Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na Estratégia Saúde da Família em Imbituba/SC

Systemic arterial hypertension and associated factors in the family health strategy in Imbituba/SC

Jonathas Dias Melo[1], Daisson José Trevisol[2], Níkolas Brasiliense Fernandes[1], Márcia Regina Pereira[3]

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Leva à redução da expectativa de vida e possui elevada prevalência, caracterizando um problema de saúde pública, pois é a condição mais comum na atenção básica. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, no período compreendido entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014, em 423 indivíduos ≥ 18 anos. Para isso, aplicou-se questionário nas dependências dos postos de saúde, sendo aferidas pressão arterial e medidas antropométricas. Foi definida hipertensão arterial sistêmica (HAS) à média das duas medidas ≥ 140 x 90 mmHg ou o uso de medicação anti-hipertensiva. **Resultados:** A média de idade foi de 50 anos (± 16,5). A prevalência de HAS foi de 37,6% (IC 95% 32,9-42,3). Quanto aos fatores associados à HAS, as variáveis que permaneceram com significância estatística após análise multivariada foram: idade (p < 0,001), tabagismo (p = 0,016), circunferência abdominal alterada (p = 0,014) e diabetes (p < 0,001). Apenas 59,9% dos hipertensos obtiveram um controle apropriado da doença. O medicamento mais utilizado para tratamento da HAS foi losartana (33,33%). **Conclusão:** Observou-se que mais de um terço da população estudada é hipertensa e possui um controle insatisfatório da doença. Verificou-se a necessidade de programas preventivos voltados à população masculina, a fumantes, a diabéticos, àqueles com obesidade central e a mulheres menopausadas.

UNITERMOS: Prevalência, Hipertensão, Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: *Systemic arterial hypertension (SAH) is an important risk factor for cardiovascular disease. It leads to reduced life expectancy and has a high prevalence, featuring a public health problem, as it is the most common condition in primary care.* ***Methods:*** *A cross-sectional study was conducted from Dec 2013 to Feb 2014 of 423 individuals ≥ 18 years of age. For this, a questionnaire was administered to the participants on the premises of health centers, where blood pressure and anthropometric measurements were carried out. Systemic arterial hypertension (SAH) was defined as the average of the two measures ≥ 140 x 90 mm Hg or use of antihypertensive medication.* ***Results:*** *The mean age was 50 years (± 16.5). The prevalence of hypertension was 37.6% (95% CI 32.9-42.3). As for the factors associated with hypertension, the variables that remained statistically significant after multivariate analysis were age (p <0.001), smoking (p = 0.016), increased waist circumference (p = 0.014) and diabetes (p <0.001). Only 59,9% of the hypertensives had an appropriate control of the disease. The most widely used drug for treatment of hypertension was losartan (33.33%).* ***Conclusion:*** *It was observed that more than a third of the studied population is hypertensive and has a unsatisfactory control of the disease. It was found a poor control of the disease and the need for preventive programs aimed at the male population, smokers, diabetics, those with central obesity, and menopausal women.*

KEYWORDS: *Prevalence, Hypertension, Family Health Strategy, Health Centers.*

[1] Estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

[2] Doutor. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unisul e coordenador do Centro de Pesquisas Clínicas do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC/Unisul).

[3] Mestre. Professora do Curso de Medicina da Unisul.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a condição mais comum na Atenção Básica. Níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) são causas de infarto agudo do miocárdio (IAM), de acidente vascular cerebral (AVC), de insuficiência renal (IR) e de morte. Se não for detectada precocemente e tratada adequadamente, a HAS leva à redução da expectativa de vida por consequência das alterações dos órgãos-alvo (1,2).

Dentre as causas modificáveis de morbidade e mortalidade cardiovascular precoce, a HAS é uma das mais importantes, sendo fator de risco independente para doença cardiovascular (DCV) (3-6). O risco de DCV se inicia em 115/75 mmHg e dobra a cada aumento de 20/10 mmHg (7).

A implantação com ampla cobertura da ESF (Estratégia Saúde da Família) nos municípios do interior torna-se fundamental para se atingirem metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (1), pois 75% das pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica (8).

O presente trabalho teve como objetivo investigar a prevalência, conhecimento, controle e tratamento da HAS em adultos cadastrados na ESF do município de Imbituba/SC.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal em Imbituba, município localizado no sul de Santa Catarina, com 40.170 habitantes. Para o cálculo da amostragem, foi considerada a população adulta ≥ 18 anos, um total de 29.751 pessoas (9), e uma prevalência de 35%, margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%. Para eventuais perdas e recusas, acrescentaram-se 20%, obtendo-se uma amostra final de 416 pessoas distribuídas proporcionalmente nas 15 equipes ESF da cidade. As entrevistas ocorreram entre os meses de dezembro de 2013 e março de 2014.

Foram incluídas pessoas com idade ≥ 18 anos, residentes no município, com cadastro na ESF, as quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Excluíram-se os indivíduos que não foram encontrados após três tentativas por contato telefônico e após ter sido feita uma visita da agente comunitária de saúde.

Com um total de 15.306 famílias cadastradas, utilizou-se uma amostra proporcional sistemática sorteada a partir de números aleatórios simples previamente sorteados. Por meio de contato telefônico, foram convidados a participar do estudo e a vir até a UBS, com dia e hora marcados para responder ao questionário. Este foi aplicado por três estudantes, devidamente treinados, do quinto ano do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente em um consultório médico das UBS ou em um cômodo da casa sorteada. Para corrigir eventuais problemas no processo da coleta de dados e na logística, foi feito um estudo-piloto com uma subamostra de 10%. As entrevistas ocorreram todos os dias da semana e em diferentes períodos do dia.

Foi aferida a PA dos entrevistados, 3 vezes, de acordo com o padrão descrito no The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) (7). Descartou-se PA com diferenças ≥ 6 mmHg entre as medidas, realizando-se novas aferições e considerando-se, para o estudo, a média aritmética das duas últimas medidas. Foram classificados como hipertensos os indivíduos com pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90mmHg, ou uso atual de medicação anti-hipertensiva (7). Foram utilizados esfigmomanômetros automáticos que podem ser usados em estudos epidemiológicos da marca OMRON (10) e, visando aumentar a validade das medidas de PA, foram feitas as correções de acordo com a circunferência braquial (11).

O conhecimento prévio da condição de hipertenso foi investigado através do questionário adaptado do NHANES III (12). Foi considerada como hipertensão não controlada uma média de PAS ≥ 140mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg.

Definiu-se como tratamento anti-hipertensivo apenas a terapia farmacológica comprovada com receita médica ou com anotações no prontuário. Utilizou-se o Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico e Químico (ATC) para classificar os fármacos utilizados.

Foram considerados fumantes aqueles que consumiram 100 cigarros ou mais durante a vida conforme as diretrizes para cessação do tabagismo (13). Para avaliar o alcoolismo como fator de risco para HAS, o entrevistado respondeu ao questionário CAGE, em que duas respostas positivas ou mais indicam alcoolismo (14). O peso corporal foi obtido por medida em balança eletrônica e a estatura, através de fita métrica.

Calculou-se o Índice de Massa Corpórea (IMC); pessoas com IMC ≤ 29,9 kg/m² foram consideradas não obesas e com ≥ 30 kg/m² obesas. Definiu-se CA alterada medidas > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres (15).

Em relação à situação conjugal, foram considerados com companheiro (casado ou vive com companheiro) e sem companheiro (solteiro, divorciado, viúvo). A escolaridade foi classificada em ≤ 8 anos ou > 8 anos. A profissão dos entrevistados foi classificada em trabalho remunerado, não remunerado (desempregado, do lar, estudante) e aposentados/pensionista.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisul.

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1 e processados e analisados pelo software SPSS, versão 21.0. As variáveis qualitativas foram descritas em números absolutos e relativos. Para associações entre variáveis, foram aplicados os testes de qui-quadrado ou t de Student. As análises multivariadas foram realizadas para avaliar pos-

síveis fatores de confusão através de regressão de Poisson modificada. O intervalo de confiança preestabelecido foi de 95% e a margem de erro, 5%.

RESULTADOS

Das famílias sorteadas, foram entrevistados 423 indivíduos. A prevalência de níveis de pressão arterial elevada foi de 18,9% (IC 95% 15,1-22,7), excluindo-se o uso de medicamento anti-hipertensivo. Definindo-se como hipertensos aqueles com PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg ou uso de medicamentos anti-hipertensivo, a prevalência foi de 37,6% (IC 95% 32,9-42,3).

Quanto às variáveis socioeconômicas e demográficas apresentadas na Tabela 1, a média de idade foi de 50,08 anos (desvio-padrão ± 16,5). A maioria dos entrevistados era do gênero feminino (65,7%), de cor branca (92%), vivia com companheiro (65,2%) e declarou ter um trabalho remunerado (40,7%), percebendo uma renda mensal > 1 a 5 salários mínimos (78%). Cerca de 57,4% tinham baixa escolaridade (≤ 8 anos de estudo).

Foi encontrada uma alta prevalência de HAS nos idosos (≥60 anos), nos indivíduos aposentados/pensionistas e naqueles com escolaridade ≤ 8 anos de estudo.

Os fatores de risco mais prevalentes, dentre os estudados, em ordem decrescente foram: história familiar para HAS, CA alterada, menopausa, tabagismo, obesidade e diabetes (Tabela 2). Foram selecionadas as variáveis que obtiveram significância estatística na análise bivariada: idade (por anos completos), profissão, escolaridade, alcoolismo, tabagismo, obesidade, CA (cm), história familiar e diabetes para a análise multivariada. A variável escolaridade ≤ 8 anos de estudo mostrou-se no limite de significância estatística (p = 0,054), e as variáveis que permaneceram com significância estatística positiva após a análise multivariada foram idade, tabagismo, CA alterada e diabetes. (Tabela 3)

Quanto à saúde autorreferida pelos hipertensos, 23,9% referiram *Diabetes Mellitus* (DM); 9,4% Infarto Agudo do Miocárdio; 6,3% Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Em relação ao conhecimento da HAS, as mulheres atingiram uma porcentagem significativamente maior quando comparadas aos homens, 86,1% e 65,5%, respectivamente. Houve predominância do gênero feminino quanto a realizar tratamento farmacológico da doença. Dos 132 hipertensos que realizavam tratamento anti-hipertensivo, apenas 79 (59,9%) foram considerados como HAS controlada (PAS < 140 mmHg e/ou PAD < 90 mmHg). (Tabela 4)

Tabela 1 – Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica segundo variáveis socioeconômicas e demográficas da amostra. Imbituba-SC, 2013-2014.

Variáveis	n (%)	%HAS	Razão Prevalência (IC 95%)	p valor
Sexo				
Masculino	145 (34,3)	58 (40)	1,10 (0,85-1,41)	0,45
Feminino	278 (65,7)	101 (36,3)	1	
Idade				
18-29	58 (13,7)	5 (8,6)	1	
30-39	61 (14,4)	5 (8,2)	0,951 (0,29-3,11)	0,934
40-49	74 (17,5)	14 (18,9)	2,195 (0,83-5,74)	0,109
50-59	86 (20,3)	35 (40,7)	4,721 (1,96-11,33)	<0,001
≥60	144 (34,0)	100 (69,4)	8,056 (3,46-18,75)	<0,001
Idade (pela média)				
< 50 anos	193 (45,6)	24 (12,4)	1	
≥ 50 anos	230 (54,4)	135 (58,7)	4,720 (3,19-6,97)	<0,001
Raça				
Branco	389 (92,0)	145 (37,3)	0,905 (059-1,38)	0,64
Não Branco	34 (8,0)	14 (41,2)	1	
Situação Conjugal				
Com companheiro	276 (65,2)	101 (36,6)	0,927 (0,72-1,19)	0,56
Sem companheiro	147 (34,8)	58 (39,5)	1	
Profissão				
Trabalho remunerado	172 (40,7)	39 (22,7)	1	
Não remunerado	108 (25,5)	27 (25,0)	1,103 (0,71-1,69)	0,655
Aposentado/Pensionista	143 (33,8)	93 (65,0)	2,868 (2,12-3,87)	0,001
Escolaridade				
≤ 8 anos	243 (57,4)	123 (50,6)	2,531 (1,84-3,47)	<0,001
> 8 anos	180 (42,6)	36 (20,0)	1	

Tabela 2 – Fatores de risco e prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e seus níveis de significância estatística, Imbituba-SC, 2013-2014.

Fatores de Risco	n (%)	Prevalência de HAS	Razões de prevalência (IC 95%)	p valor
Alcoolismo				
Sim	20 (4,7)	7 (35%)	0,928 (0,50-1,70)	0,81
Não	403 (95,3)	152 (37,7)	1	
Tabagismo				
Sim	167 (39,5)	74 (44,3)	1,335 (1,04-1,70)	0,02
Não	256 (60,5)	85 (33,2)	1	
IMC				
Obeso	111 (26,2)	57 (51,4)	1,571 (1,23-1,99)	< 0,001
Não Obeso	312 (73,8)	102 (32,7)	1	
Circunferência Abdominal				
Alterada	229 (54,1)	106 (46,3)	1,694 (1,29-2,21)	< 0,001
Normal	194 (45,9)	53 (27,3)	1	
História Familiar (388)*				
Sim	271 (69,8)	109 (40,2)	1,623 (1,14-2,29)	0,006
Não	117 (30,2)	29 (24,8)	1	
Diabetes (398)*				
Sim	56 (14,1)	38 (67,9)	2,054 (1,62-2,59)	< 0,001
Não	342 (85,9)	113 (33)	1	
Menopausa (277)†				
Sim	145 (52,3)	84 (57,9)	4,248 (2,70-6,67)	< 0,001
Não	132(47,7)	18 (13,6)	1	

* Foram excluídos os pacientes que não sabiam informar quanto à condição de ser diabético e os que não sabiam a história familiar; † A análise foi realizada após se excluírem da amostra os homens e as mulheres que não sabiam informar.

Tabela 3 – Análise multivariada para prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica. Imbituba-SC, 2013-2014.

Variáveis	Razão Prevalência Ajustada	p valor
Idade (em anos completos)	1,043 (1,03-1,05)	<0,001
Profissão		
Trabalho remunerado	1	
Não remunerado	1,066 (0,75-1,50)	0,716
Aposentado/Pensionista	0,970 (0,66-1,42)	0,878
Escolaridade		
≤ 8 anos	1,370 (099-1,88)	0,054
> 8 anos	1	
Alcoolismo	1,079 (0,60-1,91)	0,796
Tabagismo	1,336(1,05-1,69)	0,016
Obesidade	1,263 (0,97-1,63)	0,077
CA Alterada	1,448 (1,07-1,94)	0,014
História Familiar	1,241 (0,96-1,59)	0,095
Diabetes	1,873 (1,47-2,37)	< 0,001

* A variável menopausa não foi incluída por se tratar de uma fator propriamente das mulheres.

De acordo com a classificação ATC, 4 dentre as 5 classes mais utilizadas classificadas no sistema cardiovascular eram anti-hipertensivas. (Tabela 5) Os hipertensos utilizaram 251 medicamentos para controle da PA, com média de 1,58.

Tabela 4 – Distribuição, por gênero, quanto ao conhecimento, tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Imbituba, 2013-2014.

	Masculino (%)	Feminino (%)	p
Conhecimento	38 (65,5)	87 (86,1)	< 0,001
Tratamento	45 (77,6)	87 (86,1)	< 0,001
PA não controlada	18 (40,0)	35 (40,2)	< 0,001

* Conhecimento em relação ao diagnóstico de hipertensão; † Tratamento medicamentoso da hipertensão; ‡ Pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90mmHg em indivíduos que realizam tratamento farmacológico.

Tabela 5 – Uso de medicamentos por subgrupo terapêutico do Sistema Cardiovascular na Estratégia Saúde da Família de Imbituba-SC, 2013-2014.

ATC	Subgrupo terapêutico	n	% do SCV*	% do Total†
C03	Diuréticos	68	20,18	6,62
C09C	Antagonistas dos receptores da angiotensina	61	18,10	5,94
C10A	Agentes modificadores de lipídeos	59	17,51	5,74
C07A	Betabloqueadores	50	14,84	4,87
C09A	Inibidores da enzima conversora da angiotensina	46	13,65	4,48
Total		284	100	27,65

* Porcentagem no grupo dos medicamentos classificados para o Sistema Cardiovascular (SCV); † Porcentagem considerando o total de medicamentos utilizados por todos os entrevistados.

Tabela 6 – Prevalência do uso de anti-hipertensivos por subgrupo terapêutico e princípio ativo na amostra estudada. Imbituba-SC, 2013-2014.

Anti-hipertensivos	n (251)	%*	% no subgrupo†
Diuréticos	68	27,09	
hidroclorotiazida	44		64,71
furosemida	12		17,65
clortalidona	7		10,29
espironolactona	3		4,41
indapamida	1		1,47
amilorida	1		1,47
Antagonistas dos receptores da angiotensina	61	24,30	
losartana	53		86,89
valsartana	3		4,92
tasosartana	2		3,28
telmisartana	2		3,28
olmesartana medoxomila	1		1,64
Betabloqueadores	50	19,92	
atenolol	16		32
propranolol	12		24
metoprolol	12		24
carvedilol	6		12
nebivolol	2		4
bisoprolol	1		2
timolol	1		2
Inibidores da enzima conversora da angiotensina	46	18,33	
captopril	22		47,83
enalapril	18		39,13
delapril	4		8,7
ramipril	2		4,35
Bloqueadores do canal de cálcio	22	8,76	
anlodipino	13		59,09
manidipino	4		18,18
nifedipino	2		9,09
diltiazem	1		4,55
nimodipino	1		4,55
nitrendipino	1		4,55
Agentes adrenérgicos de ação central	4	1,59	
metildopa	4		100

* Percentual de cada classe/subgrupo terapêutico anti-hipertensivo; † Representação do princípio ativo no subgrupo.

O anti-hipertensivo losartana foi o mais utilizado (33,3%). A classe dos diuréticos foi a mais frequentemente empregada (27,09%), com destaque para a hidroclorotiazida (Tabela 6).

DISCUSSÃO

No Brasil, existem diversos estudos para determinar prevalência e fatores de risco para hipertensão arterial, porém a diversidade de metodologia, pontos de cortes para classificar valores elevados, escolha da população a ser estudada, faixa etária, fatores culturais e sociais justificam a discrepância na prevalência da doença nas diversas regiões do país.

A cobertura de 100% do município pela ESF facilitou não só a distribuição proporcional da amostra em todas as equipes, como também o processo de sorteio pelos números das famílias. Além disso, o fato de cada bairro possuir uma UBS contribuiu para a adesão e comparecimento dos moradores sem dificuldades para deslocamentos. Pelas características da ESF do município de Imbituba, pode-se extrapolar os resultados para a população adulta do município.

Em todo o país, 22 trabalhos encontraram prevalências de HAS entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), e entre os gêneros, observou-se 35,8% nos homens e 30% nas mulheres. Nos idosos, a prevalência pôde chegar a 50% nos ≥ 60 anos e 75% acima dos 70 anos (1,16,17). Entre os anos de 2003 a 2008, foi feita uma revisão sistemática que incluiu resultados de 35 países, a qual revelou uma prevalência de hipertensão global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (18). Em Imbituba, a prevalência encontrada foi similar a esses estudos (37,6% no total, 40% em homens, 36,3% em mulheres e 69,4% ≥ 60 anos), bem como quando comparada aos dados do estudo NHANES (19), São José do Rio Preto/SP (20) e São Luís/MA (21), em relação aos grupos etários que foram descritos nestas cidades. Em Tubarão/SC, cidade a 50 km de Imbituba, em estudo domiciliar a prevalência de HAS foi de 40,5% em 2003 (22), e em Florianópolis (2009), 40,1% (23). Já em outras cidades catarinenses, a estimativa de prevalência ficou entre 14,7 e 33, 7% (24,25). Nos registros do DATASUS e SIAB, consta que a prevalência de hipertensão na região Sul, Florianópolis e Imbituba, é de 23,8%, 20,8% e 18% (26), respectivamente, sendo esses valores abaixo dos encontrados nos estudos anteriormente citados. As características das amostras estudadas e o inadequado cadastramento dos hipertensos nessas cidades podem explicar essas diferenças.

O aumento da prevalência de HAS com o passar dos anos é conhecido mundialmente, e a prevalência de quase 70% naqueles com ≥ 60 anos confirma os dados da literatura com os achados na amostra estudada no presente estudo (1,2,7,19).

Foram encontradas prevalências de HAS superiores a 50% em pessoas com diabetes, obesidade e em mulheres menopausadas, assim como Lessa (27) na população adulta de Salvador/BA.

No presente estudo, a obesidade central, caracterizada pela medida de CA alterada, foi significativamente maior no gênero feminino como encontrado em outras cidades da região sul do país (24,25,28). Lembrando que, em Brusque/SC, a prevalência de 67% de CA alterada foi em uma população feminina hipertensa, e, no presente estudo, 69,1% em todas as mulheres entrevistadas, o que corrobora com risco aumentado para HAS e outras doenças cardiovasculares.

No Brasil, 14 estudos populacionais com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (17,18), isto é, abaixo do encontrado em Imbituba (59,9%). Resultados semelhantes foram descritos por Pierin (45,5%), em estudo com hipertensos atendidos nas UBS (29). Nota-se, portanto, que o controle da doença foi maior em indivíduos cadastrados e/ou usuários dos serviços de Atenção Básica.

De acordo com a amostra estudada, a escolaridade é inversamente proporcional em relação à hipertensão, pois foi encontrada associação significativa com hipertensão em indivíduos com baixa escolaridade (≤ 8 anos de estudo), mesma conclusão dos estudos realizados pelo Ministério da Saúde (VIGITEL 2012) e Gus e cols. (29) no estado do Rio Grande do Sul. A adesão ao tratamento está diretamente relacionada à compreensão das informações referentes ao tratamento. E a maioria das campanhas voltadas à HAS é feita através de folhetos explicativos e cartilhas, o que dificulta a realização de um tratamento eficaz da doença. Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais de saúde das UBS estabeleçam novas estratégias e fortaleçam o vínculo com os usuários para uma adesão ao tratamento eficaz e, assim, diminuir as complicações cardiovasculares (30,31).

Observou-se que o gênero influenciou significativamente no conhecimento e tratamento da hipertensão, sendo maior nas mulheres ($p< 0,001$). A predominância das mulheres nos atendimentos dos serviços de saúde é bem conhecida na literatura. Sousa (33), em estudo na região metropolitana de São Paulo, demonstrou que as mulheres são as que mais procuram assistência à saúde e que os homens abandonam mais e são menos aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. Sendo assim, acredita-se que o gênero feminino tem uma maior preocupação com a saúde e possua melhor acesso aos serviços de saúde devido à maior disponibilidade de tempo livre e menor inserção ao trabalho formal. Além disso, existem mais programas de promoção e prevenção à saúde na ESF direcionados às mulheres do que aos homens (34).

Quanto ao conhecimento, tratamento e controle da PA, observaram-se em Tubarão (22) 55,6%, 46,8%, 21,6%, respectivamente. Em Imbituba, constataram-se níveis mais elevados, 74,8%, 83% e 59,9%, respectivamente. Além disso, foi encontrado um maior conhecimento em Imbituba (74,8%) quando comparada às cidades de Goiânia/GO (64,3%), Cuiabá/MT (68,3%), Nobres/MT (73,5%) e à maioria dos estados brasileiros (17). Entretanto, os níveis de controle ainda não estão desejáveis, haja vista que uma parcela importante dos hipertensos encontrou-se com níveis de PA elevados no momento da entrevista. Os resultados apresentados nos diferentes trabalhos podem estar associados às diferentes metodologias empregadas.

A prevalência de desfechos cardiovasculares dos hipertensos entrevistados leva a direcionar medidas preventivas para a população da ESF do município juntamente com o controle dos níveis pressóricos, visto que a redução de 5 mmHg na PAS reduz a mortalidade total em 14% para AVE e 9% para DAC (7).

Quanto ao uso de medicações anti-hipertensivas, os achados foram similares às recomendações do JNC8 (2), pois as classes mais utilizadas foram diuréticos tiazídicos e bloqueadores da angiotensina II (BRA). As outras classes tiveram menor representatividade na amostra estudada, principalmente os pertencentes às classes dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e bloqueadores do canal de cálcio (BBC). Porém, estão fortemente recomendados nos "Joints" (2,7) e pelo Ministério da Saúde (6), para o tratamento inicial da HAS ou associação à monoterapia com diuréticos. Weber, Oliveira e Colet (31) observaram que os medicamentos mais prescritos para os pacientes participantes do programa HIPERDIA em uma UBS foram os diuréticos (36,61%), com destaque para a hidroclorotiazida (26,24%), de acordo com os resultados do presente estudo. Neste estudo, a classe dos IECAs foi a segunda mais prescrita (28,22%), em contraponto ao presente estudo que encontrou a classe dos BRAs (24,3%). (Tabela 6)

Uma das limitações deste estudo é que, para o diagnóstico clínico de hipertensão, são recomendadas duas medidas em momentos diferentes (7). Contudo, por motivos orçamentários e logísticos, optou-se por uma única entrevista. Em virtude de as entrevistas exigirem o comparecimento na UBS, houve dificuldade para a participação da população economicamente ativa. Outra limitação que não pode ser descartada é a da causalidade reversa devido ao delineamento transversal.

Assim, novos estudos devem ser direcionados para as causas de má adesão ao tratamento e controle pressórico, abordando dificuldade de acesso à medicação, efetividade dos esquemas terapêuticos e seus efeitos adversos, relacionamento do hipertenso com a equipe de saúde e acesso ao serviço assistencial de atenção primária.

CONCLUSÕES

Por meio dos resultados obtidos, verificou-se que a HAS em Imbituba deve ser considerada como um dos principais problemas de saúde pública devido à sua alta prevalência e ao controle insatisfatório dos níveis pressóricos em indivíduos hipertensos. Os fatores de risco como obesidade central, tabagismo e diabetes foram identificados com significância estatística. Portanto, há a necessidade de programas preventivos visando atender à população com fatores de risco para HAS, bem como obter o controle da doença.

AGRADECIMENTOS

À Isabela Pires de Oliveira, pela contribuição no planejamento e logística; à Secretaria Municipal de Saúde de Imbituba, pelo auxílio na operacionalização do trabalho; ao CPC-Unisul/HNSC, pelo empréstimo dos materiais utilizados na pesquisa e realização da análise estatística.

REFERÊNCIAS

1. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Soc Bras Cardiol / Soc Bras Hipertens / Soc Bras Nefrol VI Diretrizes Bras Hipertens Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl1) 1-51. 2010;95(1 supl. 1):1-51.
2. James P a, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA [Internet]. 2014 Feb 5 [cited 2014 Jul 9];311(5):507-20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797
3. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. Hiyertension. 1995;25(3):305-13.
4. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R for the PSC. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality For personal use . Only reproduce with permission from The Lancet Publishing Group . Lancet 2002; 360 1903-13. 2003;361:2003.
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet [Internet]. 2004;364(9438):937-52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364185
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr. JL et al. Prevention , Detection , Evaluation , and Treatment of. Seventh Rep Jt Natl Comm Prev Detect Eval Treat High Blood Press JNC 7 report. 2003;289:2560-7(289:2560-72.).
8. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Portal da Saúde [acesso em 17 set 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela=1>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades@ [acesso em 14 set 2013]. Disponível em: <www.http://ibge.gov.br>
10. Working meeting on blood pressure measurement: suggestions for measuring blood pressure to use in population surveys (Special report)-Pan American Hypertension Initiative. Pan American Journal of Public Health. 2003; 14: 300-02.
11. Whitworth JA, World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003; 21(11): 1983-92.
12. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. Prev Med 1997; 26:678-85
13. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves C, Godoy I, Chatkin JM SM. Diretrizes para cessão do tabagismo. J Bras Pneumol. 2008;34(10):1543-51.
14. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "Cage" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res. 1983;16(3):215-8.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005; 84 (Suppl 1).
16. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card. 2008; 91:31-5.
17. Rosario TM, Scala LCNS, Franca GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card. 2009; 93: 672-8.
18. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension. 2009; 27: 963-75.
19. Ong KL, Cheung BMY, Man YB, Lau CP, Lam KSL. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999- 2004. Hypertension. 2007; 49: 69-75.
20. Cipullo JP, Fernando J, Martin V, Alberto L, Ciorlia DS, Regina M, et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):519-26.
21. Barbosa JB, Augusto A, Miranda A, Monteiro C, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís/MA. Arq Bras Cardiol 91. 2008;91(4):260-6.
22. Pereira MR, Coutinho MS de A, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro. 2007;23(10):2363-74.
23. Augusto D, Silva S, Petroski EL. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis : estudo de base populacional. Prehypertension and hypertension among adults in a metropolitan area in Southern Brazil : population-based study. Rev Saúde Pública. 2012;46(6):988-98.
24. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. Arq. Bras. Cardiol. 2007;89(5):319-24.
25. Longo GZ, das Neves J, Luciano VM, Peres MA. Prevalência de níveis Pressóricos Elevados e Fatores Associados em Adultos de Lages/SC. Arq. Bras. Cardiol. 2009;93(3):387-94.
26. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 14 set 2013]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
27. Lessa Í, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida FN de, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. Arq Bras Cardiol. 2006;87(6):747-56.
28. Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque/SC. Arq Bras Cardiol. 2006; 86 (3): 219-22
29. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2004;83(5):424-28.
30. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo. Ciências & Saúde Coletiva. 2011;16(Supl. 1:1389-400.
31. Weber D, Oliveira KR de, Colet C de F. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saude. Rev Bras Hipertens. 2014;21(2):114-21.
32. Mochel EG, Almeida DS, Tobias AF, Cabral RF, Cossetti RJD. Hipertensão arterial sistêmica. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 2006;7:30-7
33. Sousa AL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, organizadora. Hipertensão arterial – Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2005. p. 165-184.
34. Freitas LC De, Rodrigues GM, Araújo FC, Bruno E, Falcon S. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua/PA. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2012;7(22):13-9.

✉ Endereço para correspondência
Jonathas Dias Melo
Rua Duque de Caxias, 217
88.780-000 – Imbituba, SC – Brasil
☎ (48) 9977-4418
jonathasmelo@hotmail.com

Recebido: 30/9/2015 – Aprovado: 6/12/2015