

# Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hipertensão atendidos na atenção básica do estado de Alagoas

*Clinical and epidemiological profile of hypertensive patients at the primary health care level in the state of Alagoas*

Raphaela Costa Ferreira<sup>1</sup>, Bruna Merten Padilha<sup>2</sup>, Yasmin Eugênia Santos e Silva Pedrosa<sup>3</sup>, Rosielle Batista Ferreira<sup>3</sup>, Poliana Coelho Cabral<sup>4</sup>, Sandra Mary Lima Vasconcelos<sup>5</sup>

## RESUMO

**Modelo do estudo:** Estudo transversal, de base populacional, descritivo. **Objetivo do estudo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos na atenção básica do estado de Alagoas. **Metodologia:** Estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde de 12 municípios de Alagoas, entre 2014 e 2015, com indivíduos entre 20 e 60 anos, de ambos os sexos, portadores de hipertensão arterial sistêmica. Foram coletados dados socioeconômicos, demográficos, clínicos, de estilo de vida, antropométricos e bioquímicos. Os dados foram analisados segundo estatística descritiva, no *Epi-Info* versão 7. **Resultados:** Foram avaliados 645 indivíduos. Destes, 86,2% eram mulheres, 62,3% estavam com a pressão arterial não controlada, 72,8% tinham baixa escolaridade, 11,1% eram fumantes, 26,3% consumiam bebida alcoólica, 64,7% eram sedentários, 48,4% eram obesos, 73,6% apresentavam risco cardiovascular muito elevado, segundo a circunferência da cintura; 54,4% e 47,2% apresentavam colesterol total e triglicerídeos elevados, respectivamente. **Conclusão:** Visto que a hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública e que apresenta consequências graves, o conhecimento do perfil da população hipertensa de Alagoas facilitará o tratamento integral à saúde dos portadores dessa condição.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Obesidade. Fatores de risco. Antropometria. Epidemiologia. Atenção Primária à Saúde.

1. Mestre em Nutrição. Nutricionista. Membro do Laboratório de Nutrição em Cardiologia e Comorbidades – Nutricardio, Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (Ufal).
2. Mestre em Nutrição. Docente, Membro do Laboratório de Nutrição em Cardiologia e Comorbidades – Nutricardio. Faculdade de Nutrição da Ufal.
3. Graduada em Nutrição, Membro do Laboratório de Nutrição em Cardiologia e Comorbidades – Nutricardio, Faculdade de Nutrição da Ufal.
4. Doutora em Nutrição. Docente, Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco.
5. Doutora em Química. Docente, Coordenadora do Laboratório de Nutrição em Cardiologia e Comorbidades – Nutricardio, Faculdade de Nutrição da Ufal.

CORRESPONDÊNCIA:  
Raphaela Costa Ferreira  
Laboratório de Nutrição em Cardiologia e Comorbidades  
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas  
Av. Lourival de Melo Mota, Tabuleiro dos Martins  
CEP: 57.072-970, Maceió, AL, Brasil.

Recebido em 20/06/2017  
Aprovado em 03/01/2018

## ABSTRACT

**Study design:** This was a cross-sectional, population-based and descriptive study. **Study objective:** To describe the clinical and epidemiological profile of hypertensive patients at the primary health care of Alagoas state. **Methods:** This study was carried out in the Basic Health Units of 12 cities of Alagoas, between 2014 and 2015, with hypertensive individuals between 20 and 60 years, of both gender. Socioeconomic, demographic, clinical, lifestyle, anthropometric and biochemical data were collected. Data were analyzed using descriptive statistics by Epi-Info version 7. **Results:** We evaluated 645 individuals. Of these, 86.2% were women, 62.3% had uncontrolled blood pressure, 41.9% had low educational level, 11.1% were smokers, 26.3% were alcohol users, 64.7% were sedentary, 48.4% were obese, 73.6% had high cardiovascular risk, according to waist circumference; 54.4% and 47.2% had elevated total cholesterol and triglycerides, respectively. **Conclusion:** Since hypertension is an important public health problem that has serious consequences, the knowledge of the hypertensive population profile of Alagoas will facilitate the treatment for the health of patients with this condition.

**Keywords:** Hypertension. Obesity. Risk factors. Anthropometry. Epidemiology. Primary Health Care.

## Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).<sup>1</sup> De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, 21,4% dos adultos brasileiros referiram diagnóstico médico de HAS.<sup>2</sup> Em Alagoas, a frequência estimada dessa doença foi de 19,2%.<sup>3</sup>

Em virtude de sua magnitude, distribuição e efeitos deletérios à saúde humana, a HAS é considerada um grave problema de saúde pública,<sup>4</sup> sendo responsável por alta frequência de internações, custos médicos e socioeconômicos elevados, menor qualidade de vida e produtividade dos indivíduos.<sup>1,5</sup> Não obstante, consiste num importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV)<sup>1</sup> e de complicações como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença renal crônica, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana (DAC), que estão dentre as principais causas de óbito no Brasil.<sup>6</sup>

Vários fatores relacionados ao estilo de vida estão associados ao aparecimento dessas complicações em portadores de HAS, como tabagismo, estresse, ingestão excessiva de sódio e álcool e excesso de peso, cujo controle compõe o elenco do tratamento não medicamentoso.<sup>1,5</sup>

Todavia, apesar de ser uma morbidade de grandes proporções, pesquisas de base populacional que visem traçar o perfil de portadores de HAS

ainda são escassas no Nordeste. Uma vez que esses estudos são indispensáveis para o planejamento de ações em saúde voltadas para os portadores dessa patologia, principalmente na atenção primária à saúde, o presente estudo objetivou descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de HAS atendidos na atenção básica do Estado de Alagoas.

## Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 12 municípios de Alagoas, entre 2014 e 2015, com adultos, de ambos os sexos, portadores de HAS, atendidos na atenção básica. O estudo faz parte da pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS) financiada pela Chamada PPSUS/02/2013/FAPEAL (Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas), intitulada "Consumo e práticas alimentares, fatores de risco modificáveis para doenças crônicas e prognóstico de hipertensos do Estado de Alagoas", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com parecer nº 355.103. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O cálculo amostral foi realizado com o auxílio do programa *Statcal* do *Epi-Info* versão 7, levando-se em consideração a prevalência (P) de obesidade ( $IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$ ), que foi, dentre todas as variáveis analisadas, a que teve a menor P em adultos portadores de HAS, segundo a literatura. Desse modo, com base nas fórmulas de Lwanga e Tye<sup>7</sup> e adotan-

do-se uma P estimada de obesidade de 15%,<sup>8</sup> uma margem de erro aceitável de 3%, um nível de significância de 95% e uma população de 48.000 portadores de HAS cadastrados no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) de Alagoas, obteve-se um tamanho amostral de 538 indivíduos. Para repor eventuais perdas, esse valor foi corrigido em 10%, totalizando uma amostra de 592 indivíduos.

O processo de seleção da amostra foi desenvolvido em três estágios: 1) sorteio dos municípios por região de saúde do Estado de Alagoas; 2) sorteio dos indivíduos de cada UBS, considerando o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das secretarias municipais de saúde; 3) quando da impossibilidade de adesão à pesquisa pelo município sorteado ou recusa do indivíduo em participar do estudo, o processo de substituição seguia o seguinte critério: sortear outro município da mesma região de saúde e/ou convidar outros portadores de HAS que atendiam aos critérios de inclusão, o que ocorria nas salas de espera para as consultas na própria UBS, local onde foram coletados os dados da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário elaborado e testado em estudo piloto, que incluía dados (a) socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, procedência, escolaridade, recebimento de benefício do governo, renda familiar, cor da pele auto referida e classe econômica, avaliada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB, versão 2013),<sup>9</sup> (b) de estilo de vida (atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas), (c) antropométricos (peso, estatura e circunferência da cintura – CC), (d) bioquímicos (glicemia de jejum - GJ, colesterol total - CT e triglicérides - TG), e (e) clínicos (pressão arterial e antecedentes pessoais e familiares).

Foram excluídos do estudo, indivíduos com idade inferior a 20 anos ou superior a 60 anos, indivíduos que não eram portadores de HAS, portadores de diabetes e aqueles que faziam uso de medicação hipolipemiante.

Para a avaliação do estilo de vida foram considerados tabagistas e praticantes de atividade física, os indivíduos que relataram esse hábito, independentemente da frequência. Já para o consumo de bebidas alcoólicas, levou-se em consideração se o consumo era diário ou ocasional.

Quanto à avaliação antropométrica, foram aferidos, segundo Lohman et al.,<sup>10</sup> o peso, com balança digital Marte LC200®, capacidade de 180kg e sensibilidade de 100g, e a altura, com estadiômetro portátil Seca® dotado de fita métrica inextensível (2m de extensão e precisão de 0,1cm). Essas medidas foram utilizadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Mensurou-se ainda a CC, no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca no momento da expiração.<sup>11</sup> O IMC e a CC foram avaliados considerando os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>11</sup>

A PA foi aferida com aparelhos digitais automáticos (marca Omron®, modelo HEM 705 CP), validados conforme protocolo internacional, seguindo os procedimentos das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.<sup>12</sup> Indivíduos com pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg foram considerados como com PA não controlada.

As dosagens de GJ, CT e TG foram obtidas em amostras de sangue capilar por meio de microcuvetas descartáveis, utilizando o monitor portátil Accutrend GTC®, marca ROCHE®, cuja faixa de medição para glicemia é de 20mg/dL a 600mg/dL, para colesterolemia é de 150mg/dL a 300 mg/dL e para trigliceridemia de 70mg/dL a 600 mg/dL. Os resultados foram obtidos imediatamente com a leitura do aparelho e interpretados segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)<sup>13</sup> e a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose,<sup>14</sup> considerando GJ, CT e TG elevados aqueles iguais ou maiores que 100mg/dL, de 200mg/dL e de 150 mg/dL, respectivamente.

Utilizando-se os dados de GJ, TG e CC e, considerando-se que todos os indivíduos avaliados já eram portadores de HAS, estimou-se a prevalência de síndrome metabólica na população em estudo, levando-se em consideração os critérios estabelecidos pela *International Diabetes Federation*.<sup>15</sup>

A análise estatística descritiva foi realizada utilizando-se o programa *Epi-Info* versão 7 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez que apresentaram distribuição assimétrica, foram descritas segundo mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ<sub>25-75%</sub>). As proporções e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC<sub>95%</sub>) foram calculados.

## Resultados

Foram avaliados 645 indivíduos, dos quais 86,2% eram mulheres. A idade variou entre 20 e 60 anos, com mediana de 50 anos (IQ<sub>25-75%</sub>, 43-55). A maioria (62,3%) estava com a PA não controlada, com mediana de PAS igual a 140mmHg (IQ<sub>25-75%</sub>, 128-159) e de PAD igual a 88mmHg (IQ<sub>25-75%</sub>, 80-98).

As características socioeconômicas e demográficas dos portadores de HAS avaliados estão descritas na Tabela 1. Evidenciou-se predominância de indivíduos da cor parda, pertencentes à classe econômica C, de baixa escolaridade, com renda familiar entre 0,5 e um salário mínimo e de beneficiários do governo. Além disso, constatou-se que 22,5% conviviam com mais de 5 pessoas no domicílio.

**Tabela 1: Distribuição dos portadores de hipertensão atendidos na atenção básica do estado de Alagoas, segundo dados socioeconômicos e demográficos. Alagoas, 2014-2015.**

Variáveis	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Sexo</b>			
Masculino	89	13,8	11,3-16,8
Feminino	556	86,2	83,2-88,7
<b>Procedência</b>			
Interior	322	49,9	46,0-53,8
Capital	323	50,1	46,1-54,0
<b>Idade (anos)</b>			
49 -  60	324	50,2	46,3-54,1
39 -  49	224	34,7	31,1-38,6
29 -  39	82	12,7	10,3-15,6
20 -  29	15	2,3	1,4-3,9
<b>Escolaridade (anos de estudo)*</b>			
< 8	461	72,8	69,2-76,2
≥ 8	172	27,2	23,8-30,8
<b>Cor da pele</b>			
Preta	125	19,4	16,4-22,7
Parda	337	52,2	48,3-56,1
Branca	152	23,6	20,4-27,1
Amarela	17	2,6	1,6-4,3
Indígena	14	2,2	1,2-3,7
<b>Nº de membros no domicílio*</b>			
≥ 5	140	22,5	19,4-26,1
< 5	481	77,5	73,9-80,6
<b>Classe socioeconômica</b>			
E	36	5,6	4,0-7,7
D	246	38,1	34,4-42,0
C	315	48,8	44,9-52,8
A + B	48	7,4	5,6-9,8
<b>Renda familiar (salário mínimo – R\$)*<sup>1</sup></b>			
< ½	72	11,9	9,5-14,8
½ -  1	253	41,9	37,9-45,9
1 -  2	193	32,0	28,3-35,9
≥ 2	86	14,2	11,6-17,3
<b>Benefício do governo*</b>			
Sim	302	51,3	41,2-55,4
Não	287	48,7	44,6-52,8

n – número de indivíduos; IC<sub>95%</sub> - intervalo de confiança a 95%; \*n total é diferente de acordo com o número de respondentes; Classe socioeconômica classificada segundo ABEP (2013)<sup>9</sup>; <sup>1</sup>Considerando o valor vigente do salário mínimo no ano da coleta.

Em relação ao estilo de vida (Tabela 2), identificou-se que 11,1% eram tabagistas e que desses, 41,2% tinham esse hábito há mais de 30 anos. Dos 32,3% de ex-fumantes, a maior parte relatou abandono do fumo há pelo menos 20 anos. Entre aqueles que disseram serem fumantes passivos (20,7%), o domicílio foi o principal local desta exposição. O consumo de bebidas alcoólicas foi referido por 26,3% e o sedentarismo por 64,7%. Dentre os que realizavam atividade física (35,3%), o principal tipo relatado foi o aeróbico e a frequência de 4 a 7 vezes por semana.

Quanto às condições clínicas dos portadores de HAS (Tabela 3), 12,0%, 10,4%, 9,3% e 4,7%

referiram antecedentes pessoais de DAC, doença renal, AVC e IAM, respectivamente, e 64,1% antecedentes familiares para DCV. No tocante ao tratamento medicamentoso, 93,8% afirmou fazer uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido constatado que 42,8% eram tratados com mais de uma classe desses fármacos.

A avaliação antropométrica revelou 85,0% de portadores de HAS com excesso de peso, dos quais, 48,4% eram obesos. Segundo a CC, 89,1% apresentava risco cardiovascular, sendo que 73,6% estavam com risco cardiovascular muito elevado (Tabela 4).

**Tabela 2: Distribuição dos portadores de hipertensão atendidos na atenção básica do estado de Alagoas, segundo dados de estilo de vida. Alagoas, 2014-2015.**

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC<sub>95%</sub></i>
<b>Fumante*</b>			
Sim	70	11,1	8,8-13,9
Não	560	88,9	86,1-91,2
<b>Há quanto tempo fuma (anos)*</b>			
≥ 30	28	41,2	29,6-53,8
< 30	40	58,8	46,2-70,4
<b>Ex-fumante*</b>			
Não	417	67,7	63,8-71,3
Sim	199	32,3	28,6-36,2
<b>Há quanto tempo deixou de fumar*</b>			
≥ 20	112	60,2	52,8-67,2
< 20	74	39,8	33,8-47,2
<b>Fumante passivo*</b>			
Sim	130	20,7	17,6-24,1
Não	498	79,3	75,9-82,4
<b>Local em que é fumante passivo*</b>			
Domicílio	112	92,6	86,0-96,3
Trabalho	9	7,4	3,7-14,0
<b>Ingestão de bebida alcoólica*</b>			
Diariamente	11	1,7	0,9-3,2
Ocasionalmente	157	24,6	21,3-28,2
Não faz	470	73,7	70,0-77,0
<b>Atividade física*</b>			
Sim	225	35,3	31,6-39,1
Não	413	64,7	60,9-68,4
<b>Tipo de atividade física*</b>			
Aeróbica	195	87,4	82,2-91,4
Aeróbica + não aeróbica	28	12,6	8,6-17,8
<b>Frequência que realiza a atividade física</b>			
1 a 3 vezes por semana	107	48,2	41,5-55,0
4 a 7 vezes por semana	115	51,8	45,0-58,5

n – número de indivíduos; IC<sub>95%</sub> - intervalo de confiança a 95%; \*n total é diferente de acordo com o número de respondentes.

**Tabela 3: Distribuição dos portadores de hipertensão atendidos na atenção básica do estado de Alagoas, segundo dados clínicos. Alagoas, 2014-2015.**

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC<sub>95%</sub></i>
<b>Antecedentes familiares para DCV*</b>			
Sim	401	64,1	60,1-67,8
Não	225	35,9	32,2-39,9
<b>Infarto*</b>			
Sim	30	4,7	3,2-6,7
Não	609	95,3	93,3-96,8
<b>AVC*</b>			
Sim	59	9,3	7,2-11,8
Não	578	90,7	88,1-92,8
<b>Doença coronariana*</b>			
Sim	76	12,0	9,7-14,9
Não	555	88,0	85,1-90,3
<b>Doença renal*</b>			
Sim	66	10,4	8,2-13,1
Não	571	89,6	86,9-91,8
<b>Uso de medicamento anti-hipertensivo*</b>			
Sim	600	93,8	91,5-95,4
Não	40	6,3	4,6-8,5
<b>Uso de mais de um tipo de medicamento anti-hipertensivo*</b>			
Sim	236	42,8	38,6-47,0
Não	316	57,2	53,0-61,4

n – número de indivíduos; IC<sub>95%</sub> - intervalo de confiança a 95%; \*n total é diferente de acordo com o número de respondentes; DCV – doenças cardiovasculares; AVC – acidente vascular cerebral.

**Tabela 4: Distribuição dos portadores de hipertensão atendidos na atenção básica do estado de Alagoas, segundo dados antropométricos e bioquímicos. Alagoas, 2014-2015.**

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC<sub>95%</sub></i>
<b>Índice de massa corporal</b>			
Obesidade	312	48,4	44,5-52,3
Sobrepeso	236	36,6	32,9-40,4
Sem excesso de peso	97	15,0	12,4-18,1
<b>Circunferência da cintura*</b>			
Risco muito elevado	433	73,6	69,8-77,1
Risco elevado	91	15,5	12,7-18,7
Sem risco	64	10,9	8,5-13,7
<b>Glicemia de jejum alterada</b>			
Sim	8	3,6	1,7-7,3
Não	212	96,4	92,7-98,3
<b>Colesterol elevado*</b>			
Sim	117	54,4	47,5-61,2
Não	98	45,6	38,8-52,5
<b>Triglicerídeos elevados*</b>			
Sim	94	47,2	40,2-54,4
Não	105	52,8	45,6-59,8

n – número de indivíduos; IC<sub>95%</sub> - intervalo de confiança a 95%; \*n total é diferente de acordo com o número de respondentes; Índice de massa corporal e circunferência da cintura, categorizados de acordo com os pontos de corte estabelecidos por WHO (2000); Glicemia de jejum alterada  $\geq 100\text{mg/dL}^{13}$ ; Colesterol elevado  $\geq 200\text{mg/dL}^{14}$ ; Triglicerídeos elevados  $\geq 150\text{mg/dL}^{14}$ .

Os exames bioquímicos evidenciaram que 3,6%, 54,4% e 47,2% dos portadores de HAS apresentavam GJ, CT e TG séricos elevados, respectivamente (Tabela 4). Com base nas medidas de CC, GJ e TG, mensuradas em pelo menos 199 indivíduos, e tendo em vista que todos os avaliados eram portadores de HAS, encontrou-se uma frequência de 48,2% (IC<sub>95%</sub>: 41,2-55,4) de síndrome metabólica.

## Discussão

No presente estudo, evidenciou-se predomínio de portadores de HAS do sexo feminino, em idade madura, de cor parda, pertencentes à classe econômica C, com excesso de peso e sedentários, de baixa escolaridade, que apresentavam alterações na PA, mas que estavam em uso de medicação anti-hipertensiva.

A preponderância de mulheres e de pessoas de maior faixa etária corrobora com o evidenciado em outros estudos realizados com portadores de HAS.<sup>16-21</sup> Sabe-se que as mulheres têm uma maior tendência ao autocuidado e a realizar consultas de rotina<sup>16,17</sup> e que os horários de atendimento disponíveis nos serviços de saúde dificultam o comparecimento dos homens às consultas.<sup>18</sup> Ademais, as doenças crônicas não transmissíveis são mais prevalentes em indivíduos de idade mais avançada,<sup>2,8</sup> levando-os a procurar atendimento clínico com regularidade.

Assim como o encontrado por Teston et al.,<sup>22</sup> ao avaliarem 1.232 adultos na região metropolitana de Maringá/PR, e por Souza et al.,<sup>17</sup> ao investigarem 383 adultos cadastrados no SISHIPERDIA em Novo Hamburgo/RS, o maior contingente de portadores de HAS era pertencente à classe C. Entretanto, diferentemente desses autores, que encontraram majoritariamente indivíduos da cor branca, provavelmente em virtude de se tratarem de estudos realizados na região Sul do país, e em acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013,<sup>2</sup> nesta casuística, a maioria era de não brancos. Essa predominância era esperada, uma vez que se trata de pesquisa realizada na atenção básica de um Estado do Nordeste.

Também era esperado o menor nível de escolaridade evidenciado, como demonstrado em diversas pesquisas.<sup>17,19,21,23</sup> Uma menor escolaridade constitui num fator dificultador para o controle efi-

caz da PA, por limitar o entendimento das orientações realizadas pelas equipes multiprofissionais, a compreensão da importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e, ainda, a adesão ao tratamento.<sup>24</sup> Isso pode justificar as alterações nos níveis pressóricos encontradas, mesmo com maioria dos portadores de HAS em medicação anti-hipertensiva.

O não controle da PA é um dado preocupante, corroborado por Souza et al.,<sup>17</sup> e que merece especial atenção, uma vez que a alteração da PA está relacionada a diversas complicações, como doença renal crônica, IAM, insuficiência cardíaca, lesões nas artérias e alterações na retina que podem comprometer a visão, bem como à mortalidade por DCV, consistindo numa das maiores causas de redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.<sup>1,5</sup>

Nesta pesquisa, foram observadas frequências de AVC e doença renal maiores do que as encontradas por Carvalho et al.,<sup>25</sup> ao avaliarem prontuários de portadores de HAS em um Centro Hiperdia de Viçosa, e similares do que as evidenciadas por Guimarães Filho et al.,<sup>18</sup> ao investigarem pacientes atendidos no Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes, em uma cidade da Região Centro-Oeste.

É importante lembrar que a adesão ao tratamento envolve medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas, como mudanças nos hábitos alimentares, suspensão do tabagismo e da ingestão de álcool e prática de exercícios físicos.<sup>1</sup>

Apesar de ter sido evidenciada menor prevalência de fumantes e de indivíduos que consomem álcool, inclusive em comparação a outros estudos,<sup>22,23,25</sup> faz-se necessário o estímulo à cessação desses hábitos, principalmente por se tratar de indivíduos já portadores de HAS. Tanto o cigarro como o álcool estão relacionados ao aumento da incidência de AVC, lesões ateroscleróticas, IAM e eventos coronarianos e diminuir a eficácia da terapêutica anti-hipertensiva.<sup>1,5</sup>

Adicionalmente, se faz necessário o incentivo à prática de exercícios físicos, tendo em vista que a maioria dos portadores de HAS não se exercitava e, portanto, não usufruía dos benefícios da atividade física no controle da PA e na redução do risco cardiovascular.<sup>1</sup> A elevada prevalência de sedentarismo foi superior ao encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, para a população brasileira<sup>2</sup> e similar ao encontrado em outros estudos com portadores de HAS.<sup>16,19,25,26</sup>

As características socioeconômicas da população estudada atreladas à falta de atividade física, possivelmente são fatores que estão relacionados à alta prevalência de excesso de peso encontrada. Lima et al.,<sup>20</sup> corroborando com os achados desta pesquisa, também encontraram alta prevalência de excesso de peso e risco cardiovascular elevado segundo CC em portadores de HAS cadastrados no SISHIPERDIA investigados em três UBS de Pelotas/RS. O excesso de peso está associado a uma maior prevalência da HAS, em todas as idades.<sup>4</sup> Em contrapartida, a perda de peso e a diminuição da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas.<sup>27</sup>

Diante das características apresentadas precedentemente, as alterações nos lipídios estudados era especulada. Impende lembrar que o tecido adiposo apresenta alta atividade lipolítica, causando liberação de ácidos graxos na circulação portal e sistêmica, os quais, no fígado, interferem no metabolismo lipídico e estimulam a síntese de CT.<sup>28</sup> Girotto et al.,<sup>26</sup> buscando estimar a prevalência de alguns fatores de risco para doenças cardiovasculares em 385 portadores de HAS cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de Londrina/PR, encontraram que 28,6% referiram ter o colesterol elevado, frequência inferior à desse estudo, que obteve os valores de CT por aferição em capilar.

Apesar das alterações lipídicas encontradas, apenas 3,6% da população estudada estava com GJ elevada. Essa medida, juntamente com TG, CC e, ainda, as alterações da pressão arterial, constituem importantes marcadores da síndrome metabólica.<sup>15</sup> A frequência dessa condição nos portadores de HAS investigados foi inferior a observada por Marchi-Alves et al.,<sup>29</sup> em estudo realizado com 168 hipertensos de uma comunidade do interior do estado de São Paulo, que constatou que 60,7% tinham síndrome metabólica.

Frente ao perfil clínico-epidemiológico apresentado, ações de promoção à saúde precisam ser desenvolvidas com essa população, visando minimizar os danos relacionados à HAS e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Como pontos positivos deste estudo, pode-

se destacar a seguridade das validades externa e interna, uma vez que se trata de um estudo com amostra representativa de portadores de HAS não diabéticos do Estado de Alagoas, cujos dados foram coletados por pessoal treinado, com experiência em antropometria, utilizando questionários e instrumentos padronizados, tendo sido os dados antropométricos, bioquímicos e pressóricos obtidos por mensuração e não por auto referência.

Dentre as limitações, tem-se a prevalência de homens encontrada, o que inviabilizou traçar o perfil dos portadores de HAS, segundo o sexo, mas demonstrou que ainda é necessário que os profissionais da atenção primária incentivem esse grupo a procurar os serviços de saúde.

## Conclusão

O presente estudo traçou o perfil da população de adultos portadores de HAS do Estado de Alagoas, tendo sido identificado o predomínio de mulheres, de indivíduos da cor parda, com mais de 40 anos, de baixa renda, em terapia anti-hipertensiva, mas com PA não controlada. Destacaram-se os fatores de risco cardiovascular modificáveis como sedentarismo, obesidade e níveis séricos elevados de colesterol, que agravam e comprometem ainda mais o estado de saúde desses portadores de HAS.

Considerando que a HAS é um importante problema de saúde pública de consequências graves *per si*, cujo impacto na vigência de fatores de risco a ela associados, vulnerabiliza sobremaneira seus portadores, o conhecimento deste perfil dos portadores de HAS de Alagoas constitui uma contribuição capaz de orientar políticas públicas para o investimento no tratamento integral à saúde, com o desenvolvimento de ações multidisciplinares de estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, que visem à redução de complicações associadas à doença e a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) pelo financiamento concedido.



## Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(Suppl 3):1-104.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014; 35-6.
3. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24: 297-304.
4. Susic D, Varagic J. Obesity: a perspective from hypertension. *Med Clin North Am* 2017; 101:139-57.
5. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. 2013; 7-16.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Lwanga SK, Tye CY. La enseñanza de la estadística sanitaria: veinte esbozos para lecciones y seminários. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1987; 40-55.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: 2010; 54-60.
9. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP, 2013; 1-3.
10. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books, 1988; 60-87.
11. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: WHO; 2000; 7-11. (WHO Obesity Technical Report Series 284).
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 Suppl 1):1-51.
13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016; 25-75.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 101(Suppl 1):1-36.
15. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation, 2005; 10-11.
16. Cavalheiro AS, Fonseca MJ, Sbruzzi G, Goldmeier S. Perfil de pacientes atendidos em um ambulatório de hipertensão arterial: há diferença entre sexos? *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35:110-15.
17. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa hiperdia: estudo de base territorial. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 102: 571-8.
18. Guimarães Filho GC, Sousa ALL, Jardim TSV, Souza WSB, Jardim PCBV. Evolução da pressão arterial e desfechos cardiovasculares de hipertensos em um centro de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2015; 104:292-8.
19. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14:1251-60.
20. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32:323-9.
21. Reis AFN, Lima JC, Beccaria LM, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Cesarino CB. Tendência da morbimortalidade associada à hipertensão e diabetes em município do interior paulista. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23:1157-64.
22. Teston EF, Cecilio HPM, Santos AL, Arruda GO, Radovanovic CAT, Marcon SS. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Online 2016; 49:95-102.
23. Pereira C, Marinho M, Cassola T, Seerig AP, Mussoi TD, Blümke AC. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria-RS. *Disciplinarum Scientia*. 2014; 15:195-203.
24. Knuth AG, Bielemann RM, Silva SG, Borges TT, Del Duca GF, Kremer MM, et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:513-20.
25. Carvalho CJ, Marins JCB, Amorim PRS, Fernandes MF, Reis HHT, Sales SS, et al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Online 2016; 49:124-33.
26. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Ridão EG. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em Unidade de Saúde da Família. *Acta Scientiarum Health Science* 2009; 31:77-82.
27. Poorolajal J, Hooshmand E, Bahrami M, Ameri P. How much excess weight loss can reduce the risk of hypertension? *J Public Health*. 2016;39:e95-e102.
28. Taverne F, Richard C, Couture P, Lamarche B. Abdominal obesity, insulin resistance, metabolic syndrome and cholesterol homeostasis. *PharmaNutrition*. 2013; 1:130-6.
29. Marchi-Alves LM, Rigotti AR, Nogueira MS, Cesarino CB, Godoy S. Componentes da síndrome metabólica na hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46:1348-53