

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
NICOLLE ABREU PAULI

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PREVALÊNCIAS DE
COMPORTAMENTOS DE RISCO EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NO
PROGRAMA HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA**

Florianópolis
2016.

NICOLLE ABREU PAULI

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PREVALÊNCIAS DE
COMPORTAMENTOS DE RISCO EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NO
PROGRAMA HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA**

Monografia submetida ao Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Graduado em Educação Física - Bacharelado. Orientadora Profa. Dra. Kelly Samara da Silva; Coorientadora: Profa. Dda. Jaqueline Aragoni da Silva.

Florianópolis

2016.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pauli, Nicolle
Características Sociodemográficas e Prevalências de
Comportamentos de Risco em Hipertensos Cadastrados no
Programa Hiperdia do Município de Jequié - BA / Nicolle
Pauli ; orientadora, Kelly Silva ; coorientadora,
Jaqueline Silva. - Florianópolis, SC, 2016.
58 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Desportos. Graduação em Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Hipertensão Arterial. 3. Pressão
Elevada. 4. Fatores Associados. 5. Fatores de Risco. I.
Silva, Kelly. II. Silva, Jaqueline. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Educação Física. IV.
Título.

NICOLLE ABREU PAULI

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PREVALÊNCIAS DE
COMPORTAMENTOS DE RISCO EM HIPERTENSOS CADASTRADOS NO
PROGRAMA HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA**

Esta Monografia foi avaliada e aprovada para
obtenção do Título de Graduado em Educação
Física Bacharelado.

Florianópolis, 30 de novembro de 2016.

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Kelly Samara da Silva
Orientadora
CDS/UFSC

Profa. Dda. Jaqueline Aragoni da Silva
Coorientadora
NuPAF – CDS/UFSC

Prof. Dr. Jucemar Benedet
CDS/UFSC

Prof. Ddo. Pablo Magno da Silveira
NuPAF – CDS/UFSC

Profa. Dda. Priscila Cristina dos Santos
NuPAF – CDS/UFSC

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é caracterizada por uma elevação de forma sustentada da pressão arterial, sendo considerada um fator de origem para as doenças cardiovasculares, apresentando elevadas prevalências em todo o mundo. Identificar as características não-modificáveis (como o sexo, a idade e nível econômico) e modificáveis (como os comportamentos de risco relacionados ao estado nutricional, tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada de verduras e frutas e inatividade física) que estão associadas a presença de hipertensão arterial torna-se fundamental no âmbito de intervenções e medidas com esse público. Neste sentido, o objetivo desse estudo foi verificar as características sociodemográficas e prevalências de comportamentos de risco em hipertensos cadastrados no programa HiperDia do município de Jequié – Bahia. Trata-se de um estudo transversal cuja amostra foi composta por 101 hipertensos (adultos e idosos), que estavam cadastrados no HiperDia e não possuem diabetes mellitus. A coleta das informações foi feita por meio de um questionário, com análise realizada pelo software STATA 13.0. Para análise descritiva das variáveis do estudo, foi utilizada a frequência relativa e absoluta. Para análise das diferenças significativas de acordo com o sexo e grupo etário (adultos e idosos) foi utilizado o teste qui-quadrado e teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%. Como resultados destaca-se que cerca de um terço não possui hábitos alimentares adequados, mais da metade está com excesso de peso (68,8%) e metade é inativo fisicamente (50,0%). Quando analisado por sexo e grupo etário nenhuma variável mostrou diferença significativa. Evidencia-se a necessidade de construção de estratégias e medidas por parte de profissionais da saúde e gestores, para promover a conscientização e mudança de hábitos nos hipertensos de Jequié – BA.

Palavras chave: Hipertensão arterial. Pressão elevada. Fatores associados. Fatores de risco. Adultos. Idosos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	8
1.2 JUSTIFICATIVA	8
1.3 OBJETIVO GERAL	9
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 CARACTERIZAÇÃO E A FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	10
2.2 PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL E NO MUNDO.....	11
2.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM HIPERTENSOS	12
2.3.1 Características Sociodemográficas em Hipertensos	25
2.3.2 Comportamentos de Risco em Hipertensos	27
3 MÉTODOS	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 PARTICIPANTES	32
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	33
3.5 INSTRUMENTOS	33
3.6 PROCEDIMENTOS.....	34
3.7 ANÁLISE DE DADOS	34
4 RESULTADOS	36
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA.....	36
4.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA	36
4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O SEXO	37
4.4 COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O SEXO	38
4.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO	39
4.6 COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO	39

5 DISCUSSÃO	41
6 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXO A - Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB	52
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
ANEXO C - Questionário	55

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um quadro clínico no qual se apresentam condições elevadas e sustentadas da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Segundo Boing et al. (2007) a HAS configura-se como uma das doenças crônicas não transmissíveis mais comum e que apresenta complicações mais agravantes, sendo a maior causadora de eventos cardíacos agudos (RIBEIRO et al., 2015). Por decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica que ocorrem nos últimos anos, a HAS assumiu um agravante crescente e preocupante (BRASIL, 2011).

Em 2014, por volta de 22,0% da população mundial (≥ 18 anos) era acometida por HAS, com a África apresentando os resultados mais alarmantes, com 30,0% (WHO, 2015). Dados mais atuais apresentam o Brasil com uma prevalência de 23,3% (WHO, 2015). Em se tratando de cada região brasileira, pesquisas recentes apresentam dados distintos para cada local. A maior prevalência encontra-se na região Sul, mais precisamente no estado do Rio Grande do Sul (29,2%), enquanto no Norte tem-se a prevalência mais baixa, apresentada no Tocantins (15,2%) (BRASIL, 2014). No Nordeste essa prevalência apresenta o maior valor em Recife, com 28,4%, enquanto no estado da Bahia, os índices de HAS nas amostras ficaram em torno de 25,5% (BRASIL, 2014).

A mortalidade por doença cardiovascular está associada à elevação da pressão arterial a partir de valores sistólicos e/ou diastólicos de 115 por 75 mmHg, respectivamente, de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS (juntamente com a diabetes) é a primeira causa de hospitalizações no Sistema único de Saúde no Brasil (BRASIL, 2011). Tratando-se das principais complicações da HAS, encontra-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a insuficiência renal crônica (BRASIL, 2002). É considerada um fator de origem para as doenças cardiovasculares por apresentar diversas consequências aos seus portadores, podendo diminuir a qualidade de vida de quem a apresenta (PASSOS et al., 2006). A doença tem um efeito muito significativo na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (RABELO et al., 2011).

O cuidado com o estilo de vida das pessoas com HAS pode auxiliar tanto como normalização dos sintomas, como um meio de prevenção de desenvolvimento de outros fatores de risco. Aspectos como sexo, raça, idade e hereditariedade estão associadas à HAS, por exemplo, homens e pessoas com menor escolaridade apresentam maiores prevalências de

HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Embora estes fatores não possam ser modificáveis e nem sofrer intervenção, identificá-los pode auxiliar a abordar os hipertensos com mais efetividade (LIMA et al., 2015; RABELO et al., 2011). Cabe destacar que a HAS permite grande possibilidade de controle, devido ao fato de alguns fatores de riscos serem modificáveis, como a obesidade, o tabagismo, a inatividade física e o consumo de álcool (RABELO et al., 2011; MONTEIRO et al., 2006). Desta forma, recomendações alertam sobre a importância de uma alimentação saudável, combate ao sedentarismo, inatividade física e ao tabagismo, estimulando mudanças de comportamento nesse público.

Contudo, ainda se encontram prevalências de comportamentos de riscos em hipertensos. Em estudo realizado em Jequié – BA, verificou que mesmo com o diagnóstico da doença, a prevalência de hábitos inadequados nos pacientes hipertensos ainda era preocupante (RIBEIRO et al., 2015). Em Pelotas – RS, ao descrever hipertensos, uma pesquisa verificou que 72,5% estavam com excesso de peso, 26,9% fumavam e 69,0% eram sedentários (LIMA et al., 2015). Em Tubarão – SC, índices preocupantes também foram encontrados em hipertensos, quando 25,8% consumiam álcool, 40,2% fumavam e 83,1% eram sedentários entre os hipertensos (NUNES et al., 2015). Em outro estudo, relatou-se que independente do grupo de risco cardiovascular encontrado, pouco se sabe sobre os fatores de risco associados a HAS, sendo que o grupo de maior risco foi o que apresentou menos conhecimento sobre (LIMA et al., 2015).

Os profissionais da área da saúde são capazes de atuar modificando os comportamentos de saúde nos hipertensos (MARTINS; TAVARES, 2007), inclusive estimulando a adoção de um estilo de vida saudável, visando tanto os benefícios desse comportamento, como evitando os efeitos negativos dos hábitos que são prejudiciais à saúde (SZWARCOWALD et al., 2015). Portanto, identificar as características sociodemográficas e comportamentais pode auxiliar no direcionamento das estratégias para esta população. Além disso, pode auxiliar as pessoas na melhor compreensão deste fator, pois os pacientes não possuem total compreensão as suas formas de tratamento (PUCCI et al., 2012).

O programa HiperDia surge nesse cenário com o intuito de cadastrar e acompanhar a situação de hipertensos e/ou diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Dessa maneira, apresenta informações sobre o perfil epidemiológico desses portadores, gerando dados para os gestores (DATASUS, 2016). Descrever a amostra estratificando por sexo e faixa etária pode contribuir para a comparação e permitir um melhor planejamento de prevenção no local (PEREIRA et al., 2007). Com um melhor entendimento das condições em que os hipertensos se encontram, será possível atuar sobre o processo saúde-doença, pois com

as políticas públicas de saúde atuando de forma mais específica haverá uma melhora na qualidade de vida dessa população (MALTA et al., 2013).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar as características sociodemográficas e prevalências de comportamentos de risco em hipertensos cadastrados no programa HiperDia do município de Jequié – Bahia.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Quais as características sociodemográficas e prevalências de comportamento de risco dos hipertensos cadastrados no HiperDia no município de Jequié - Bahia?

1.2 JUSTIFICATIVA

A investigação das características de hipertensos de um determinado local permite uma reflexão dos profissionais da saúde para a construção de políticas de saúde que trabalhem de forma mais efetiva e pontual. Por exemplo, verificando fatores não modificáveis da amostra, como no sexo, na faixa etária e na classe social em que mais ocorre essa patologia, é possível atuar no grupo considerado de maior risco. Dessa forma, pode-se melhorar as estratégias de intervenção, trabalhando com ações que admitam o hipertenso a ter uma melhora na sua qualidade de vida.

Em se tratando das variáveis modificáveis, o estudo permite que os pacientes tenham conhecimento da relação que o estado nutricional, o hábito de fumar e beber, o consumo regular de frutas e verduras e a prática de AF têm com a HAS. Acontece que as pessoas que apresentam um maior risco cardiovascular são aquelas que mais desconhecem as complicações que estão associadas à HAS (LIMA et al., 2015).

Avaliando o perfil de hipertensos permite levantar quais fatores de risco mostram-se mais alarmantes e devem ser trabalhados com maior enfoque e cuidado no local. Apresentar os dados de maneira estratificada por sexo e faixa etária é uma maneira de auxiliar, observando as diferenças entre cada grupo e o que deve ser trabalho em cada um.

Por comandarem o sistema de saúde, os gestores devem sempre estar a par dos comportamentos de risco apresentados pelos pacientes. Os gestores são os principais mediadores das ações, como na construção de políticas públicas de saúde e através deles que trabalhos mais eficazes poderão ser realizados com os hipertensos de cada local.

Os estudos que avaliam os fatores de risco no Brasil cresceram, porém eles estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul (PASSOS et al., 2006). Cada região do país possui características e diferentes estilos de vida. Por essa falta de estudos, trazer dados sobre o estado na Bahia auxilia na construção de estudos e de um melhor entendimento do estilo de vida de hipertensos da cidade em si e da região Nordeste.

1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar as características sociodemográficas e prevalências de comportamentos de risco em hipertensos cadastrados no programa HiperDia do município de Jequié - Bahia.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas e prevalências de comportamentos de risco em hipertensos cadastrados no programa HiperDia do município de Jequié - Bahia.

- Comparar as características sociodemográficas e prevalências de comportamentos de risco de acordo com o sexo em hipertensos cadastrados no programa HiperDia do município de Jequié - Bahia.

- Comparar as características sociodemográficas e prevalências de comportamentos de risco de acordo com grupo etário em hipertensos cadastrados no programa HiperDia do município de Jequié - Bahia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os tópicos abordados na revisão de literatura são separados por “Caracterização e Fisiopatologia da Hipertensão Arterial”, “Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil e no Mundo” e “Características Sociodemográficas e Comportamentos de Risco em Hipertensos”.

2.1 CARACTERIZAÇÃO E A FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O diagnóstico da HAS é feito pela detecção de níveis altos de pressão arterial, de maneira sustentada. Os valores limites associados a adultos hipertensos são de 130 e 139 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 85 e 89 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD). Sua medida deve ser feita em toda avaliação médica, independente da especialidade e do profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Heimann; Krieger e Zatz (2006) a pressão arterial é entendida como o produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP), indicando a força do sangue em relação às paredes arteriais. Fatores como a frequência cardíaca, retorno venoso, contratilidade, relaxamento do miocárdio e o volume sanguíneo circulante podem influenciar no DC. Da mesma forma, estruturas vasodilatadoras e vasoconstritoras como o sistema nervoso simpático, o sistema renina angiotensina e a modulação endotelial são mecanismos da RVP (HEIMANN; KRIEGER; ZATZ, 2006). Dessa maneira, a HAS é uma decorrência de modificações estruturais do sistema cardiovascular, com causas que não estão totalmente esclarecidas. Na maior parte da população hipertensa existem alterações hemodinâmicas mistas associadas à idade. Em jovens hipertensos o cenário comum é de um DC aumentado. Já em idosos tem-se o quadro de manutenção ou redução do DC enquanto o aumento ocorre na RVP (SANJULIANI, 2002).

O sistema nervoso autônomo possui muita importância no controle pressórico. Podendo atuar de forma inadequada em hipertensos, seu mau funcionamento pode acarretar em um aumento tanto do DC como da RVP (SANJULIANI, 2002). No sistema nervoso central, tem-se o centro vasomotor que se relaciona com a musculatura lisa vascular através de fibras simpáticas. Essas fibras simpáticas exercem um tônus contrátil nos vasos, destinadas a aumentar ou diminuir conforme a necessidade do momento no sistema circulatório. Para que isso ocorra, existe um sistema composto por barorreceptores que captam as variações na pressão arterial. Eles são capazes de mandar sinais nervosos para o centro motor, podendo inibir de forma parcial esse trabalho quando a pressão arterial está elevando, por exemplo. Os

mecanismos de baroreflexo podem ajustar seu funcionamento para um novo nível de pressão arterial, reduzindo sua sensibilidade e assim podem trabalhar de forma inadequada na regulação pressórica (HEIMANN; KRIEGER; ZATZ, 2006).

As células justaglomeradas, quando se diminui o volume circulante, através da contração da artéria renal, liberam o hormônio renina que age sobre o angiotensinogenio, transformando-o em angiotensina I. Posteriormente, através da ação de uma enzima, transforma-se em angiotensina II (HEIMANN; KRIEGER; ZATZ, 2006). A angiotensina II possui uma ação vasoconstritora, além de liberar aldosterona que promove a retenção de sódio e água. Dentre vários fatores, a angiotensina eleva a pressão arterial tanto pelo aumento do DC, como pelo aumento da RVP. Em hipertensos, esse mecanismo encontra-se alterado e com o tempo pode ir se agravando (COUTO, 2003).

Os rins possuem como função manter um balanço de sódio adequado, excretando-o e rebatendo diretamente a alterações da pressão arterial. Esse mecanismo chama-se natriurese pressórica, no qual variações na pressão de perfusão renal provocam variações na excreção de sódio, tendo em vista o controle da pressão arterial (HEIMANN; KRIEGER; ZATZ, 2006; COUTO, 2003). No caso dos hipertensos, pode haver uma menor eficiência nessa excreção ou uma maior sensibilidade ao sódio. Outro fator da fisiopatologia da HA é a disfunção endotelial (BAHIA et. al, 2006), no qual ocorre uma disfunção na produção de agentes vasodilatadores e vasoconstritores no endotélio, que é a camada interna dos vasos sanguíneos. A produção de agentes vasoconstritores se sobressai em indivíduos hipertensos.

No entanto, fatores demográficos, ambientais e comportamentais também podem atuar no desencadeamento da doença, conforme será visto no tópico “Fatores associados à ocorrência da hipertensão arterial sistêmica”.

2.2 PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL E NO MUNDO

A HAS foi a causa de 7,5 milhões de morte no mundo inteiro em 2008 (WHO, 2009). Em 2014, a prevalência global de HAS foi de 30,0% para adultos com 18 anos ou mais, a África apresenta a taxa mais alta comparada aos outros continentes, com uma prevalência de cerca de 30,0% tanto para ambos os sexos juntos como separadamente. A região das Américas apresenta a menor, com de 18,2% total, sendo 21,0% de prevalência para os homens e 16,0% para as mulheres (WHO, 2015). Em se tratando das demais regiões, no Pacífico Ocidental a prevalência é de 18,7%. Em seguida vem a Europa com 23,3% de índice, 24,7% no Sudeste da Ásia e 26,9% no Mediterrâneo Ocidental (WHO, 2015).

Em estudo mais atual, o Brasil apresentou uma prevalência de 23,3% em 2014, sendo que para os homens a porcentagem foi de 26,4% e para as mulheres de 20,4% (WHO, 2014). Uma pesquisa realizada com adultos (<18 anos de idade) que residem em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa, foram obtidas as prevalências de diagnóstico de HAS nas capitais brasileiras. A maior prevalência foi encontrada na região Sul, em Porto Alegre (29,2%), enquanto a menor foi verificada na região Norte, com 15,2% em Palmas. Na região Sudeste a prevalência mais alta foi encontrada no Rio de Janeiro com 28,1%. Campo Grande mostra uma maior prevalência na região Centro-oeste com 25,4%. Na região nordeste encontra-se Recife com 28,4% (BRASIL, 2014). Na cidade de Salvador – Bahia, os índices chegaram a 25,5%, sendo 22,5% em homens e 28,1% em mulheres (BRASIL, 2014).

Através de um inquérito epidemiológico transversal de base populacional de 2008 a 2009 em adultos de 100 municípios brasileiros, foram entrevistadas 12324 pessoas, sendo que 425 eram da região Nordeste. Dentre elas, 21,2% apresentavam a HAS, na proporção de que 38,8% eram homens e 61,2% eram mulheres (PICCINI et al., 2012). No estado da Bahia, com uma amostra populacional de 1.439 adultos com 20 anos ou mais, apresentou-se uma prevalência da HAS de 29,9% (LESSA et al., 2006). Separando por sexo, esses valores chegam a 27,4% de prevalência em homens e 31,7% em mulheres (LESSA et al., 2006).

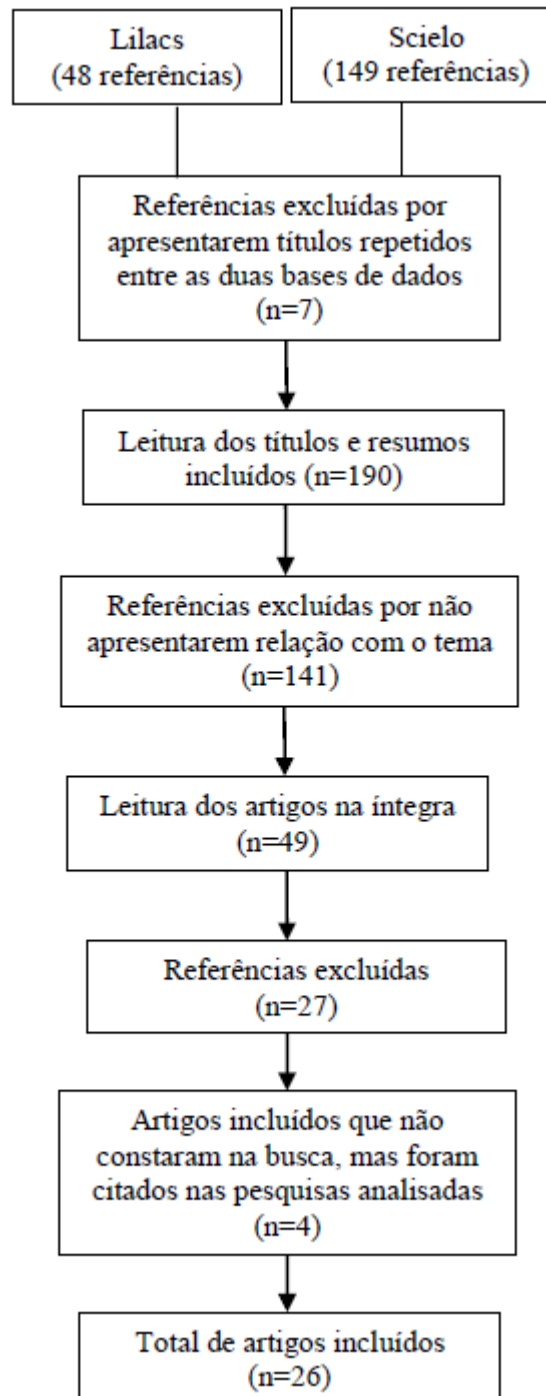
2.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM HIPERTENSOS

Para seguir um critério metodológico, foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados *Scielo* e *Lilacs*. Primeiramente, foram selecionados os descritores “pressão arterial”, “hipertensão”, “hipertensão arterial” e “pressão sistólica” para descrever a HAS. “Fatores de risco”, “prevalência”, “correlatos”, “determinantes”, “fatores associados” e “associação” foram utilizados para os fatores de risco relacionados à HAS e “idoso”, “adulto” e “trabalhador” para relacionar a população dos estudos.

Inicialmente foram encontradas 149 referências no *Scielo* e 48 no *Lilacs*. Ao confrontar todos os artigos, verificou-se que sete repetiam-se. Foi realizada a leitura de títulos e resumos de 190 artigos, sendo que 141 foram excluídos por não apresentarem relação com o tema, restando 49 artigos para a leitura completa. Ao estabelecer como critério de inclusão o aparecimento de dados quantitativos das características de pessoas hipertensas com algum dos fatores de riscos apresentados neste trabalho, a partir de 2005, 22 foram selecionados para a atual revisão bibliográfica.

Posteriormente, foram adicionados quatro artigos que foram encontrados nas referências dos artigos selecionados na revisão, mas que não foram encontrados na busca sistemática. Por fim, totalizaram-se 26 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Busca, seleção e exclusão dos estudos sobre características de pessoas hipertensas com algum dos fatores de riscos apresentados neste trabalho, desde 2005.



Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continua)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Feijão et al. (2005)	Fortaleza - CE	1032	≥ 30 anos	N.R	Estudar a relação entre massa corporal e pressão arterial em população urbana de baixa renda.	- Sexo - Idade - IMC - Renda	A prevalência de hipertensão arterial foi 59% maior entre os indivíduos com sobrepeso e 149% entre os obesos, quando comparados com indivíduos de peso normal. A prevalência da hipertensão arterial também aumentou de forma significativa com o aumento da idade. Nenhuma associação foi observada entre sexo, renda familiar e pressão arterial. Sexo: 24,65% masculino; Idade: 50,39% 60 a 86 anos; Renda: 27,23% 30 a 136 reais. IMC: 39,10% IMC=30
Zaitune et al. (2006)	Campinas - SP	426	≥ 60 anos	N.R	Foi avaliar a prevalência de hipertensão relatada entre os idosos em Campinas, São Paulo, Brasil, identificando Relacionados, a utilização de serviços de saúde, conhecimentos e práticas relacionados com tratamento.	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Prevalências: Sexo: 55,9% feminino; Idade: 54,1% 70-79; Renda: 56,0% Igual ou menor que 1 salário mínimo. IMC: 57,2% Maior ou igual a 25: 36,9%. Tabagismo: 54,6% ex-fumante. AF: 54,2% inativos. Etilismo: 63,3% dependentes.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Lessa et al. (2006)	Salvador - BA	1439	≥ 20 anos	Esfigmomanômetro	Estimar a prevalência da hipertensão arterial e da sua associação com outros fatores de risco cardiovascular em população fortemente miscigenada.	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Prevalências: Sexo: 31,7% mulheres; Idade: 70,7% 70 anos ou mais; Classe: 37,1% alta. IMC: 56,9% Maior ou igual a 30. Tabagismo: 30,8% não fumante. AF: 33,9% inativos. Etilismo: 40,0% sim. Estratificado por sexo: Homens: Idade: 65,0% 70 anos ou mais. Renda: 48,6% alta. Tabagismo: 27,6% não. Etilismo: 40,4% sim. AF: 36,6% ativo. IMC: 52,4% obesidade. Mulher: 73,3% 70 anos ou mais. Renda: 33,2% baixa. Tabagismo: 32,8% não. Etilismo: 38,5% sim. IMC: 58,2%
Araújo; Guimarães (2007)	Salvador - BA	135	≥ 20 anos	Esfigmomanômetro	Avaliar o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família sobre o controle da hipertensão arterial, em uma Unidade Básica de Saúde.	- Sexo - Idade - Renda - IMC	Estratificado por sexo: Masculino: Idade – 56,0 e IMC –28,1. Feminino: Idade - 54,7 e IMC – 30,1. Prevalência Sexo: 84,4% mulheres; IMC 71,9% sobrepeso/obesidade; Renda: 51,8% 2 ou 3 salários mínimos.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos inclusos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Pereira et al. (2007)	Tubarão - SC	707	> 18 anos	Manômetros de mercúrio Premium	Descrever a prevalência, conhecimento, tratamento e controle da HAS em Tubarão, de acordo com sexo e faixa etária.	- Sexo - Idade	Estratificado por sexo: Masculino: 67,8% 60 anos ou mais. Feminino: 66,2% 60 anos ou mais.
Oliveira et al. (2008)	São Paulo - SP	1.265	60 a 74 anos	NR	Avaliar, em mulheres com 60 anos ou mais, a prevalência da hipertensão arterial referida e identificar variáveis relacionadas às características pessoais e sociodemográficas, doenças referidas, dados antropométricos e hábitos de vida	- Idade - Renda - IMC - Tabagismo - Etilismo	Prevalência: Idade: 60,7% \geq 75. Renda: 61,7% até o 2º quintil. IMC: 70,0% \geq 3º quartil. Tabagismo: 61,9% Fuma ou fumou. Etilismo: 58,9% não.
Longo et al. (2009)	Lages - SC	2022	20 a 59 anos	Aparelho de pressão arterial eletrônico	Estimar a prevalência dos níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages, SC.	- Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Prevalência: Sexo: 38,1% mulheres; Idade: 56,5% 50-59 anos; Classe: 37,2% 2º quartil. IMC: 55,8% obesos. Tabagismo: 42,3% ex-fumante. AF: 35,6% ativos. Etilismo: 36,6% problemas com álcool.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Nascente et al. (2010)	Firminópolis - GO	1168	≥ 18 anos	Aparelho semiautomático	Estimar a prevalência da HA e sua correlação com alguns fatores de risco cardiovasculares na população adulta de Firminópolis-GO.	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Prevalência: Sexo: 35,8% homens. Idade: 63,1% ≥ 60. Classe: 46,2% ≥ 3,0 SM. IMC: 54,5% obesos. Tabagismo: 48,83% ex-fumante. AF no lazer: 35,75% AF leve. AF no trabalho: 34,09% inativo. Etilismo: 35,31% não.
Cipullo et al. (2010)	São José do Rio Preto - SP	1717	18 a 70 anos	Esfigmomanômetro	Avaliar a prevalência dos fatores de risco para HT em diferentes grupos etários em uma amostra representativa da uma população urbana brasileira.	- Sexo - Idade - IMC	Prevalência: Sexo: 26,8% mulheres. Idade: 69,8 ≥ 70. Classe: 28,1% E e D. IMC: 44,8% obesos.
Lima et al. (2011)	Pelotas -RS	1193	20 a 70 anos	NR	Descrever o perfil dos hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema HiperDia do Ministério da Saúde em três unidades básicas do município de Pelotas, na região Sul do Rio Grande do Sul	- Sexo - Idade - IMC - Tabagismo - AF	Características: Sexo: 69,9% mulheres. Idade: 26,1% 50-59. IMC: 41,4% sobrepeso. Tabagismo: 73,1% não. AF: 63,0% sedentários.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos inclusos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Amer; Marco; Santana (2011)	Nova Andradina - MT	369	≥ 18 anos	NA	Investigar possíveis fatores associados às alterações no índice de massa corporal (IMC).	- Idade - IMC	A presença de hipertensão arterial aumenta com a idade e com o ganho de peso.
Santos; Moreira (2012)	Fortaleza - CE	2.691	20 a 80 anos	NA	Identificar os fatores de risco e as complicações associadas em usuários com hipertensão/diabetes, cadastrados no HIPERDIA da Secretaria Executiva Regional VI em Fortaleza, CE.	- IMC - Tabagismo - AF	Prevalência: Tabagismo: 52,3% não. Sedentarismo: 35,5% sim. Sobrepeso/obesidade: 38,1% sim.
Silva; Petroski; Peres (2012)	Florianópolis - SC	1.720	20 a 50 anos	Esfigmomanômetro	Estimar a prevalência e os fatores associados de pré-hipertensão e hipertensão arterial em adultos.	- Alimentação - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Sexo: 51,6% homens. Idade: 53,5% 50-59. Renda: 45,8% 566,80 a 1.300,00. IMC: 70,4% ≥ 30,0. Tabagismo: 42,1% ex-fumante. AF: 41,8% inativos. Etilismo: 48,8% sim. Consumo regular de frutas e hortaliças: 41,3% não.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Ulbrich et al. (2012)	Curitiba - PR	3.445	18 a 60 anos	Esfigmomanômetro	Associar medidas antropométricas com hipertensão arterial e desenvolver modelo matemático para estimar essa probabilidade.	- Sexo - Renda - IMC	Os homens apresentaram duas vezes mais chances de hipertensão que as mulheres, e, para cada ano de vida, essa chance aumenta em 1,04 vez. As chances de hipertensão dos considerados com sobrepeso foram de quase duas vezes e, nos obesos, quaduplicavam.
Lyra et al. (2012)	Triunfo - PE	198	≥ 30 anos	Aparelho de pressão arterial eletrônico	O objetivos deste estudo são estimar a prevalência de hipertensão arterial em uma população adulta com predominância de famílias com baixo nível de escolaridade e renda, no interior de Pernambuco, Brasil e analisar sua associação com outros fatores relacionados ao doenças cardiovasculares.	- Idade - IMC - Tabagismo - AF	Prevalência: Tabagismo: 76.0% sim. AF: 70.9% sim. IMC: 78.6% ≥ 30. Estratificado por sexo: Masculino: 64.3% 60-69. Feminino: 83.3% ≥ 70.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Dantas et al. (2013)	Vieirópolis - PB	70	≥ 60 anos	NA	Identificar o impacto da HAS no cotidiano do homem e seus agravantes, bem como as medidas preventivas adotadas para controle da hipertensão.	- Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Características: Idade: 74,0% >60. Renda: 50,0% 1-2 SM. Sobrepeso/obesidade: 54,0% não. Tabagismo: 49,0% ex-fumante. AF: 84,0% inativos. Etilismo: 73,0% não.
Zattar et al. (2013)	Florianópolis - SC	1705	≥ 60 anos	Aparelho de pressão arterial eletrônico	Estimar a prevalência e investigar os fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Prevalências: Sexo: 85,6% homens. Idade: 90,4% 70-79. Renda: 86,4% 2º quartil. IMC: 90,5% sobrepeso/obesidade. Tabagismo: 86,0% nunca. AF: 84,6% ativos e inativos. Etilismo: 86,2% nunca.
Esperandio et al. (2013)	Amazônia Legal - MT	312	≥ 60 anos	Aparelho semiautomático	Analisar as características epidemiológicas da hipertensão arterial e os fatores associados na população idosa residente nos municípios da Amazônia Legal no Estado de Mato Grosso – Alta Floresta	- Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Prevalências: Estratificado por sexo: Mulheres: Idade: 77,6% ≥70. Renda 78,2% >1,2 SM. Tabagismo: 78,1% ex-fumante. Etilismo: 68,7% não. AF no lazer: 70,2% sedentário. IMC: 97,2% ≥30. Homens: Idade: 70,2% ≥70. Renda 71,1% >1,2 SM. Tabagismo: 69,0% ex-fumante. Etilismo: 73,8% não. AF no lazer: 70,7% sedentário. IMC: 100,0% ≥30.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Carvalho et al. (2013)	Londrina - PR	1.092	adultos	Esfigmomanômetro	Analisar em uma grande amostra de adultos sedentários a possível associação entre hipertensão arterial e baixa aptidão cardiorrespiratória, obesidade geral e central	- IMC	Houve associação entre mais alta prevalência de hipertensão arterial e diagnóstico de obesidade (p = 0,001), valores elevados de circunferência de cintura (p = 0,001) e baixo VO2máx (p = 0,013). Independentemente de idade e sexo, indivíduos sedentários com simultaneamente baixo consumo máximo de oxigênio e obesidade geral ou abdominal) apresentaram maior probabilidade de ser hipertenso que os sedentários com nenhum fator de risco.
Silveira et al. (2013)	Marques de Souza - RS	402	> 18 anos	NA	Analisar fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e sua relação com o estado nutricional de indivíduos hipertensos cadastrados no programa Hiperdia em um município do Rio Grande do Sul.	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Estratificado por faixa etária: Adulto: IMC: 76,8% excesso de peso. Sexo: 73,2% feminino. Idoso: IMC: 56,1% excesso de peso. Sexo: 62,9% feminino. Estratificado por sexo: Mulher: 82,0% nunca fumou. Etilismo: 56,6% nunca. AF frequência: 59,7% diariamente. IMC: 70,8% excesso de peso. Homens: Tabagismo: 46,7% ex-fumante. Etilismo: 34,1% 1-2x por semana. AF frequência: 75,0% diariamente. IMC: 59,5% excesso de peso.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos incluídos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Turi et al. (2014)	Bauru - SP	963	≥ 50 anos	Prontuário com diagnóstico	Verificar a associação entre prática de atividades físicas, marcadores de adiposidade corporal e hipertensão arterial em adultos usuários da rede pública de saúde da cidade de Bauru, São Paulo.	- AF	Foram encontradas associações significativas entre sedentarismo, presença de obesidade total e abdominal com a maior ocorrência de hipertensão arterial. Também foi observado que a magnitude da associação entre hipertensão e adiposidade aumentou conforme diminuiu o envolvimento com a prática de atividades físicas.
Radovano vic et al. (2014)	Paiçandu - PR	408	20 a 59 anos	Autorreferido	Identificar a prevalência da hipertensão arterial e sua associação com fatores de risco cardiovasculares em adultos.	- Sexo - Alimentação - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF	Prevalências: Sexo: 24,64% mulheres. Idade: 47,71% 50-59. Renda: 31,82% D-E. IMC: 37,08% obesidade. Tabagismo: 40,58% ex-fumante. AF: 25,56% ativos. Dieta alimentar: 23,49% adequada.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos inclusos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(continuação)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Andrade et al. (2014)	Montes Claros - MG	294	≥ 60 anos	NA	Analisar a associação entre fatores socioeconômicos e qualidade de vida de idosos hipertensos atendidos pelo Programa Saúde da Família na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.	- Sexo - Idade - Renda	Características: Sexo: 61,2% mulheres. Idade: 50,0% 60-69 anos. Renda: 68,4% 1-2 SM.
Nunes et al. (2015)	Tubarão - SC	805	≥ 60 anos	Esfigmomanômetro	Estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e os fatores associados em idosos residentes no município de Tubarão, SC, Brasil.	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Características: Sexo: 61,2% mulheres. Idade: 57,4% 60-69 anos. Renda: 68,4% 1-2 SM. Etilismo: 74,2% não. Tabagismo: 59,8% não. AF: 83,1% sedentário. IMC: 61,2% obesidade.

Quadro 1: Características metodológicas e principais resultados dos artigos inclusos na revisão de literatura. Brasil, 2016

(conclusão)

Autores	Local	Amostra	Faixa Etária	Instrumentos para medir PA	Objetivo	Variáveis	Resultados
Martins; Tavares (2015)	Uberaba - MG	849	≥ 60 anos	Autorreferido	Descrever as características socioeconômicas, demográficas e morbidades e comparar as prevalências e as chances de prevalência dos comportamentos de saúde, sobrepeso, circunferência abdominal e indicativo de depressão entre os idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica.	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Características: Sexo: 54,0% mulheres. Idade: 59,2% 60-70. Renda: 49,5% 1SM. IMC: 57,7% não possui sobrepeso. Tabagismo: 87,7% não. AF: 76,2% inativos. Etilismo: 74,7% não.
Carvalho et al. (2016)	Viçosa - MG	172	≥ 18 anos	NR	Verificar a prevalência, de acordo com o sexo, dos comportamentos de risco e das comorbidades associadas à hipertensão nos pacientes atendidos no Centro Hiperdia de Viçosa, MG	- Sexo - Idade - Renda - IMC - Tabagismo - AF - Etilismo	Observou-se uma prevalência maior de homens entre os hipertensos analisados e as taxas de etilismo e tabagismo foram significativamente maiores neste grupo. As mulheres apresentaram uma taxa maior de obesidade. O sedentarismo e a dislipidemia estiveram presentes em 77% e 44% dos pacientes, respectivamente, sem diferença entre os sexos.

Fonte: Elaboração própria. IMC: índice de Massa Corporal. AF: Atividade Física NR: Não relata NA: Não afere

2.3.1 Características sociodemográficas em hipertensos

Segundo Rabelo (2011), a hipertensão arterial possui uma incidência com características multicausais. Aspectos como sexo, raça, idade, condições socioeconômicas hereditariedade estão associadas à doença e não podem ser modificáveis e nem sofrer intervenção.

Estudo realizado em Salvador – BA, verificou maior prevalência de HAS entre as mulheres (31,7%), em relação aos homens (27,4%) (LESSA et al., 2006). Em São José do Rio Preto – SP, esse valor foi de 26,8% nas mulheres e de 23,8% nos homens (CIPULLO et al., 2010). Com 69,9% de porcentagem nas mulheres em e 30,4% nos homens, Pelotas – RS também apresenta a prevalência maior em mulheres (LIMA et al., 2011).

As pesquisas que apresentam sua maior prevalência nos homens em amostras adultas e idosas, apresentam dados de 26,7% nos homens e 20,6% nas mulheres em Fortaleza – CE (FEIJÃO et al., 2005) e 35,8% nos homens e 30,9% nas mulheres em Firminópolis – GO (NASCENTE et. al, 2010). Em um estudo descritivo de uma amostra hipertensa, 54,0% eram homens na cidade de Viçosa – MG (CARVALHO et al., 2016). Em estudo realizado em Curitiba – PR, as chances de ocorrer hipertensão são duas vezes maiores em homens em relação às mulheres (ULBRICH et al., 2012).

Em amostras somente com indivíduos adultos, os estudos realizados em Lages – SC (LONGO et al., 2009) e em Paiçandu – PR (RADOVANOVIC et al., 2014) relatam uma maior prevalência de mulheres com HAS com valores de 38,1% (vs 31,1%) e 24,64% (vs 19,5%), respectivamente. Em Florianópolis – SC, em um amostra que ia de 20 a 50 anos, a prevalência de HAS foi maior nos homens (51,6%), em relação às mulheres (30,5%) (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012).

Quando se trata de amostras apenas com idosos, pesquisas apontam para uma maior prevalência de HAS nas mulheres (55,9%) em relação aos homens (46,4%) em estudo em Campinas – SP (ZAITUNE et al., 2006). Em estudos descritivos 61,2% (ANDRADE et al., 2015; NUNES et al., 2015) e 54,0% (MARTINS; TAVARES, 2015) eram mulheres. Em Florianópolis – SC, houve maior prevalência de HAS entre homens, com o valor de 85,6%, enquanto nas mulheres o valor é de 84,1% (ZATTAR et al., 2013). Pesquisa realizada por Silveira et al. (2013) verificou que tanto em adultos (73,2%) como em idosos (62,9%), a prevalência da HAS é maior em mulheres. Nos homens as prevalências são de 26,8% e 37,1%

Com amostras em faixas etárias mais abrangentes, analisando tanto indivíduos adultos como idosos, a maioria dos estudos apresentou uma maior prevalência de HAS em pessoas

idosas. Essas prevalências foram de 69,2% a 70,7% para indivíduos idosos, e de 7,2% a 52,6% para adultos de Salvador – BA (LESSA et al., 2006). Em Firminópolis – GO, os índices foram de 63,1% para pessoas com ≥ 60 anos, 55,4% para 50 a 59 anos, 34,6% 40 a 49 anos, 14,0% para 30 a 39 anos e 8,1% para 18 a 29 anos (NASCENTE et al., 2010).

Para São José do Rio Preto – SP, as prevalências apresentaram valores de 69,8% ≥ 70 anos, 65,9% 60 a 69 anos, 45,2% 50 a 59 anos, 23,8% 40 a 49 anos e 10,9% 18 a 39 anos (CIPULLO et al., 2010). Apresentou-se uma média de 65,0 anos em Viçosa – MG (CARVALHO et al., 2016). Ainda assim, uma pesquisa realizada em Salvador, com uma média de 54,0 anos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007) e outra em Pelotas (LIMA et al., 2011) com 26,1% com 50 a 59 anos, apresentaram uma maior prevalência de adultos em suas amostras hipertensas.

Quando analisado de acordo com o sexo, uma pesquisa realizada em Salvador – BA, com uma amostra de 1439 pessoas, averiguou uma prevalência de HAS em 65,0% dos homens com 70 anos ou mais e em 73,3% das mulheres (LESSA et al., 2006). Em Tubarão – SC, os resultados foram de prevalência da doença em idosos, tanto na amostra feminina (66,2%), como na masculina (67,8%) (PEREIRA et al., 2007). Em Triunfo – PE, essas prevalências são de 64,3% de homens com 60 a 69 anos e 83,3% em mulheres com idade igual ou superior a 70 anos (LYRA et al., 2012).

Outra variável muito analisada em estudos é o fator renda ou classe econômica da amostra. Em Fortaleza – PE, dividindo a renda familiar mensal em grupos, a prevalência de HAS foi de 27,23% no grupo de R\$30,00 a R\$136,00, 21,30% no grupo de R\$137,00 a R\$272,00, 19,16% no grupo de R\$273,00 a R\$408,00 e 23,33% no grupo de R\$409,00 a R\$2000,00 (FEIJÃO et al., 2005). Em pesquisa realizada em adultos em Florianópolis, as prevalências foram de 38,6% em indivíduos que possuíam uma renda até R\$566,70, de 45,8% nos que possuíam R\$566,80 a R\$1300,00 e de 35,1% nos que tinham uma renda maior que R\$1300,00 (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012).

Quando a análise é feita por comparação a salários mínimos, pesquisa apresenta prevalência de HAS em 56,0% das pessoas com ≤ 1 salário mínimo, 52,1% com renda >1 a 2,5 salários mínimos, 50,3% com renda $>2,5$ a 4 salários mínimos e 49,5% em pessoas com renda >4 salários mínimos (ZAITUNE et al., 2006). Em Salvador – BA, os resultados de pressão arterial elevada foram de 35,6% em pessoas com renda de ≤ 1 salário mínimo, 51,8% com renda de 2 a 3 salários mínimos e 12,6% em indivíduos com renda >3 salários mínimos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007). Em pesquisa realizada em Firminópolis – GO, as porcentagens de HAS foram de 29,3% em pessoas com renda de $<0,5$ salários mínimos,

35,5% com renda de 0,5 a 0,9 salários mínimos, 30,9% com uma renda de 1 a 3 salários mínimos e 46,2% com ≤ 3 salários mínimos (NASCENTE et al., 2010).

Realizando a análise de outra maneira, em um estudo numa população urbana brasileira, as prevalências de HAS foram de 23,8% na classe A-B, 23,8% na classe C e na classe social D-E apresentou-se a maior prevalência, com 28,1% (CIPULLO et al., 2010). Em Paiçandu – PR, nas análises das classes econômicas, apresentou-se valores de 15,75% de HAS nas classes A1-A2; B1-B2, 27,02% na classe C1-C2 e com a maior na classe D-E, apresentando uma prevalência de 31,82% (RADOVANOVIC et al., 2014) da doença.

De maneira estratificada, em Salvador – BA, as mulheres tiveram maior prevalência de HAS na classe social baixa (33,2%), enquanto nos homens a maior prevalência foi na classe social alta (48,6%) (LESSA et al., 2006). Em Amazônia Legal – MT, as mulheres exibiram prevalência da doença em 65,2% que apresentaram uma renda de $<0,8$ salários mínimos, de 56,0% em rendas de 0,8 a 1,2 salários mínimos e 78,2% com uma renda de 1 a 2 salários mínimos. Para os homens, as porcentagens de HAS foram de 64,3% para a renda de $<0,8$ salários mínimos, 69,0% para 0,8 a 1,2 salários mínimos e 71,1% para a renda de 1 a 2 salários mínimos (ESPERANDIO et al., 2013).

2.3.2 Comportamentos de risco em hipertensos

Segundo Rabelo (2011), além dos fatores não modificáveis, existem também os que podem ser alterados, como o sobrepeso, alimentação inadequada, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, entre outras.

Quanto ao estado nutricional, a prevalência de HAS foi 59% maior entre os indivíduos com sobrepeso e 149% entre os obesos, quando comparados com indivíduos de peso normal (FEIJÃO et al., 2005). Em outros estudos, a porcentagem de HAS encontrada foi de 57,2% entre indivíduos com sobrepeso e 44,8% em indivíduos com peso adequado (ZAITUNE et al., 2006); de 56,9% em indivíduos com obesidade, 43,7% com sobrepeso e 19,2% com o peso normal (LESSA et al., 2006); 70,4% em obesos, 50,2% com sobrepeso e 25,6% com o peso adequado (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012) e de 78,6% em pessoas com obesidade, 76,0% em pessoas com sobrepeso, 58,0% em pessoas com o peso adequado (LYRA et al., 2012).

A prevalência de HAS em pesquisas que classificam sobrepeso e obesidade na mesma categoria é 71,9% (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007); 38,1% em indivíduos com sobrepeso/obesidade e 22,6% para indivíduos com peso adequado (SANTOS; MOREIRA,

2012) e 90,5% em pessoas com sobrepeso/obesidade e 81,0% com o peso adequado (ZATTAR, et al., 2013). Em análises que consideram o sobrepeso e a obesidade como variáveis distintas, a prevalência de HAS em obesos é de 55,8% (LONGO et. al, 2009); 54,5% (NASCENTE et al., 2010); 44,8% (CIPULLO et al., 2010) e 37,08% em indivíduos obesos (RADOVANOVIC et al., 2014). Já em indivíduos com sobrepeso é de 36,0% em pessoas com sobrepeso (LONGO et. al, 2009); 36,5% (NASCENTE et al., 2010); 26,5% (CIPULLO et al., 2010) e 23,61% (RADOVANOVIC et al., 2014). Enquanto nos indivíduos eutróficos possuem prevalências de 19,5% (LONGO et al., 2009); 23,2% (NASCENTE et al., 2010); 14,9% (CIPULLO et al., 2010) e 15,7% (RADOVANOVIC et al., 2014).

Como principais achados em estudo realizado em Curitiba – PR, a prevalência de hipertensão das pessoas com sobrepeso foi de quase duas vezes, enquanto nos obesos essas chances eram quatro vezes maiores em relação às pessoas com peso normal (ULBRICH et al., 2012).

Em pesquisas que caracterizam suas amostras hipertensas, 61,2% da amostra foi classificada com obesidade em Tubarão – SC (NUNES et al., 2015) e em Pelotas – RS 41,4% apresentava sobrepeso (LIMA et al., 2011). Em análise realizada somente em homens com idade acima de 60 anos, em Vieirópolis – PB, 46,0% apresentaram obesidade (DANTAS et al., 2013). Com idosos em Uberaba – MG, 42,3% dos hipertensos possuíam sobrepeso (MARTINS; TAVARES, 2015).

Numa amostra idosa, entre os obesos, a prevalência de HAS foi de 97,2% ao passo que entre os homens, foi de 100% (ESPERANDIO et al., 2013). Em Marques de Souza – RS, 70,8% das mulheres apresentaram excesso de peso, ao mesmo passo que 59,5% dos homens apresentaram a mesma condição (SILVEIRA, et al., 2013). Em Viçosa – MG, as mulheres hipertensas apresentaram uma prevalência maior de obesidade (39,0%) em relação aos homens (22,0%) (CARVALHO et al., 2016). Estratificado pela faixa etária, em adultos hipertensos de Marques de Souza – RS 76,8% estavam com excesso de peso, enquanto nos idosos, os números eram de 56,1% (SILVEIRA et al., 2013).

Com relação às análises feitas sobre tabagismo, a prevalência de HAS foi maior em ex-fumantes em alguns estudos, com os resultados de 54,6% em ex-fumantes, 53,2% em não-fumantes e 36,9% em fumantes (ZAITUNE et al., 2006); 42,3% ex-fumantes, 32,2% em indivíduos que nunca fumaram, e 32,2% em que são fumantes atualmente (LONGO et al., 2009) e 48,83% em ex-fumantes, 32,96% em fumantes e 26,17% em não-fumantess (NASCENTE et al., 2010).

Aos que não tem o hábito de fumar, a prevalência foi maior nos estudos em que as análises mostraram índices de 30,8% em pessoas que não fumam e 26,6% para aqueles que fumam (LESSA et al., 2006), 73,1% para os que não fumam e 26,9% para os que fumam (LIMA et al., 2011) e 52,3% para os que não fumam e 9,4% para os fumantes (SANTOS; MOREIRA, 2012). Em Florianópolis – SC, os índices de HAS foram de 86,0% para indivíduos que nunca fumaram, 85,7% para os que fumaram no passado e 70,9% para os que são fumantes atualmente (ZATTAR et al., 2013).

Em São Paulo – SP, um estudo com mulheres teve uma prevalência da doença em 61,9% das que fumam ou já fumaram e 54,4% para as que nunca fumaram (OLIVEIRA et al., 2008). A prevalência de HAS em pessoas que fumam é de 76,0% e para as que não fumam é de 65,3% em Triunfo – PE (LYRA et al., 2012). Florianópolis apresenta resultados de prevalência em 53,8% em fumantes moderado/pesado, 42,1% ex-fumantes, 37,9% nunca fumaram e 31,1% que fumante de maneira leve (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012).

Estudos que caracterizam suas amostras hipertensas, apresentam resultados de 49,0% de ex-fumantes, 24,0% fumante e 17,0% que nunca fumaram em uma amostra totalmente masculina (DANTAS et al., 2013). Em amostras totalmente idosas, 40,2% fumam atualmente (NUNES et al., 2015). Em outro estudo também com idosos, 12,3% fumam atualmente (MARTINS; TAVARES, 2015). As maiores proporções em estudo realizado em Viçosa – MG são encontradas nos homens (22,0%) em relação às mulheres (9,0%) (CARVALHO et al., 2016).

Em Salvador – BA, a prevalência de HAS nos homens foi de 27,6% nos que não fumam atualmente e 26,8% nos que fumam. Nas mulheres essa prevalência foi de 32,8% que não fumam e 26,4% nas que fumam (LESSA et al., 2006). Em Amazônia Legal – MT, essa mesma prevalência nos homens é de 69,0% para os ex-fumantes, 69,0% para os não fumantes e 65,7% para os que fumam. Nas mulheres os valores foram de 78,1% para as ex-fumantes, 65,3% para as que não fumam e 55,6% para as que fumam (ESPERANDIO et al., 2013).

Descrevendo uma amostra hipertensa em Marques de Souza – RS, 6,0% e 14,1% das mulheres e homens, respectivamente, fumam atualmente. Em pesquisas, mostra-se que existem maiores prevalências de HAS em pessoas que que consomem bebida alcoólica, com prevalências de 63,3% para os que consomem e 51,7% para os que não consomem; 36,6% para os que possuem problemas com álcool e 33,4% para os que não possuem (LONGO et al., 2009); 40,0% para os que bebem atualmente e 29,4% para os que não bebem (LESSA et al., 2006) e 48,8% para os que utilizam o álcool e 38,0% para os que não (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012).

Em pesquisas, mostra-se que existem maiores prevalências de HAS em pessoas que consomem bebida alcoólica em relação às que não consomem: 63,3% vs 51,7% (ZAITUNE et al., 2006); 36,6% vs 33,4% (LONGO et al., 2009); 40,0% vs 29,4% (LESSA et al., 2006) e 48,8% vs (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012). Ainda assim, outros estudos apresentam prevalências maiores para aqueles que não bebem > 35,31% vs 27,51% em Firminópolis – GO (NASCENTE et al., 2010) e 58,9% vs 47,8% em São Paulo – SP (OLIVEIRA et al., 2008). Em estudo em Florianópolis – SC, achados mostram uma prevalência de HAS em 86,2% de idosos que nunca beberam, 83,1% para os idosos que consomem de maneira moderada e 80,1% para os que fazem um alto consumo (ZATTAR et al., 2013).

Em caracterização de amostras hipertensas, 27,0% dos homens possuem o hábito de consumir bebida alcoólica, em (DANTAS et al., 2013); 25,8% em um amostra idosa consomem bebida alcoólica (NUNES et al., 2015) 25,3% que bebem em uma amostra idosa (MARTINS; TAVARES, 2015).

Comparando a variável por sexo, as prevalências de HAS são maiores para os que apresentam um consumo excessivo de álcool, com 40,4% (vs 26,1%) para os homens e 38,5% (vs 31,6) para as mulheres em Salvador – BA. (LESSA et al., 2006). Em Amazônia Legal – MT, as prevalências de HAS são de 52,9% (vs 68,7%) entre as que consomem bebida alcoólica. Nos homens, as prevalências de HAS são de 73,8% (vs 57,1%) para os que consomem bebida alcoólica (ESPERANDIO et al., 2013). Estudo realizado com hipertensos em Marques de Souza – RS, 43,4% e 77% das mulheres e homens, respectivamente, consumiam bebida alcoólica.

Em se tratando dos hábitos alimentares, estudo com adultos de Florianópolis – SC mostra que a prevalência de HAS foi de 41,3%) entre aqueles com consumo inadequado de frutas e hortaliças enquanto nos que consomem adequadamente essa porcentagem é de 34,2%, (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012). Outro estudo realizado em Paçandu – PR, mostra prevalências de HAS de 23,49% em indivíduos adultos com um consumo de frutas e/ou legumes e/ou hortaliças igual ou superior a cinco vezes por semana e 21,59% quando esse consumo está inadequado (RADOVANOVIC et al., 2014).

De acordo com a literatura, existem prevalências de HAS maiores em pessoas inativas fisicamente, com porcentagens de 54,2% que não praticam AF, 52,2% que praticam apenas caminhada e 45,0% que praticam outros exercícios, em Campinas – SP (ZAITUNE et al., 2006); de 33,9% sedentários e 23,8% em ativos em Salvador – BA (LESSA et al., 2006); de 35,5% classificados sedentários e 26,0% em não sedentários em Fortaleza – CE (SANTOS; MOREIRA, 2012); de 41,8% em pessoas que não praticam AF no lazer e 37,9% em que

praticam em Florianópolis – SC (SILVA; PERETROSKI; PERES, 2012) e de 76,2% em indivíduos que não praticam e 23,8% que praticam em Uberaba – MG (MARTINS; TAVARES, 2014).

Apresentaram-se também estudos nos quais a prevalência de HAS foi maior entre os ativos em relação aos inativos, sendo 35,6% para os ativos e 33,2% para os inativos (LONGO et al., 2009); 70,9% para os que praticam e 68,9% para os que não praticam na cidade de Triunfo – PE (LYRA et al., 2012) e 25,56% para os que praticam AF e 22,40% nos que não praticam, em Paiçandu – PR (RADIVANOVIC et al., 2015). No estudo realizado em Florianópolis – SC, as prevalências foram de 84,6% tanto para os indivíduos fisicamente ativos, como para os inativos (ZATTAR et al., 2013). Um estudo realizado com homens hipertensos verificou que 84,0% da sua amostra encontravam-se inativa fisicamente (DANTAS et al., 2013). Em Tubarão – SC, caracterizando a amostra hipertensa de idosos, 83,1% foram classificados como fisicamente inativos (<150min/sem) (NUNES et al., 2015).

Em Firminópolis – GO, em uma pesquisa feita com 1168 indivíduos, com relação à AF de lazer obteve-se uma prevalência da doença em 35,75% da amostra que praticava de maneira leve, 31,48% que não praticava e 27,45% que praticava de forma moderada. Quanto à AF no trabalho, os índices de HAS eram de 34,09% que não praticava, 32,03% praticava de forma intensa e 28,13% que praticava de maneira leve/moderada (NASCENTE et al., 2010). Outra pesquisa em 963 pacientes do SUS realizada em Bauru – SP, mostrou associações significativas entre sedentarismo e a ocorrência de HAS.

3 MÉTODOS

A seguir serão abordados os meios que constituíram os métodos do presente estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e transversal. Esse estudo está vinculado a um Projeto intitulado “Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e seus Familiares: avaliação com base no Modelo RE-AIM”, realizado em 2014. O objetivo deste programa foi avaliar a importância do suporte social de um membro da família na participação conjunta com o familiar hipertenso em um programa de exercício físico, utilizando como modelo avaliativo o alcance, a eficácia e a adoção proposta pelo modelo RE-AIM.

O trabalho foi realizado pela equipe de pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família (NIEFAM) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (campus Jequié), em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde (NuPAF) da Universidade Federal de Santa Catarina. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAEE nº. 27221414.3.0000.0055), conforme consta no Anexo A, e em acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsinki (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2014). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Anexo B.

3.2 PARTICIPANTES

A população foi composta por adultos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da cidade de Jequié parceiras do NIEFAM. Essas unidades apresentaram 1915 pessoas com hipertensão arterial distribuídas da seguinte forma: 593 no Centro de Saúde Júlia Magalhães, 470 no Centro de Saúde Sebastião Azevedo, 378 na Unidade de Saúde da Família Aurélio Schiarreta, 474 na Unidade de Saúde José Maximiliano Sandoval, conforme constou no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) da Secretaria de Saúde do município de Jequié – Bahia.

A seleção dos participantes foi por amostragem estratificada, considerando as Unidades de Saúde como estratos, adotando-se procedimentos aleatórios sistemáticos para o

sorteio dos indivíduos com base na lista de nomes cadastrados nas Unidades. Foram visitados em suas casas 299, (pelo menos 3 visitas em horários diferentes nos casos de não encontrar a pessoa) mas somente 101 responderam ao questionário.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram estabelecidos os critérios de inclusão: ser hipertenso, com idade igual ou superior a 18 anos, estar cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) das Unidades de Saúde parceiras do NIEFAM.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os participantes não podiam apresentar diabetes mellitus.

3.5 INSTRUMENTOS

A seguir são apresentadas as variáveis estudadas (Quadro 2) que estão dispostas em um questionário (Anexo C).

Informações Demográficas e Econômicas

- **Grupo etário:** dado em anos (BRASIL, 2014), sendo categorizada para esse estudo como adultos (hipertensos com 18 à 59 anos) e idosos (hipertensos com 60 anos ou mais);
- **Sexo:** masculino ou feminino (BRASIL, 2014);
- **Classe econômica:** conforme determinado no Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2013), categorizada como classe econômica alta (hipertensos das classes A1, A2, B1 e B2) e baixa (C1, C2, D e E).

Condições Comportamentais

- **Nível de atividade física:** para esta variável foi utilizado o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ - versão curta), que foi validado para população brasileira por Craig et al. (2003). Este questionário classificará as pessoas com hipertensão como: muito ativo, ativo, irregularmente ativo, sedentário, conforme classificação do teste (CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL,

2014). Posteriormente, para a análise desse estudo, os hipertensos foram classificados em ativos (muito ativo e ativo) e inativo (irregularmente ativo e sedentário).

- **Hábito de Fumar:** com base no VIGITEL (BRASIL, 2012) será investigado: se é ou não fumante (será considerado fumante a pessoa que fuma, independente da frequência ou duração) e quantos cigarros fuma.

- **Hábito de Beber:** Também com base no VIGITEL (2012) será investigado: se consome bebida alcoólica e a frequência semanal. Considerando: a dose como sendo uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, uísque ou outra bebida destilada.

- **Estado Nutricional:** IMC referido e mensurado. Assim, o valor da estatura será dividido pelo valor da massa corporal ao quadrado. Após esta etapa cada participante será classificado conforme determinação do World Health Organization (2014): abaixo do peso (valores inferiores a 18,5 Kg/m²); peso normal (valores entre 18,5 Kg/m² e 24,9 Kg/m²); sobrepeso (valores entre 25,0 Kg/m² e 29,9 Kg/m²); obesidade (valores maiores ou iguais a 30,0 Kg/m²). Posteriormente, para a análise desse estudos os hipertensos foram classificados com peso normal (abaixo do peso e peso normal) e com excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

3.6 PROCEDIMENTOS

Foi realizada uma primeira visita nas Unidades de Saúde parceiras do NIEFAM para conversar com os coordenadores a respeito do estudo e o interesse da coordenação para que a Unidade participasse do estudo. Com o consentimento de todos os coordenadores, todas as Unidades visitadas foram inseridas na pesquisa. A partir deste ponto, foi realizada uma visita na Secretaria Municipal de Saúde do município de Jequié (BA) para a obtenção da lista dos usuários com hipertensão arterial que estavam cadastrados no Programa Hiperdia das Unidades de Saúde parceiras do NIEFAM.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada pelo software STATA 13.0. Para análise descritiva das variáveis do estudo, foi utilizada a frequência relativa e absoluta. Os resultados foram analisados ainda de acordo com o sexo e grupo etário (adultos e idosos). As diferenças estatísticas entre estes grupos foram avaliadas usando o teste qui-quadrado e teste exato de

Fisher, quando a frequência mínima esperada fosse menor que cinco (BARROS et al., 2012). O nível de significância adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

A seguir serão abordados os resultados do estudo de modo detalhado e separado.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra. Verificou-se que a maioria dos hipertensos eram mulheres (81,2%) e idosos (65,0%). O total de 92,7% foi classificado como classe econômica baixa.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de hipertensos cadastrados no HiperDia no município de Jequié – BA, 2014

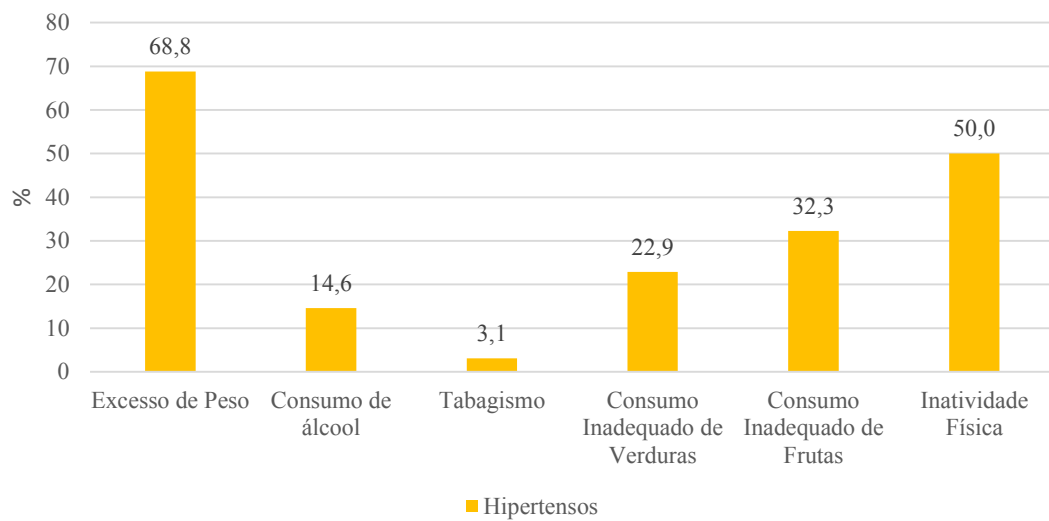
Variável	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	19	18,8
Feminino	82	81,2
Grupo Etário		
Adulto	35	35,0
Idoso	65	65,0
Classe Econômica		
Alta	7	7,3
Baixa	89	92,7

Fonte: Elaboração própria.

4.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA

A Figura 2 apresenta o gráfico dos comportamentos de risco da amostra. Em relação ao estado nutricional, 68,8% está com excesso de peso. Verificou-se que 3,1% têm o hábito de fumar e 14,6% fazem o uso de bebida alcoólica atualmente. Em relação aos hábitos alimentares, 22,9% consomem verduras de maneira inadequada. Para a ingestão inadequada de frutas a porcentagem é de 32,3%. Quanto ao comportamento relacionado à AF, verificou-se que 50,0% dos hipertensos são inativos.

Figura 2 - Comportamentos de risco de hipertensos cadastrados no HiperDia no município de Jequié – BA, 2014



Fonte: Elaboração própria.

4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O SEXO

Na Tabela 2 apresenta-se o perfil dos hipertensos de acordo com o sexo. Verificou-se que entre os homens, 52,6% são adultos, ao passo que entre as mulheres, a maioria da amostra é idosa (69,1%). Com relação à classe econômica, 100% dos homens e grande parte (90,9%) das mulheres encontram-se na classificação econômica baixa. Nenhuma das variáveis apresentou uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 2 - Características sociodemográficas de hipertensos cadastrados no HiperDia no município de Jequié – BA de acordo com o sexo, 2014

Variável	Masculino		Feminino		Valor p*
	n	%	n	%	
Idade					
Adulto	10	52,6	25	30,9	0,073
Idoso	9	47,4	56	69,1	
Classe Econômica					
Alta	0	0	7	9,1	0,339
Baixa	19	100,0	70	90,9	

Fonte: Elaboração própria.

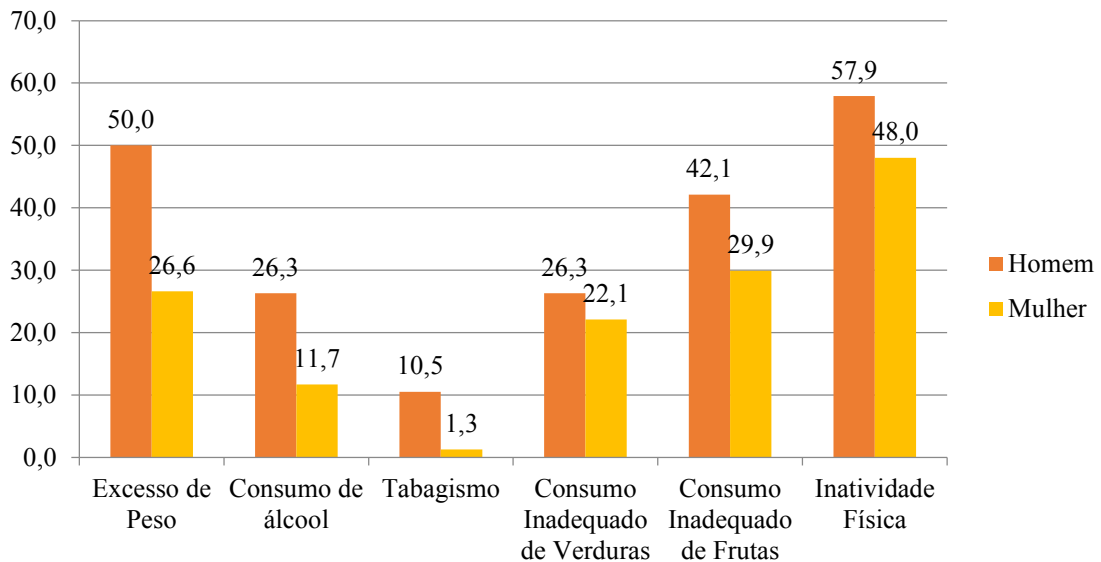
*: Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher.

4.4 COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O SEXO

A Figura 3 apresenta o gráfico dos comportamentos de risco da amostra, de acordo com o sexo. Já em relação ao estado nutricional, a porcentagem de homens com excesso de peso é de 50,0% enquanto nas mulheres é de 26,6%. Em se tratando do álcool, 26,3% dos homens fazem o seu uso atualmente, sendo que essa porcentagem é de 11,7% entre as mulheres. Quanto ao hábito de fumar, 10,5% dos homens utilizam-no e, entre as mulheres o valor é de 1,3%.

Verificou-se que nos hábitos alimentares, 26,3% dos homens consomem de modo inadequado verduras, quando esse número para as mulheres é de 22,1%. A ingestão inadequada de frutas entre os homens foi de 42,1%, já entre as mulheres, identificou-se uma prevalência de 29,9%. Quando ao nível de AF, 57,9% dos homens são inativos, à medida que nas mulheres esse número é de 48,0%. Nenhuma das comparações apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Figura 3 - Comportamentos de risco de hipertensos cadastrados no HiperDia no município de Jequié – BA de acordo com o sexo, 2014



Fonte: Elaboração própria.

4.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

Na Tabela 3 tem-se o perfil dos hipertensos de acordo com o grupo etário. Em ambos encontram-se mais mulheres, com uma porcentagem de 71,4% nos adultos e 86,2% nos idosos. A maioria dos adultos (87,5%) e dos idosos (95,2%) enquadra-se nas classes econômicas baixas.

Tabela 3 - Características de hipertenso cadastrados no HiperDia no município de Jequié – BA, de acordo com o grupo etário, 2014

Variável	Adulto		Idoso		Valor p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	10	28,6	9	13,8	0,073
Feminino	25	71,4	56	86,2	
Classe Econômica					
Alta	4	12,5	3	4,8	0,220
Baixa	28	87,5	60	95,2	

Fonte: Elaboração própria.

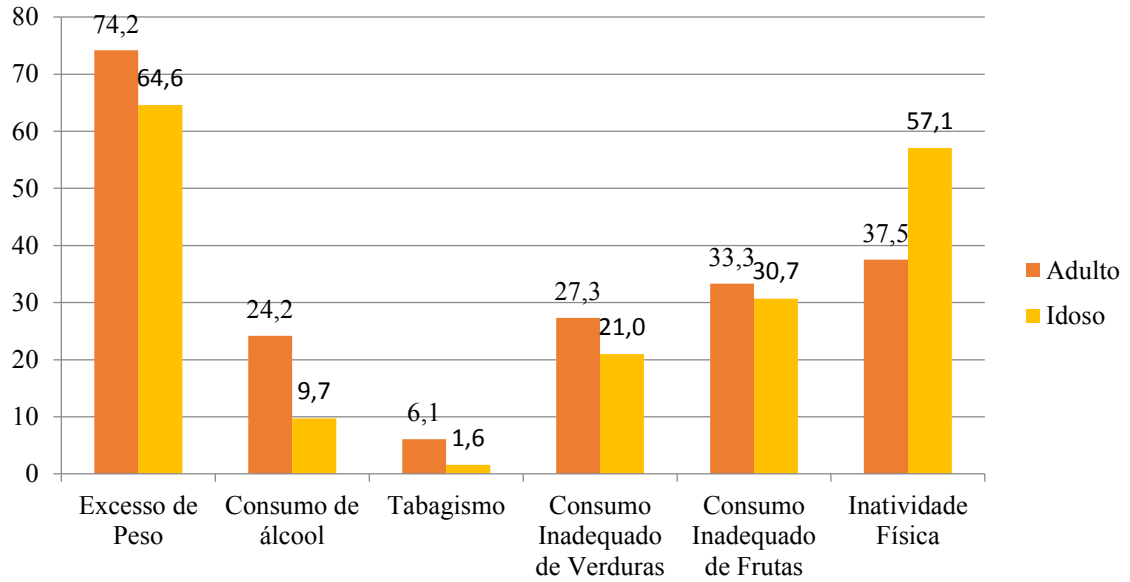
*: Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher.

4.6 COMPORTAMENTOS DE RISCO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ – BA DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO

A Figura 4 apresenta o gráfico de comportamentos de risco da amostra de acordo com o grupo etário. No caso do estado nutricional, 74,2% dos adultos possuem excesso de peso, sendo que para os idosos essa prevalência é 64,6%. O número de adultos que consomem álcool é de 24,2% ao passo que entre os idosos, esse valor chega a 9,7%.

Para o hábito de beber, 6,1% dos adultos fumam atualmente, sendo 1,6% de fumantes nos idosos. Dentre os adultos, 27,3% consomem verduras inadequadamente, enquanto nos idosos essa prevalência é de 21,0%. Com relação ao consumo inadequado de frutas, a porcentagem é de 33,3% para os adultos que consomem, com 30,7% para os idosos. Em relação à prática de AF, 37,5% dos adultos são inativos, e entre os idosos verifica-se 57,1% da amostra inativa. Nenhuma das comparações apresentou diferença estatisticamente significativa.

Figura 4 - Comportamentos de risco de hipertensos cadastrados no HiperDia no município de Jequié – BA de acordo com o grupo etário.



Fonte: Elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

Este estudo investigou as características sociodemográficas e comportamentais de hipertensos cadastrados no HiperDia, no município de Jequié – BA. Verificou-se que a maioria são mulheres e idosos, de classe econômica baixa. Quanto aos comportamentos de risco, a maioria possuía excesso de peso, pequena parcela relatou fumar e beber atualmente. Além disso, um terço possui um consumo inadequado de frutas e verduras. Metade da amostra esteve classificada como inativo fisicamente. Quando analisado de acordo com o sexo, mostra-se uma prevalência diferente quanto ao grupo etário, sendo nos homens a maioria adulto e nas mulheres a maioria idosa. Quanto à AF, enquanto nos homens a maioria era inativo fisicamente, nas mulheres, foi o inverso.

O predomínio de mulheres na análise geral da amostra (81,2%) vai ao encontro com estudos que descrevem suas amostras hipertensas com 73,2% de mulheres em adultos e 62,9% de mulheres entre os idosos (SILVEIRA et al., 2013); 54,0% (MARTINS; TAVARES, 2015); 61,2% (NUNES et al., 2015; ANDRADE et al., 2014) e 69.9% (LIMA et al., 2011). Estudos que apresentam a prevalência de HAS de acordo com o sexo, os resultados são equilibrados. Da mesma maneira que se encontram prevalências mais altas em mulheres (RADOVANOVIC et al., 2014; CIPULLO et al., 2010; ZAITUNE et al., 2006; LONGO et al., 2006; LESSA et al., 2006), também são encontradas maiores prevalências em homens (CARVALHO et al., 2016; ZATTAR et al., 2013; ULBRICH et al., 2012; SILVA; PETROSKI; PERES, 2012; NASCENTE et al., 2010; FEIJÃO et al., 2005).

Acredita-se que o fato de a mulher estar mais relacionada com a doença decorre da facilidade de diagnosticar a HAS. Isso se deve ao cuidado que as mesmas apresentam pela sua saúde, possuindo um acompanhamento médico mais frequente e uma maior adesão nos programas de tratamentos existentes na localidade (ZAITUNE et al., 2006; GUEDES et al., 2005). Esse autocuidado vem de uma longevidade maior em mulheres e o desejo de possuir uma maior independência na presença de uma DCNT, tendo em vista que a mulher exerce diversas funções no seu dia-a-dia (MARTINS; TAVARES, 2015; GUEDES et al., 2005). Além do mais, o estrogênio exerce uma função protetora nas mulheres, diretamente na parede arterial, porém isso ocorre até a menopausa, momento em que as mulheres ficam mais propensas a doenças cardiovasculares (LEITÃO et al., 2000)

A maior proporção de idosos nesse estudo concorda com a maioria das demais pesquisas encontradas (LYRA et al., 2012; ULBRICH et al., 2012; AMER; MARCON; SANTANA, 2011; CIPULLO et al., 2010; NASCENTE et al., 2010; PEREIRA et al., 2007;

LESSA et al., 2006; FEIJÃO et al., 2005) e com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a qual relata haver uma relação direta e linear da HAS com a idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Pesquisa realizada em todas regiões do Brasil verificou uma prevalência de HAS maior do que 55,0% nos indivíduos idosos em relação aos adultos em todo o país (MENDES et al., 2014). O envelhecimento é um processo que altera em diversas maneiras o organismo (FERREIRA et al., 2012), deixando o corpo mais vulnerável ao surgimento de DCNT, como a hipertensão arterial.

A maior proporção de sujeitos com baixa renda obteve os mesmos achados que em outros estudos (MARTINS; TAVARES, 2015; NUNES et al., 2015; ANDRADE et al., 2014; DANTAS et al., 2013; SANTOS; MOREIRA, 2012; CIPULLO et al., 2010; NASCENTE et al., 2010; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007; ZAITUNE et al., 2006). Pesquisa aponta para a propensão de um maior estresse para os menos favorecidos na questão socioeconômica, produzindo mais catecolamina e aumentando a frequência cardíaca e a pressão arterial (VARGAS; INGRAM; GILLUM, 2000). Olhando de outra maneira, a classe econômica pode influenciar no acesso em que a pessoa tem a saúde, entendimento sobre a doença e sua condição médica e no tratamento (KANJILAL et al., 2006).

O fato de que a maior parte dos sujeitos apresentou excesso de peso é similar a outros estudos (NUNES et al., 20015; DANTAS et al., 2013; LIMA et al., 2011; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007) e inclusive nas IV Diretrizes, afirmando que em idades mais jovens, o excesso de peso já se torna um grande risco para a ocorrência de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Enquanto a chance de desenvolver a doença em indivíduos com sobrepeso é quase de duas vezes mais, em obesos esse valor chega a ser de quatro vezes (ULBRICH et al., 2012). Acontece, que inúmeras alterações no organismo do obeso podem fazer com que sua PA aumente por causa da retenção de líquido, como: a resistência à insulina, alterações nas estruturas renais, alterações na estrutura e função vascular, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, ativação do sistema nervoso simpático e alterações no eixo hipotálamo-hipófiseadrenal (IRIGOYEN et al., 2003).

O etilismo leva a um aumento da PA através de mecanismos como estimulação simpática, estimulação do sistema renina-angiotensina aldosterona, resistência à insulina, redução da liberação do óxido nítrico, alterações no cálcio e no magnésio, aumento do cálcio intracelular da musculatura lisa e aumento de acetaldeídos (SOUZA; PÓVOA, 2014). No estudo, 14,6% afirmaram beber atualmente, concordando com o resultado de estudos que descreveram hipertensos (MARTINS; TAVARES, 2015; NUNES et al., 2015; DANTAS et al., 2013). Isso pode se dar ao fato do diagnóstico da doença e a adoção de comportamento

mais adequado por causa da mesma. Em estudo para determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo abusivo de álcool, homens e idosos foram classificados como apresentando um maior consumo (COSTA et al., 2004). Esses dados concordam em parte, tendo em vista que os maiores índices de consumo no estudo, quando estratificados, foram nos homens (26,3%) e nos adultos (24,2%).

Existe um número muito baixo de hipertensos que fumam atualmente no estudo (3,1%). Por mais que concorde com resultados achados em outras pesquisas, existe uma diferença entre os valores bem distinta, pois em Tubarão – SC, 40,2% eram fumantes (NUNES et al., 2015) e 12,3% também em Uberaba – MG (MARTINS; TAVARES, 2015). Em alguns casos, os indivíduos podem responder de acordo com a desejabilidade social e não com suas reais atitudes. Em estudos de prevalências de HAS, os resultados são bem heterogêneos, com maiores índices em pessoas que não fumam (SANTOS; MOREIRA, 2012), para as que fumaram no passado (NASCENTE et al., 2010) e inclusive para pessoas que nunca fumaram (ZATTAR et al., 2013). Novamente, quando se estratifica as maiores porcentagens vão para os homens e para os adultos, concordando com outro estudo (CARVALHO et al., 2016).

Em relação aos hábitos alimentares, verificou-se que cerca de um terço não consome regularmente frutas e verduras, tendo em vista que uma maior prevalência de HAS está associada a um consumo inadequado de frutas e hortaliças quando comparada a um consumo adequado (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012). Consumir frutas e verduras é capaz de reduzir a densidade energética. Essa redução permite aumentar a quantidade de alimentos que pode ser consumida para um mesmo nível de calorias (BARRETO et al., 2005). Além do mais, ingerir esses alimentos pode aumentar a saciedade, ajudando na perda ou manutenção do peso (BARRETO et al., 2005). Dessa forma, estimular hábitos mais saudáveis pode auxiliar em uma melhoria no estilo de vida dos hipertensos.

Tendo em vista o controle na PA que a AF proporciona (TURI et al., 2014), a inatividade física encontrada nesse estudo configura-se num aspecto preocupante. A AF é capaz de atuar tanto na prevenção, como no tratamento não medicamentosa na HAS (MEDINA et al., 2010). Esse quadro precisa de mais atenção, pois hipertensos que realizam AF podem ser beneficiados por efeitos agudos e crônicos, através de ações hipotensoras. O exercício físico aeróbio, que é uma AF estruturada, utiliza de mecanismos como a redução da atividade simpática, aumento da sensibilidade barreflexa e melhora na função endotelial para diminuir a pressão arterial (PONTES JÚNIOR et al., 2010). Além do mais, promove a perda de peso e melhora o perfil metabólico (PONTES JÚNIOR et al., 2010).

Como limitações do estudo, por utilizar dados secundários, em algumas variáveis os dados estavam incompletos no cadastro do HiperDia. Ao ser analisado um delineamento transversal, informações com relação a hábitos perdem-se, pois não é possível analisar a relação que o indivíduo teve anteriormente com algumas variáveis até ser diagnosticado com HAS. Dessa maneira, o hábito apresentado atualmente pode ser consequência do diagnóstico ou não, podendo apresentar uma causalidade reversa. Além do mais, o estudo deve ser interpretado de maneira que não se leve para a população do local, pois não apresenta indícios o suficiente para representá-la. Por outro lado, destaca-se que o estudo avaliou a característica tanto sociodemográficas quanto comportamentais, colaborando para a criação de medidas direcionadas de acordo com os resultados encontrados.

6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na presente pesquisa permitem concluir que os hipertensos do município de Jequié – BA são em sua maioria mulheres, idosos e pertencentes de classes econômicas baixas. A maioria alega não possuir o hábito de beber e fumar. Ainda assim, um terço não possui hábitos alimentares adequados de verduras e frutas, e com mais da metade da amostra estando com excesso de peso. Outro fator alarmante é a condição de inatividade física apresentada por metade dos hipertensos, tendo em vista todos os benefícios que a atividade física pode proporcionar-lhes.

Medidas devem ser tomadas para melhorar a situação daqueles que não aderiram a um estilo de vida, como forma de conscientização para os próprios hipertensos. Diante do exposto, a importância do estudo se deve por apresentar comportamentos de risco de portadores de HAS, possibilitando uma maior reflexão dos profissionais de saúde e gestores quanto as estratégias para serem realizadas nessa localidade. Verifica-se a necessidade de maiores estudos na região, considerando a escassez de estudos atuais na região Nordeste.

REFERÊNCIAS

- AMER, Nadia Mohamed; MARCON, Sonia Silva; SANTANA, Rosângela Getirana. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no centro-oeste do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 96, n.1, p. 47-53, 2011.
- ANDRADE, João Marcus Oliveira et. al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, abr. 2014.
- ARAÚJO, Jairo Carneiro de; GUIMARÃES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 368-374, nov. 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil de 2014**. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=886>>. Acesso em: 30 out 2016.
- BAHIA, Luciana et. al. O endotélio na síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 291-303, abr. 2006.
- BARRETO, Maria Sandhi et. al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.
- CARVALHO, Cristiane J. de et. al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 124-133, 2016.
- BARROS, M. V. et. al. **Análise de dados em saúde**. Londrina: Midiograf, 2012.
- BOING, Alexandra Crispim; BOING, Antonio Fernando. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: questionário da amostra**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario_amostra_cd2010.pdf>. Acesso em: 27 maio de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Alimentar**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 132, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Alimentar**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 165, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, Ferdinando Oliveira et. al. Agregação de fatores de risco cardiovascular e ocorrência de hipertensão arterial em adultos sedentários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 6, p; 419-222, out. 2013.

CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL. **Classificação do IPAQ.** Disponível em: <http://www.portalagita.org.br/uploads/agita_saopaulo/arquivos/IPAQ_classificacao.pdf>. Acesso em: 27 maio 2016.

CIPULLO, José Paulo et. al. Prevalência de Fatores de Risco para Hipertensão em uma população Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, ago. 2010.

COSTA, Juvenal S Dias da et. al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, set. 2004.

COUTO, Antônio Alves de; KAISER, Sérgio Emanuel. **Manual de hipertensão arterial da sociedade de hipertensão do Estado do Rio de Janeiro.** São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira et. al. Medidas Preventivas para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Homens de um Município Paraibano. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 217-224, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS. Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 07 de dez de 2016.

ESPERANDIO, Eliane Maria et. al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 481-493, abr. 2013.

FEIJÃO, Adelina Maria Melo et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p; 29-33, jan. 2005.

FERREIRA, Olívia Galvao Lucena et. al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jun. 2012.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvea et. al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 98-106, ago. 2009.

GUEDES, Nirla Gomes et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 181-188, mar. 2005.

HEIMANN, Joel Cláudio; KRIEGER, José Eduardo; ZATZ, Roberto. **Fisiopatologia da hipertensão arterial**. 2006. Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/bases_4_Fisiopatologia%20da%20hipertensao%20arterial.doc>. Acesso em: 20 jun. 2016.

KANJILAL, Sanjat et. al. Socioeconomic status and trends in disparities in 4 major risk factors for cardiovascular disease among US adults, 1971-2002. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, p. 2348-2355, nov. 2006.

LEITÃO, Marcelo Bichels et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 215-220, nov./dez. 2000.

LESSA, Ínes et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 6, p. 747-756, maio 2006.

LIMA, Lilfan Moura de et al. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades unidas básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011.

LONGO, Giana Zarbato et al. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 3, p. 387-394, out. 2009.

LYRA, Ruy et al. High prevalence of arterial hypertension in a Brazilian Northeast population of low education and income level, and its association with obesity and metabolic syndrome. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 209-214, 2012.

MALTA, Déborah Carvalho et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 423-434, jul.-set. 2013.

MARTINS, Nayara Paula Fernandes; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Comportamentos de saúde e variáveis antropométricas entre idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 47-54, jan.-mar. 2015.

MEDINA, Fábio Leandro et al. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 103-106, maio 2010.

MENDES, Gisele Soares et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 273-278, jul.-set. 2014.

NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira Nascente et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 4, p. 502-509, abril 2010.

NUNES, Marília Gabrielle Santos et al. Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 323-330, mar. 2015.

NUNES, Tuany Martins et al. Hipertensão arterial sistêmica em idosos do município de Tubarão, SC – Brasil: estudo populacional. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 370-376, nov. 2015.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalências e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 241-249, abr.-jun. 2008.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PEREIRA, Maria Regina et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, out. 2007.

PONTES JÚNIOR, Francisco Luciano et al. Influência do treinamento aeróbio nos mecanismos fisiopatológicos da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v. 32, n. 2-4, p. 229-244, dez. 2010.

PUCCI, Nicole et. al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 322-329, jul.-ago. 2012.

RABELO, Dóris Firmino et. al. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 115-130, mar. 2011.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et. al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 547-553, jul.-ago. 2014.

RIBEIRO, Ícaro José Santos et. al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.432-440, abr.-jun. 2015.

SANJULIANI, Antônio Felipe. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, out.-dez. 2002.

SANTOS, Jênifa Cavalcante dos; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, mar. 2012.

SILVA, Diego Augusto Santos; PETROSKI, Edio Luiz; PERES. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 988-998, jul. 2012.

SILVEIRA, Janaina da et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa hiperdia. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 129-134, maio 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95(1 supl.1) p. 1-51, 2010.

SOUZA, Dilma de; PÓVOA, Rui. Álcool e hipertensão arterial. **Revista Fatores de Risco**, Porto, n. 32, p. 33-39, abr.-jun. 2014.

TURI, Bruna Camilo et al. Frequência de ocorrência e fatores associados à hipertensão arterial em pacientes do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 18, n. 1, p. 43-52, out.-dez. 2013.

ULBRICH, Anderson Zampier et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, n. 6, p. 351-357, 2012.

VARGAS, Clemencia M.; INGRAM, Deborah D.; GILUM, Richard F. Incidence of hypertension and educational attainment. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 152, n.3, p. 272-278, nov. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Blood Pressure by WHO Region**. 2014.
<http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/index1.html>.
Acesso em: 12 set. 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **BMI classification**.
<http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html> (2015). Acesso em: 27 maio 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheets**.
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>. Acesso em: 27 maio 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevalence of raised blood pressure, ages 18+, 2010-2014**. 2014.
<http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/atlas.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Raised Blood Pressure**. 2014.
<http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_text/en/>. Acesso em: 12 set. 2016.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006.

ZATTAR, Luciana Carmen et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 507-521, mar. 2013.

ANEXO A – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Programa de Exercício Físico para Pessoas com Hipertensão Arterial e seus Familiares: Avaliação com Base no Modelo RE-AIM
Pesquisador: Luzia Wilma Santana da Silva
Versão: 2
CAAE: 27221414.3.0000.0055
Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 018410/2014
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiázinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6883 **E-mail:** cepoesb.jq@gmail.com

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Equipe: **Profa. Dra. Luzia Wilma Santana da Silva (coordenadora geral), Profa. Ms. Camila Fabiana Rossi Squarcini, Prof. Dr. Adair da Silva Lopes, Profa. Dra. Kelly Samara Silva, Profa. Esp. Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires, Fabiana Galvão Souza e Valéria dos Santos Ribeiro**

Você (ou seu dependente) está sendo convidado a participar do presente estudo que tem como objetivo geral avaliar, com base no modelo RE-AIM, um programa de exercício físico para pessoas com hipertensão arterial com a participação de familiares.

Objetivos específicos:

Neste caso o objetivo que pretendemos com participação do (a) senhor (a) (ou do seu dependente) é descrever as condições demográficas e econômicas (por exemplo, sexo idade, estado civil, nível econômico, dentre outros); condições comportamentais (como: nível de atividade física, qualidade do sono, hábito de fumar, hábito de beber e consumo alimentar); condição fisiológica (como o estado nutricional); condições psicossociais (como: qualidade de vida, estágio de mudança comportamento, autoeficácia, comportamento de risco, transtorno mental comum) da população atendida pelas Unidades de Saúde parceiras do NIEFAM (Núcleo da UESB ao qual fazemos parte e que estuda a família).

Procedimentos:

Nós iremos fazer várias perguntas para o(a) senhor(a) (ou seu dependente) a respeito de sua vida, como por exemplo, se faz atividade física, como está seu sono, qual o valor da sua pressão, dentre outras perguntas. Todas as perguntas são simples e as respostas serão anotadas no papel para que possamos deixar registrado, mas para isso precisaremos de um tempo para respondê-las. Mas um dos membros da equipe irá ajudar lendo-as e tirando dúvidas, se aparecerem.

Riscos e desconfortos em potencial: o risco e desconforto que (a) senhor (a) (ou seu dependente) pode sentir é timidez diante do entrevistador ou cansaço de responder as perguntas.

Benefícios: com esses resultados iremos fazer um relatório e encaminhar para a coordenação da Unidade para que eles possam, caso necessário, atender melhor as pessoas hipertensas. Além disso, o (a) senhor (a) será mantido (a) informado (a) sobre os resultados do estudo.

Garantias: o (a) senhor (a) (ou o seu dependente) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas e qualquer investigador envolvido nesta pesquisa pode ser contatado a qualquer momento, na UESB (Rua José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequiezinho), pelo telefone (73) 35289627 e pelo e-mail luziawilma@yahoo.com.br ou csquarcini@gmail.com. Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos desse estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que também fica na UESB (Rua José Moreira Sobrinho, S/Nº, Jequiezinho, Jequiê), telefone (73) 35289727 e e-mail cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br. Terá também garantido a liberdade da retirada do consentimento a

qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou sem afetar a sua relação com a UESB. Em caso de dano pessoal diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o (a) senhor (a) (ou seu dependente) tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. Além disso, todas as folhas desse Termo serão assinadas pelo pesquisador responsável, sendo que este Termo será assinado em duas vias para que uma das vias fique com o (a) senhor (a) e a outra com os pesquisadores.

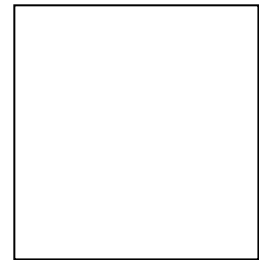
Confidencialidade: Os resultados desse estudo serão encaminhados em forma de relatório para a Unidade de Saúde e divulgados no meio acadêmico (revistas científicas especializadas, congressos e outros), mas nenhum nome será revelado.

Despesas e Compensações: Não há despesas pessoais para o (a) senhor (a) (ou se dependente) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Participação: Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li, ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo — “*Programa de exercício físico para pessoas com hipertensão arterial e seus familiares: avaliação com base no modelo RE-AIM*”. Eu discuti com um membro da equipe de pesquisadores sobre a minha decisão em participar desse estudo (ou permitir a participação de meu familiar dependente). Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação é isenta de custos e que também não há compensação financeira relacionada à participação. Concordo voluntariamente em participar (ou deixar meu dependente participar) deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do participante Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____



Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação deste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

ANEXO C – Questionário.

Nome: _____

Unidade: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Sexo: () Feminino () Masculino

Cor ou raça: () branca, () preta, () parda, () amarela, () indígena

Renda familiar mensal (valor em reais): _____

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

Tem Hipertensão? () Sim, () Não

Tem Diabetes? () Sim, () Não

Está acamado? () Sim, () Não

IPAQ - versão curta

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**):

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre (deixa livre ou lazer. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV, jogando vídeo game, bate-papo na internet e uso do computador para jogar e estudar. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

Questões VIGITEL – 2011

Consumo de Álcool

Q35. O(a) sr(a).costuma consumir bebida alcoólica?

() sim () não () não quis informar

Q36. Com que frequência o(a) sr(a). costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- () menos de 1 dia por semana
- () menos de 1 dia por mês

Consumo de Cigarro

Q60. Atualmente, o(a) sr(a). fuma?

- Sim, diariamente
- Sim, mas não diariamente
- Não

Q61. Quantos cigarros o(a) sr(a). fuma por dia?

- 1-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20-29
- 30-39
- 40 ou +

Consumo Alimentar

Q16. 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 (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

Q17. 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 (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

Q18. Num dia comum, o(a) sr(a). come este tipo de salada:

- no almoço (1 vez ao dia)
- no jantar ou
- no almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar 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

Q20. Num dia comum, o(a) sr(a). come verdura ou legume cozido:

no almoço (1 vez ao dia)

no jantar ou

no almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q27. 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 (inclusive sábado e domingo)

quase nunca

nunca

Q28. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a). come frutas?

1 vez ao dia

2 vezes ao dia

3 ou mais vezes ao dia