa “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre” foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Acre, sendo entrevistados aqueles que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7.3 Resultados

O inquérito revelou que dos 1.409 indivíduos que relataram terem aferido a pressão arterial alguma vez na vida, 311 reportaram ter hipertensão arterial, representando uma prevalência de 20,4%, após a ponderação pelo efeito de desenho. Desses, 258 (86,0%) informaram que a última mensuração da PA tinha sido há menos de seis meses.

A Tabela 7.1 apresenta a distribuição de variáveis demográficas e socioeconômicas em hipertensos e nos não hipertensos, segundo autorrelato. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à idade e escolaridade. Em relação à idade, cerca de 30 % dos hipertensos tinham 60 anos ou mais, em contraposição a 10% daqueles que não relatavam HAS ($p < 0,0001$). O predomínio de indivíduos com menos de nove anos de estudo foi maior nos hipertensos (60,8%; $p < 0,0039$). Não foi observada diferença significativa nos dois grupos quanto ao sexo, ao estado conjugal e à renda.

Tabela 7.1. Descrição da população de estudo de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Hipertensos n (%)	Não hipertensos n (%)	p-valor
Sexo			
Feminino	199 (63,7)	625 (55,8)	0,0886
Masculino	112 (36,3)	473 (44,2)	
Faixa etária			
18 - 39 anos	100 (31,8)	707 (62,6)	<0,0001
40 - 59 anos	123 (39,1)	303 (27,2)	
60 anos ou mais	88 (29,1)	88 (10,2)	
Situação conjugal			
Sem companheiro	134 (42,7)	477 (41,0)	0,6177
Com companheiro	177 (57,3)	621 (59,0)	
Renda			
3 ou menos de 3 SM	243 (81,2)	887 (84,2)	0,1757
Mais de 3 SM	61 (18,8)	188 (15,8)	
Escolaridade			
0 a 8 anos	183 (60,8)	468 (49,4)	0,0039
9 - 11 anos	83 (25,9)	432 (34,8)	
12 anos ou mais	44 (13,3)	193 (15,8)	
Total	311 (100)	1098 (100)	

Em relação às variáveis comportamentais, o consumo de bebida alcoólica e a prática de atividade física demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. O predomínio de indivíduos que não consomem bebida alcoólica foi superior entre os hipertensos (79,8%, $p = 0,0043$), e o percentual de indivíduos que praticam algum tipo de atividade física foi superior entre os não hipertensos (79,9%, $p = 0,0011$). Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos para as variáveis tabagismo, adição de sal na alimentação, consumo de gordura aparente e consumo semanal de frutas, verduras e saladas, sendo que mais de 80% dos entrevistados referiram não fumar e não adicionar sal na alimentação pronta, cerca de 70% não consomem gordura aparente e a maior parte consome frutas, verduras e saladas menos de cinco dias por semana (Tabela 7.2).

As comorbidades averiguadas apresentaram diferença estatística entre hipertensos e não hipertensos, sendo que a proporção de entrevistados com IMC acima do normal, com diabetes mellitus e com hipercolesterolemia autorreferidos foi maior entre os hipertensos (70,9%, 16,7% e 40,2%, respectivamente, todas com $p < 0,0001$). Quanto à percepção de saúde, a proporção de indivíduos que consideraram seu estado de saúde insatisfatório (regular e ruim) também foi superior nos hipertensos (64,8%, $p < 0,0001$) (Tabela 7.2).

Tabela 7.2. Descrição da população de estudo de acordo com variáveis comportamentais e de comorbidades. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Hipertensos n (%)	Não hipertensos n (%)	p-valor
Tabagismo			
Sim	41 (13,1)	174 (17,1)	0,3228
Não	270 (86,9)	924 (82,9)	
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	73 (20,2)	350 (30,1)	0,0049
Não	238 (79,8)	748 (69,9)	
Atividade física*			
Sim	221 (72,7)	876 (79,9)	0,0124
Não	90 (27,3)	222 (20,1)	
Adição de sal na alimentação			
Sim	35 (10,7)	164 (13,8)	0,2061
Não	276 (89,3)	934 (86,2)	
Consumo de gordura aparente			
Sim	79 (26,7)	347 (31,8)	0,1096
Não	232 (73,3)	751 (68,2)	
Consumo semanal de frutas			
5 ou mais dias	107 (36,6)	309 (27,3)	0,0509
De 1 a 4 dias	140 (42,8)	535 (48,0)	
Nunca/quase nunca	64 (20,6)	254 (24,7)	
Consumo semanal de verduras/legumes			
5 ou mais dias	126 (40,5)	457 (39,6)	0,6074
De 1 a 4 dias	138 (45,6)	490 (42,5)	
Nunca/quase nunca	47 (14,1)	151 (17,9)	
Consumo semanal de salada			
5 ou mais dias	87 (24,2)	321 (26,4)	0,4463
De 1 a 4 dias	154 (55,4)	552 (49,7)	
Nunca/quase nunca	70 (20,4)	225 (23,9)	
Percepção de saúde			
Excelente	15 (4,3)	144 (11,4)	<0,0001
Bom	90 (26,9)	545 (49,2)	
Regular	165 (50,1)	353 (32,5)	
Ruim	40 (14,7)	55 (6,9)	
Diabetes autorreferido			
Sim	40 (16,7)	24 (4,1)	<0,0001
Não	177 (83,3)	552 (95,9)	
Hipercolesterolemia autorreferida			
Sim	90 (40,2)	104 (18,7)	<0,0001
Não	137 (59,8)	505 (81,3)	
Índice de Massa Corporal (IMC)			
Baixo peso/normal	87 (29,1)	593 (58,1)	<0,0001
Pré-obeso	109 (39,0)	320 (29,0)	
Obeso	108 (31,9)	146 (12,9)	

* Atividade física = de lazer e/ou ocupacional.

A Tabela 7.3 apresenta a distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento da HAS no município de Rio Branco, segundo sexo. Acima de 80,0% dos homens e mulheres com HAS autorreferida disseram ter recebido orientação para diminuir o sal da comida, e 72,6% relataram ter recebido prescrição medicamentosa, sendo esse percentual maior nas mulheres (78,3%) do que nos homens (62,6%), mostrando uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos (p -valor = 0,0128). Entre os 218 que receberam receita médica, 74,1% referiram estar tomando os medicamentos, sendo que 91,4% desses informaram fazê-lo de acordo com as orientações médicas, revelando uma adesão à terapia medicamentosa dos hipertensos autorreferidos do município de Rio Branco de 67,7%.

Tabela 7.3. Distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento de hipertensos autorreferidos segundo sexo, no inquérito de base populacional de Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)	p-valor
Recebeu orientação para diminuir o sal da comida				
Sim	90 (81,3)	165 (85,6)	255 (84,0)	0,5013
Não	22 (18,7)	34 (14,4)	56 (16,0)	
Recebeu receita de medicamento anti-hipertensivo				
Sim	70 (62,6)	148 (78,3)	218 (72,6)	0,0128
Não	42 (37,4)	51 (21,7)	93 (27,4)	
Usa medicamento anti-hipertensivo atualmente				
Sim	53 (69,2)	113 (76,4)	166 (74,1)	0,3338
Não	17 (30,8)	35 (23,6)	52 (25,9)	
Frequência de uso do medicamento				
Todos os dias	43 (85,1)	103 (88,6)	146 (87,6)	0,1634
Dias alternado (por prescrição)	1 (1,7)	2 (4,6)	3 (3,8)	
Só quando a pressão sobe	7 (9,8)	8 (6,8)	15 (7,7)	
Adesão à terapia medicamentosa				
Sim	44 (60,1)	105 (71,2)	149 (67,7)	0,1647
Não	26 (39,9)	43 (28,8)	69 (32,3)	

A Tabela 7.4 apresenta a prevalência do relato de adesão ao tratamento medicamentoso e as razões de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo variáveis selecionadas. A prevalência aumentou com a idade, chegando a 90,0% nos indivíduos com 60 anos ou mais, representando, após ajuste por sexo, uma razão de prevalência de 2,36 em relação aos que tinham menos de 40 anos. Observou-se, também, relato de maior adesão à terapia medicamentosa entre aqueles que possuíam renda superior a

três salários mínimos, atingindo, após ajuste por sexo e idade, uma prevalência 33% maior em relação aos que possuíam renda inferior. Maior grau de escolaridade também se mostrou associado com a adesão ao tratamento farmacológico, sendo que indivíduos que estudaram 12 anos ou mais apresentaram uma prevalência 43% maior em relação aos que possuíam menos de oito anos de estudo. A associação entre adesão e atividade física perdeu a magnitude e a significância estatística após o ajuste. As demais variáveis estudadas não se mostraram estatisticamente associadas com a adesão ao tratamento medicamentoso.

Tabela 7.4. Prevalência de relato de adesão ao tratamento medicamentoso e razões de prevalência bruta e ajustada em variáveis selecionadas. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	Prevalência de Adesão (%)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada* (IC 95%)
Sexo			
Masculino	60,1	1	1
Feminino	71,2	1,18 (0,91 – 1,54)	1,15 (0,95 – 1,41)
Faixa etária			
18 - 39 anos	38,0	1	1
40 - 59 anos	64,7	1,71 (1,06 – 2,74)	1,71 (1,05 – 2,76)
60 anos ou mais	90,0	2,37 (1,59 – 3,56)	2,36 (1,56 – 3,56)
Situação conjugal			
Com companheiro	68,0	1	1
Sem companheiro	67,5	0,99 (0,77 – 1,28)	1,05 (0,81 – 1,37)
Renda em SM			
3 ou menos de 3 SM	64,5	1	1
Mais de 3 SM	81,7	1,26 (1,04 – 1,54)	1,33 (1,09 – 1,63)
Escolaridade			
0 a 8 anos	68,0	1	1
9 a 11 anos	62,0	0,91 (0,67 – 1,23)	1,03 (0,82 – 1,29)
12 anos ou mais	76,6	1,13 (0,87 – 1,45)	1,43 (1,07 – 1,92)
IMC			
Baixo peso e normal (< 25)	70,0	1	1
Pré-obeso (25 – 29,99)	53,0	0,75 (0,54 – 1,05)	0,88 (0,64 – 1,21)
Obeso (30 ou mais)	80,3	1,14 (0,89 – 1,47)	1,28 (0,94 – 1,74)
Colesterol autorreferido			
Não	71,4	1	1
Sim	75,3	1,05 (0,89 – 1,24)	1,10 (0,92 – 1,31)
Diabetes autorreferido			
Não	77,2	1	1
Sim	64,9	0,84 (0,59 – 1,20)	0,85 (0,64 – 1,12)
Infarto, derrame ou AVC autorreferido			
Não	66,9	1	1
Sim	76,3	1,14 (0,84 – 1,54)	1,02 (0,76 – 1,36)
Estado de saúde autorreferido			
Ótimo/bom	66,0	1	1
Regular/ruim	68,2	1,03 (0,82 – 1,30)	0,99 (0,73 – 1,35)
Atividade física**			
Ativo	60,7	1	1
Inativo	85,8	1,41 (1,15 – 1,73)	1,18 (0,98 – 1,42)
Tabagismo			
Não	68,9	1	1
Sim	59,4	0,86 (0,60 – 1,23)	0,89 (0,61 – 1,33)
Consumo de bebida alcoólica			
Não	70,0	1	1
Sim	57,8	0,82 (0,58 – 1,17)	0,94 (0,64 – 1,37)

* RP ajustada por sexo e idade

** Atividade física = de lazer e/ou ocupacional.

A Tabela 7.5 apresenta o modelo final com a análise múltipla, ajustada por idade e renda, utilizando a Regressão de Poisson. A prevalência de adesão foi maior nos hipertensos de 40 a 59 anos (RP = 1,67) e naqueles com 60 anos ou mais (RP = 2,35), em relação ao grupo de 18 a 39 anos. Também foi mais elevada entre os hipertensos com renda superior a três salários mínimos (RP = 1,31).

Tabela 7.5. Modelo de Regressão de Poisson: variáveis associadas ao relato de adesão ao tratamento farmacológico entre os hipertensos autorreferidos. Rio Branco, Acre, 2007/2008.

Variável	R P Ajustada* (IC 95%)
Idade	
18 a 39 anos	1
40 a 59 anos	1,67 (1,04 – 2,67)
60 anos e mais	2,35 (1,58 – 3,48)
Renda	
Até 3 SM	1
Mais de 3 SM	1,31 (1,07 – 1,61)

*Razão de Prevalência ajustada por idade e renda.

7.4 Discussão

A análise dos dados coletados possibilitou traçar um perfil dos indivíduos que informaram ter hipertensão arterial, assim como de sua adesão ao tratamento medicamentoso.

A distribuição dos hipertensos estudados quanto ao sexo, à faixa etária, ao estado conjugal, e à renda foi semelhante à encontrada por Girotto (2008) em estudo realizado com hipertensos em área de abrangência de uma unidade de saúde da família em Londrina (município de médio porte do norte do Paraná), onde 62,6% eram mulheres, com 50 anos ou mais (79,0%), casados (63,1%) e pertenciam às classes econômicas C, D ou E (89,6%).

A prevalência de tabagismo nos hipertensos (13,1%) foi inferior à encontrada por Ramos (2008) em estudo realizado com pacientes cadastrados no HiperDia em uma unidade de referência de Fortaleza (CE): 18,1%. Em relação ao álcool, a proporção de hipertensos que relataram consumir bebidas alcoólicas (20,2%) foi inferior à relatada pelos demais indivíduos, sendo a diferença estatisticamente significativa. Esses resultados podem sinalizar o receio dos hipertensos em relação aos efeitos do álcool sobre os medicamentos para controle da PA.

Também a prática de atividade física foi estatisticamente diferente, sendo a proporção de hipertensos que negaram praticá-la, seja por lazer ou por ocupação, no presente estudo de 27,3%, resultado inferior ao encontrado por Ramos (2008), na pesquisa acima mencionada que verificou que 54,3% dos pacientes eram sedentários. Inferior também à prevalência de 45,2% encontrada por Boing & Boing (2007) em uma pesquisa que analisou os dados referentes às informações demográficas, os fatores de risco e as doenças concomitantes dos pacientes cadastrados no HiperDia no ano de 2004, no Brasil. Uma possível explicação para o elevado número de hipertensos não sedentários encontrados no estudo é a maneira como a atividade física foi classificada, sendo que foram considerados ativos todos os indivíduos que faziam alguma atividade de lazer e/ou ocupacional.

Em relação aos hábitos alimentares, o relato de consumo da gordura aparente de carnes foi menor entre os hipertensos embora sem significância estatística. Comportamento similar foi observado para o hábito de adicionar sal na comida já pronta. Resultado semelhante ao encontrado por Sturmer e colaboradores (2006), em estudo de hipertensos autorreferidos com idade entre 20 e 69 anos, em Pelotas (município de médio porte localizado no sudeste do Rio Grande do Sul), que verificou que 6,1% dos hipertensos adicionavam sal na comida. Plaster (2006), em estudo realizado em Cacoal (município de pequeno porte localizado em Rondônia), também observou que apenas 6% dos idosos hipertensos realizavam essa prática. Esses resultados poderiam sugerir uma conscientização da população hipertensa estudada em relação aos riscos da má alimentação, entretanto, o consumo de frutas, verduras/legumes e saladas foi insatisfatório nos dois grupos. A Organização Mundial de Saúde recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que seria equivalente, aproximadamente, ao consumo de cinco porções desses alimentos (WHO, 2003). Porém, observou-se que, na população estudada, a maioria consome frutas, verduras/legumes e saladas menos de cinco dias na semana.

Nas questões relativas à percepção de saúde, 14,7% dos hipertensos avaliaram seu estado de saúde como ruim, resultado superior ao verificado para os não hipertensos (6,9%). Observou-se também que, ao classificar o estado de saúde como insatisfatório (regular/ruim), esse percentual sobe para 64,8% entre os hipertensos e 39,4% entre os demais, demonstrando o quanto a doença interfere na qualidade de vida de seus portadores.

Quanto ao IMC, a comparação com outro estudo realizado em hipertensos revela distribuição similar à encontrada na presente pesquisa: em Fortaleza, 77,9% dos pacientes cadastrados no HiperDia estavam acima do peso e, desses, 28,9% eram obesos (Ramos, 2008).

O percentual de diabetes mellitus e de hipercolesterolemia autorreferidas pelos hipertensos foi significativamente superior ao dos não hipertensos, mostrando a importante relação entre essas comorbidades e HAS. Em pesquisa realizada em Londrina (PR), Giroto (2008) obteve uma prevalência inferior de hipertensos com níveis elevados de colesterol (28,6%), porém, a frequência de diabéticos (22,9%) foi superior à encontrada no presente estudo. Ramos (2008) observou que, entre os pacientes cadastrados no HiperDia da unidade de saúde estudada em Fortaleza (CE), a maioria (52,5%) era portador de diabetes mellitus e HAS associadas.

Em relação ao tempo decorrido desde a última mensuração da pressão arterial, o percentual de hipertensos autorreferidos que tiveram a PA aferida há menos de seis meses foi elevado (86,0%), sugerindo que os pacientes estão fazendo acompanhamento da doença. Esse resultado pode também ser um indicativo de que a população tem acesso aos serviços de saúde do município, visto que as frequências estimadas de forma referida são influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada cidade (BRASIL, 2008).

A prevalência de hipertensos que receberam orientações para diminuir o sal da comida foi alta (84,0%), embora devesse ser feita para todos. O percentual de indivíduos que receberam prescrição medicamentosa foi de 72,6% e, desses, 74,1% estão tomando o medicamento.

O presente estudo caracterizou como aderentes ao tratamento todos os indivíduos que receberam prescrição médica e informaram que tomam o medicamento de acordo com as orientações recebidas. Porém, vale ressaltar que é difícil fazer comparações de estudos sobre adesão por utilizarem diferentes métodos para identificá-la.

A prevalência do relato de adesão à terapia medicamentosa encontrada nesta pesquisa foi de 67,7%, sendo pouco maior nas mulheres (71,2%). Este percentual está abaixo do ideal, tendo em vista que se considera um bom resultado uma adesão ao tratamento superior a 80% (MALLION et al., 2003). Em Londrina (PR), Giroto (2008) utilizando os mesmos critérios empregados na presente pesquisa para classificar adesão ao tratamento medicamentoso, obteve uma prevalência total ainda inferior (59,0%), sendo também mais elevada nas mulheres (62,8%) do que nos homens (52,6%). Por outro lado, Akashi e colaboradores (1998), estudando indivíduos que procuraram atendimento no Hospital das Clínicas FMUSP, com diagnóstico médico prévio de HAS, verificaram uma maior prevalência de adesão à terapia farmacológica (75,9%).

Após análise ajustada por sexo e idade, as variáveis que apresentaram associação ao relato de adesão ao tratamento medicamentoso foram: idade avançada, renda superior a três

salários mínimos e possuir 12 anos ou mais de estudo. Na análise múltipla, utilizando a Regressão de Poisson, as variáveis que permaneceram no modelo final, mostrando associação estatisticamente significativa com o relato de adesão à terapia medicamentosa no município de Rio Branco, foram: idade e renda.

O relato da adesão apresentou razão de prevalência de 2,36 dos mais idosos (60 anos ou mais) quando comparados com aqueles que tinham menos de 40 anos. Em estudo com hipertensos em Londrina (PR), Girotto (2008) também verificou associação positiva entre adesão e idade, utilizando outra distribuição etária. Busnello e colaboradores (2001), estudando o abandono do tratamento de hipertensos em acompanhamento na Unidade de Hipertensão Arterial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), observaram que o aumento da idade representou uma redução do risco de abandono do acompanhamento médico.

Possuir renda superior a três salários mínimos também mostrou associação com o relato de adesão à terapia medicamentosa, com uma razão de prevalência de 1,33 quando comparada com os hipertensos de menor renda. Esse resultado pode ser justificado pela dificuldade que as pessoas de baixa renda têm para comprar os medicamentos prescritos. No estudo realizado em Cacoal (RO), Plaster (2006) verificou que 35,2% dos idosos hipertensos consideraram a compra dos medicamentos como uma dificuldade para seguir o tratamento. Andrade e colaboradores (2002), em estudo realizado em Salvador (BA), observaram que o custo dos medicamentos foi a quarta causa mais importante para não adesão ao tratamento da HAS, sendo alegada por 20,1% das mulheres e 21,6% dos homens estudados. Segundo Leite e Vasconcellos (2003), apesar de a despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil a dispensação gratuita de medicamentos não cobre as necessidades correntes, apesar dos grandes avanços nesse sentido.

Outra variável que mostrou associação com adesão ao tratamento medicamentoso foi o grau de escolaridade. Indivíduos que estudaram 12 anos ou mais apresentaram uma prevalência de adesão 43% maior em relação àqueles com menos de nove anos de estudo. Uma possível explicação para o resultado encontrado é que pessoas com maior grau de instrução têm mais conhecimento a respeito dos problemas que a HAS pode causar, apresentando, portanto, maior nível de adesão ao tratamento. Chor (1998), em estudo realizado em um banco estatal no Rio de Janeiro, constatou que indivíduos hipertensos com curso superior apresentaram chance seis vezes maior de se tratar que os indivíduos que não tinham ingressado na universidade. Para Freitas e colaboradores (2001), as pessoas com um

baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão.

As demais variáveis estudadas (sexo, situação conjugal, IMC, hipercolesterolemia e diabetes autorreferidos, história prévia de infarto, derrame ou AVC, autoavaliação de saúde, prática de atividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas) não apresentaram associação estatisticamente significativa com o relato de adesão ao tratamento medicamentoso. Resultado que difere do encontrado por Giroto (2008), em estudo realizado em Londrina (PR), onde a prevalência de adesão foi superior nas mulheres, nos não fumantes, nos não consumidores de bebidas alcoólicas, nos diabéticos e naqueles que possuíam história prévia de infarto ou AVC, todos com significância estatística. Entretanto, o referido estudo também não verificou nenhuma associação entre prevalência de adesão ao tratamento e situação conjugal, IMC, níveis elevados de colesterol e realização de atividade física.

Uma das limitações deste estudo foi o uso da informação referida sobre a ocorrência da HAS. No entanto, existem estudos sobre a validade de dados de HAS autorreferida, no exterior e no Brasil, mostrando ser esse um indicador apropriado da prevalência da HAS (sensibilidade de 70% e especificidade em torno de 90%) na ausência da medição da pressão arterial (VARGAS et al., 1997; LIMA-COSTA et al., 2004). Esse tipo de informação tem sido muito utilizado em inquéritos de saúde de base populacional pela facilidade em relação à mensuração da pressão arterial.

7.5 Conclusão

Em síntese, o presente estudo mostrou que a prevalência encontrada de adesão ao tratamento medicamentoso encontrada na população de hipertensos autorreferidos do município de Rio Branco está abaixo do ideal e se mostrou associada com idade avançada e renda superior a três salários mínimos. De acordo com informações fornecidas pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do município, Rio Branco possui, atualmente, 13 Centros de Saúde e 57 Unidades de Saúde da Família que recebem medicamentos regularmente. Em todas essas unidades, além dos fármacos fornecidos pelo HiperDia para hipertensão arterial (Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Propranolol 40 mg), estão disponíveis também outros medicamentos que auxiliam no controle da PA (Atenolol, Anlodipino, Enalapril, Espironolactona, Furosemida e Metildopa) (RIO BRANCO, 2008).

Esses dados demonstram que a adesão à terapia medicamentosa não depende somente do fornecimento de medicamentos. É preciso também o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional com o intuito de sensibilizar a população hipertensa, principalmente os mais jovens e aqueles com baixa renda, a respeito da importância do tratamento farmacológico e de mudanças nos hábitos de vida para o controle da HAS, reduzindo, assim, o risco de problemas cardiovasculares ainda mais graves.

7.6 Referências Bibliográficas

AKASHI, D. et al. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário. **Arq Bras Cardiol**, v.71, n.1, p. 55-57, 1998.

ANDRADE, J. P. et al. Epidemiological aspects of adherence of the treatment of hypertension. **Arq Bras Cardiol**, v.79, n.4, p. 380-4, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf. Acesso em 25 de agosto de 2008.

BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão Arterial Sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramento e informação em saúde. **Rev Bras Hipertens** 2007; 14 (2): 84 – 88.

BRANDÃO, A.P., et al. **Hipertensão arterial no idoso. Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Ed Guanabara Koogan. 2002, p. 2-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL 2008**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2008_final_web.pdf. Acesso em 13 de agosto de 2009.

BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.5, p.349-51, 2001.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq Bras Cardiol**, v. 71, n.5, p.653-60, 1998.

FREITAS, O. C. et al. Prevalence of hypertension in the Urban Population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. **Arq Bras Cardiol**, v.77, n.1, p.16-21, 2001.

GIROTTI, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR**. UEL, 2008. Dissertação, Universidade Estadual de Londrina, 2008. Disponível em:

<http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/mestrado/dissertacao/turma2006/Edmarlon/Edmarlon.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2009.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Rev. Hipertensão**, v.7, n.3, 2004.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapia medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.637-42, 2004.

LOWRY, K.P. et al. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. **Ann Pharmacother** 39:1198-203, 2005.

MALLION, J.M. et al. Compliance, electronic monitoring and antihypertensive drugs. **J Hypertens Suppl**, v.16, n.1, p. S75-S79, 1998.

PLASTER, W. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da unidade básica de saúde Princesa Isabel em Cacoal – RO**. UnB, UFG, UFMS, 2006. Dissertação, Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS), 2006. Disponível em: http://bdtd.bcd.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=552. Acesso em 20 de setembro de 2009.

RAMOS, A.L.S.L. **Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005**. ENSP, 2008. Dissertação, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Relação Municipal de Medicamentos**. 2008.

ROCHA, A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.10, n.3, 2003.

SARQUIS, L.M.M., et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. Ver. Esc. Enferm.USP, v.32, n.4, p. 335-53, 1998.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.22, n. 8, p. 1727-37, 2006.

VARGAS, C.M. et al. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. **Prev Med**, v. 26, p. 678-85, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: 2000. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html. Acesso em 4 de outubro de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003 a. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Strategy on diet, physical activity and health. Geneva, 2003.** 2003 b. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_global_strategy_general.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2009.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares que constituem, atualmente, a principal causa de óbitos no Brasil. Portanto a relevância de pesquisas sobre a HAS é indiscutível, para que possamos conhecer a doença sob todos os seus aspectos e particularidades de cada localidade, possibilitando assim a elaboração de estratégias mais eficazes voltadas à prevenção, à detecção precoce e ao controle da pressão arterial nos serviços de saúde do município.

Os resultados encontrados por este estudo demonstram que a hipertensão arterial apresenta alta prevalência em Rio Branco, acometendo, principalmente, determinados subgrupos da população como: indivíduos com mais de 40 anos, aqueles com sobrepeso e portadores de diabetes e hipercolesterolemia.

Verificou-se, também, que a prevalência detectada de relato de adesão ao tratamento medicamentoso detectada entre os hipertensos autorreferidos ficou abaixo do ideal e se mostrou associada com idade avançada e renda superior a três salários mínimos. Entretanto, é importante ressaltar que a adesão não depende somente da oferta de medicamentos, mas também de um trabalho multiprofissional com o intuito de sensibilizar a população hipertensa sobre a importância de aderir à terapia farmacológica e de mudar alguns hábitos de vida para controlar a pressão arterial, reduzindo, assim, o risco de problemas cardiovasculares ainda mais graves.

É importante destacar que o presente estudo utilizou informação referida sobre a ocorrência da hipertensão arterial. No entanto, o autorrelato tem sido muito utilizado em inquéritos de saúde de base populacional pela facilidade de obtenção comparada com a mensuração da PA. Ressalta-se, ainda, que existem estudos sobre a validade de dados de hipertensão arterial autorreferida, tanto no Brasil como no exterior, mostrando ser esse um indicador apropriado da prevalência da HAS (sensibilidade de 70% e especificidade em torno de 90%) na ausência da medição da pressão arterial (VARGAS et al.,1997; LIMA-COSTA et al., 2004).

Devido à abrangência e complexidade do tema, sugere-se que seja realizado um estudo sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos de Rio Branco, para que as causas da não adesão sejam conhecidas, visto que este não foi objetivo do presente estudo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKASHI, D. et al. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário. **Arq Bras Cardiol**, v.71, n.1, p. 55-57, 1998.

ANDRADE, J. P. et al. Epidemiological aspects of adherence of the treatment of hypertension. **Arq Bras Cardiol**, v.79, n.4, p. 380-4, 2002.

APPEL, L.J. et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. **N Engl J Med**, p. 336-1117, 1997.

APPEL, L.J. et al. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Hypertension**, Dallas, v. 47, p. 296-308, 2006.

BARROSO, W.K.S. et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 328-33, 2008.

BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão Arterial Sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramento e informação em saúde. **Rev Bras Hipertens** 2007; 14 (2): 84 – 88

BORGES, H.P.; CRUZ, N.C.; MOURA, E.C. Association between hypertension and overweight in adults in Belém, State of Pará (Brazil), 2005. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 91, n. 2, p. 99-106, 2008.

BRANDÃO, A.P., et al. **Hipertensão arterial no idoso. Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Ed Guanabara Koogan. 2002, p. 2-12

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf. Acesso em 25 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Campanha de detecção de casos suspeitos de Hipertensão Arterial e promoção de hábitos saudáveis de vida**. Brasília, 2002 a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnhd/campanha_deteccao.php. Acesso em 27 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2002 b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HiperDia**. Brasília, 2002 c. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br> Acesso em 27 de setembro de 2008.

BRASIL. Portaria Nº 371/GM, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. In: Diário Oficial da União, Brasília, n.44, p.88, 6 março de 2002 d, Seção 1. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/manuais/portariaministerial371.doc>. Acesso em: 27 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade auto-referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004 a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito>. Acesso em 25 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004 b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise>. Acesso em 05 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Brasília** : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL 2008**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2008_final_web.pdf. Acesso em 13 de agosto de 2009.

BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.5, p.349-51, 2001.

CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C.; MONTEIRO, C.A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.11, n. 1, p.14-23, 2008.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de Banco Estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq Bras Cardiol**, v. 71, n.5, p.653-60, 1998.

CONCEIÇÃO, T.V. et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 86, n.1, p. 26-31, 2006.

CORNELISSEN, V.A.; FAGARD, R.H. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. **Hypertension**, Dallas, v. 46, p. 667-75, 2005.

COSTA, J.S.B. et al. 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**, São Paulo, v. 88, n. 1, p.59-65, 2007.

CRYER, P.E. et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. **N Engl J Med**, v. 295, p.573-77, 1976.

FREITAS, O. C. et al. Prevalence of hypertension in the Urban Population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. **Arq Bras Cardiol**, v.77, n.1, p.16-21, 2001.

GELEIJNSE, M.J.; KOK, F.J.; GROBBEE, D.E. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. **European Journal of Public Health**, v.14, p. 235-9, 2004.

GIROTTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR**. UEL, 2008. Dissertação, Universidade Estadual de Londrina, 2008. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/mestrado/dissertacao/turma2006/Edmarlon/Edmarlon.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2009.

GOODMAN E GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica** / editores responsáveis, Joel G. Hardman, Lee E. Limbird; editor consultor, Alfred Goodman Gilman; tradução da 10. ed. original, Carla de Mello Vorsatz et al.; Rio de Janeiro; McGraw-Hill, 2003.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.83, n.5, 2004.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Rev. Hipertensão**, v.7, n.3, 2004

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. Traduzido por Mira de C. Engelhardt. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HARTMANN M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, 2007.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

KEARNEY, P. M. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, 365, p. 217-23, 2005.

KOHLMANN Jr., O.; PLAVNIK, F. L. Complicações da hipertensão arterial. In: PIERIN. A. M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. São Paulo, Malone, 2004, cap.17, p.293-311.

KOLL, M.J. et al. Short and long-term effects of smoking on arterial wall properties in habitual smokers. **J Am Coll Cardiol**, v. 22, p. 1881-6, 1993.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapia medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 87, n. 6, p.747-56, 2006.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.637-42, 2004.

LOWRY, K.P. et al. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. **Ann Pharmacother** 39:1198-203, 2005.

MALLION, J.M. et al. Compliance, electronic monitoring and antihypertensive drugs. **J Hypertens Suppl**, v.16, n.1, p. S75-S79, 1998.

MUFUNDA, J. et al. The prevalence of hypertension and its relationship with obesity: results from a national blood pressure survey in Eritrea. **Journal of Human Hypertension**, v. 20, p. 59-65, 2006. Disponível em: www.nature.com/jhh. Acesso em 30 de outubro de 2008.

MYERS, J. Exercise and cardiovascular health. **Circulation**, Dallas, v.107, p. e2-e5, 2003.

MONTEIRO, H.L. et al. Efetividade de um programa de exercício no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 13, n. 2, p. 107-12, 2007.

MORILLO, M.G.; AMATO, M.C.M.; CENDON FILHA, S.P. Registro de 24 horas da pressão arterial em tabagistas e não-tabagistas. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 504-11, 2006.

OIGMAN, W. Bases hemodinâmicas da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 49, p. 303-8, 1987.

OLIVEIRA, S.M.J.V. et al. Hipertensão arterial auto-referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 241-9, 2008.

ONG, K.L. et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension among United States Adults 1999-2004. **Hypertension**, Dallas, v. 49, p. 69-75, 2007. Disponível em: www.ahajournals.org. Acesso em 29 de outubro de 2008.

ONU. **Household sample survey in developing and transition countries**. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nation Publication; 2005. Disponível em: <http://unstats.un.org/unsd/hhsurveys>. Acesso em 27 de outubro de 2008.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Central America Diabetes Initiative (CAMDI): Survey of diabetes, hypertension, and chronic disease risk factors**. Villa Nueva, Guatemala, 2007.

PLASTER, W. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da unidade básica de saúde Princesa Isabel em Cacoal – RO**. UnB, UFG, UFMS, 2006. Dissertação, Convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS), 2006. Disponível em: http://bdtd.bcd.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=552. Acesso em 20 de setembro de 2009.

POPKIN, B.M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr**, v. 131, p. 871-3, 2001.

PSALTOPOULOU, T. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, p.1345–52, 2004.

QUASEM, I. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 6, p. 490-500, 2001.

RAMOS, A.L.S.L. **Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005**. ENSP, 2008. Dissertação, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Relação Municipal de Medicamentos**. 2008.

ROBBINS, S.L. et al. **Fundamentos de Robbins: Patologia Estrutural e Funcional**. Traduzido por Patricia J. Voeux. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ROCHA, A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.10, n.3, 2003.

ROSÁRIO T.M. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.2, p.248-57, 2009.

SACKS, F.M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **N Engl J Med**, v. 344, p. 3-10, 2001.

SAGIE, A.; LARSON, M.G.; LEVY, D. The natural history of borderline isolated systolic hypertension. **N Engl J Med**, v. 329, p. 1912-17, 1993.

SARQUIS, L.M.M., et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. Ver. Esc. Enferm.USP, v.32, n.4, p. 335-53, 1998.

SCHMIDT, A.; NOBRE, F.; MION, J.D. **Risco Cardiovascular Global: a teoria aplicada à prática.** In: Nobre F, Mion JD, editors. Risco Cardiovascular Global. 2nd ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 13 – 24.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v82s4/04.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_artorial_2006.pdf Acesso em 25 de agosto de 2008.

SOUZA, A.R.A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 441-6, 2007.

SOUZA, J.J.G. **Hipertensão arterial auto-referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional.** USP, 2006. Dissertação, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23022007-092206/publico/DISSERTACAO_JACQUES.pdf Acesso em 17 de setembro de 2008.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.22, n. 8, p. 1727-37, 2006.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Complete Report: **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.** August, 2004. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2008.

VARGAS, C.M. et al. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. **Prev Med**, v. 26, p. 678-85, 1997.

VARGAS, L.E.R. et al. Prevalência auto-referida de enfermidades no transmisíveis em adultos mayores. Ciudad de La Habana, 2000. **Rev Cubana Higiene y Epid**, v. 42, n. 1, 2004.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 607-21, 2002.

WHELTON, P.K. et al. Effects of oral potassium on blood pressure. Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **JAMA** , v. 277, n. 20, p. 1624-32, 1997.

WOLF-MAIER, K. et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. **JAMA**, v. 289, p. 2363-9, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: 2000. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html. Acesso em 4 de outubro de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2002: **Reducing risk, promoting health life**. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002>. Acesso em 04 de outubro de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003 a. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Strategy on diet, physical activity and health. Geneva, 2003**. 2003 b. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_global_strategy_general.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2009.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.285-94, 2006.

ANEXOS

ANEXO A – Questões do “Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre”, que foram utilizadas neste estudo:

I - Módulo Identificação:

1. Qual a sua idade?
2. Sexo:
3. Qual seu estado civil atual?

II - Módulo Situação Ocupacional:

4. Atualmente o(a) Sr.(a) tem um trabalho ou atividade remunerada?
5. Contando com salário, pensão, aluguel, bico, etc., em que faixa de renda o(a) Sr.(a) se encaixa:

<input type="checkbox"/> não tenho renda	<input type="checkbox"/> de 10 a menos de 20 SM
<input type="checkbox"/> menos de 1 SM	<input type="checkbox"/> de 20 a menos de 30 SM
<input type="checkbox"/> de 1 a menos de 3 SM	<input type="checkbox"/> de 30 a menos de 40 SM
<input type="checkbox"/> de 3 a menos de 5 SM	<input type="checkbox"/> de 40 a menos de 50 SM
<input type="checkbox"/> de 5 a menos de 10 SM	<input type="checkbox"/> 50 SM ou mais
	<input type="checkbox"/> NS/Recusa
6. O (a) Sr.(a) frequentou a escola ? Se sim, até que série e grau o Sr.(a) estudou?

III - Módulo Atividade Física:

7. Nos últimos três meses o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?
8. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a). praticou?

<input type="checkbox"/> caminhada
<input type="checkbox"/> caminhada em esteira
<input type="checkbox"/> corrida
<input type="checkbox"/> corrida em esteira
<input type="checkbox"/> musculação
<input type="checkbox"/> ginástica aeróbica
<input type="checkbox"/> hidroginástica
<input type="checkbox"/> ginástica em geral
<input type="checkbox"/> natação
<input type="checkbox"/> artes marciais e luta
<input type="checkbox"/> bicicleta
<input type="checkbox"/> futebol
<input type="checkbox"/> basquetebol
<input type="checkbox"/> voleibol
<input type="checkbox"/> tênis
<input type="checkbox"/> outros

9. O(a) Sr.(a) pratica exercício pelo menos uma vez por semana?
10. Quantos dias por semana o(a) Sr. (a) costuma praticar esporte ou exercício?
 menos do que 3 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
11. No dia em que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?
 menos que 20 minutos
 entre 20 e 29 minutos
 30 minutos ou mais
12. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?
13. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?
14. O(a) Sr.(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?
15. O(a) Sr.(a) costuma ter ajuda para fazer a faxina?
16. A parte mais pesada da faxina fica com quem?
 o(a) Sr. (a) outra pessoa ambos

IV - Módulo Frequência Alimentar:

17. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?
 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca
 nunca
18. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?
 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca
 nunca

19. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca
- nunca

20. Quando o(a) Sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr.(a) costuma:

- tirar sempre o excesso de gordura visível
- comer com a gordura
- não come carne vermelha com muita gordura

21. Quando o(a) Sr.(a) come frango com pele, o(a) Sr.(a) costuma:

- tirar sempre a pele
- comer com a pele
- não come pedaços de frango com pele

22. O(a) Sr.(a) costuma adicionar sal na comida, pronta no seu prato, sem contar a salada?

- não
- sim, sempre ou quase sempre
- sim, de vez em quando

V - Módulo Tabagismo:

23. O(a) Sr.(a) fuma?

- sim, diariamente
- sim, ocasionalmente
- não

VI - Módulo Consumo de Álcool:

24. O(a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?

25. Com que frequência o(a) Sr.(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- menos de 1 dia por semana
- menos de 1 dia por mês

VII - Módulo Percepção de Saúde

26. O Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como?

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim

VIII - Módulo Pressão Arterial:

27. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já mediu a sua pressão?
() Sim () Não

28. Quando foi a última vez que algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde mediu a sua pressão?
() há até seis meses
() há mais de seis meses até 1 ano
() há mais de 1 ano até 2 anos
() há mais de 2 anos até 5 anos
() há mais de 5 anos

29. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?
() Sim () Não

30. Depois que disseram que o(a) Sr.(a) tem pressão alta, algum profissional de saúde disse que o(a) Sr.(a) deveria diminuir o sal da comida?
() Sim () Não

31. Depois que disseram que o(a) Sr.(a) tem pressão alta, algum médico lhe receitou medicamento para baixar a pressão?
() Sim () Não

32. Atualmente, o(a) Sr.(a) está usando o medicamento para baixar sua pressão?
() Sim () Não

33. Como o(a) Sr.(a) está usando o medicamento?
() todos os dias
() dia sim, dia não, por prescrição do médico
() só quando a pressão sobe

IX - Módulo Colesterol

34. Algum médico, enfermeiro ou nutricionista já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem colesterol alto?
() Sim () Não

X – Módulo Diabetes

() Sim () Não

35. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?

XI - Módulo Antropometria:

36. IMC (altura e peso)

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA:

DIAGNOSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC).

Durante a leitura do documento abaixo fui informado que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas e o meu melhor esclarecimento.

Eu, _____ (nome e sobrenome) concordo em participar do "DIAGNÓSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC)", que tem por objetivo principal elaborar diagnóstico, de base populacional, da situação de saúde e nutrição da população residente em Rio Branco (AC). Esta pesquisa é composta de dois sub-projetos primeiro o "Estudo de prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no município de Branco, que envolve responder um questionário sobre os fatores de risco e medidas de pressão arterial, peso e altura. Estou ciente também que será coletada uma amostra de sangue para análise de colesterol e glicose, o segundo sub-projeto é o "Estudo da situação de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos de idade, "que incluem tomadas de medidas de peso e altura, coleta de sangue para avaliação de hemoglobina e coleta de informações sobre o pré-natal, parto, doenças e assistência à saúde da (as) criança (as). Caso seja verificado que eu ou outro membro da minha família, residente neste domicílio necessitem de cuidados médicos, seremos orientados para recebermos atendimento na unidade de saúde mais próximo à minha residência. Recebi suficiente informação sobre o estudo e me foi garantido que todas as informações colhidas serão sigilosas. Fui esclarecido que:

- 1 - Posso desistir de participar do estudo quando queira,
- 2 - Sem ter que dar explicações ou justificativa.

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER [SIM() NÃO()] O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O DR. PASCOAL (OU MEMBRO DA SUA EQUIPE) LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

Rio Branco - Acre _____ de _____ de 2008.

Assinatura do responsável



IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA
(quando se aplicar)

Pascoal Torres Muniz

ou

Membro da Equipe

Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Coordenador da Pesquisa: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre. (68) 3901-2648

ANEXO C – Declaração de aprovação de projeto de pesquisa pelo CEP

	<i>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</i> <i>DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC</i>
---	---

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

O Projeto: *“Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”*, protocolado sob o nº. 23107.001150/2007-22, do Pesquisador *Pascoal Torres Muniz*, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como ***APROVADO*** na reunião do dia 22/02/2007, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 14 de outubro de 2008.


Enoch da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

ANEXO D**AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Nome do Autor: Fernanda Chelotti

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal do Acre