

Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres - MT

Prevalence, Control and Treatment of Arterial Hypertension in Nobres - MT

Tânia Maria do Rosário¹, Luiz César Nazário Scala^{1,2}, Giovanny Vinícius Araújo de França^{1,4}, Márcia Regina Gomes Pereira¹, Paulo César Brandão Veiga Jardim³

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso¹, Cuiabá, MT; Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Mato Grosso², Cuiabá, MT; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás³, Goiânia, GO; Universidade Federal de Pelotas⁴, RS – Brasil

Resumo

Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica (HAS), considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade de controle, é descrita também como um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Objetivo: Estimar a prevalência da HAS, assim como as características de seu controle e tratamento, na população de 18 a 90 anos da região urbana de Nobres - MT.

Métodos: Estudo transversal, de base populacional, com amostragem aleatória e com reposição. O critério para classificação da HAS foi pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg ou uso atual de anti-hipertensivos. As entrevistas foram realizadas utilizando-se questionários padronizados e testados previamente. As variáveis foram descritas por médias \pm desvios-padrão e frequências. As médias foram comparadas utilizando-se o teste t-Student e as associações por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

Resultados: Nos 1.003 indivíduos maiores de 18 anos analisados, foi observada prevalência de HAS de 30,1%. Entre os hipertensos (N = 302), 73,5% sabiam dessa condição, 61,9% faziam tratamento e 24,2% tinham a PA controlada. Observou-se a associação positiva entre HAS e idade; analfabetismo; escolaridade inferior a oito anos; IMC ≥ 25 kg/m²; circunferência da cintura aumentada e muito aumentada; razão cintura-quadril (RCQ) em faixa de risco; sedentarismo e etilismo.

Conclusão: A HAS revelou-se um importante problema de saúde pública também em um município de pequeno porte do interior do país. Os níveis de controle e tratamento da hipertensão nessa população foram considerados insatisfatórios, apesar de melhores em comparação aos observados em outros estudos. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(6):672-678)

Palavras-chave: hipertensão/terapia/epidemiologia, controle, prevalência.

Summary

Background: Systemic Arterial Hypertension (SAH), considered a public health problem due to its high prevalence and difficult control, is also described as one of the most important risk factors for cardiovascular diseases.

Objective: This study aimed to determine the prevalence of SAH, as well as characteristics related to its control and treatment, among individuals aging between 18 and 90 years from the urban region of Nobres, MT.

Methods: Cross-sectional, population-based study, with random sampling and with replacement. For classification of SAH, criteria included blood pressure (BP) $\geq 140/90$ mmHg or current use of antihypertensive drugs. Individuals were interviewed with standardized questionnaires previously tested. Variables were described as means \pm standard deviations and frequencies. Means were compared with the Student's t test and associations were determined with the Pearson chi-square test, with a significance level of 5%.

Results: SAH has a prevalence of 30.1% in the sample, composed of 1,003 individuals older than 18 years. Among hypertensive individuals (N = 302), 73.5% knew about their condition, 61.9% were under treatment and for 24.2% the BP was under control. A positive association was observed between SAH and age; illiteracy; less than 8 years education; BMI ≥ 25 kg/m²; high and very high waist circumference; waist-hip ratio (WHR) at risk level; sedentariness; and alcoholism.

Conclusions: This study showed that SAH represents an important public health problem even in a small district in the interior region of Brazil. Levels of control and treatment of hypertension in the population were higher than those observed in similar studies, but were considered not satisfactory. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(6):622-628)

Key Words: hypertension/therapy/epidemiology; control; prevalence.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Introdução

A hipertensão arterial (HA), doença mais frequente na população brasileira^{1,2}, não tem sua prevalência no país conhecida³. A influência da HA sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV) exige o reconhecimento de sua real distribuição nos distintos estados brasileiros⁴, estimando-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença⁵. A pressão arterial (PA) é uma variável linear e contínua que se associa positivamente com o risco cardiovascular⁶, sendo que a relação entre morte por doença cérebro-vascular e PA é também contínua, crescente e significativa em níveis superiores a 115/75 mmHg para todas as faixas etárias⁷.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85 mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80 mmHg⁸.

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes melito e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica⁸.

Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular^{4,9}. O desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença¹⁰. Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada⁴. No Brasil, são escassos os dados relativos a real prevalência da HA^{3,11}, sendo também escassas as informações referentes ao grau de tratamento e controle.

Vários estudos de base populacional foram realizados em diversos estados brasileiros nos últimos anos, observando-se prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizado¹¹. Considerando-se também a escassez de estudos de prevalência, conhecimento e controle da hipertensão na Região Centro-Oeste, em especial no Mato Grosso, a obtenção dessas informações serão úteis para a planificação de ações preventivas, terapêuticas e assistenciais nessa região do país. Existem evidências que tais ações, direcionadas à HA, reduzem a morbidade e mortalidade associadas às DCV¹²⁻¹⁴. O presente estudo analisou e interpretou alguns aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial em Nobres, com o objetivo de determinar a prevalência, as principais características associadas e os níveis de conhecimento, tratamento e controle, na população urbana de 18 a 90 anos.

Método

Estudo observacional, analítico, de delineamento transversal, de base populacional, com amostragem

aleatória, com reposição e em múltiplos estágios. Este estudo compõe o “Projeto Centro-Oeste de Hipertensão Arterial”, desenvolvido pela Universidade Federal de Mato Grosso (Instituto de Saúde Coletiva e Faculdade de Ciências Médicas), em cooperação com a Universidade Federal de Goiás (Faculdade de Medicina e Liga de Hipertensão Arterial). O objetivo deste estudo cooperativo foi analisar a hipertensão arterial e fatores associados, nas cidades de Cuiabá e Nobres (Mato Grosso); Goiânia e Firminópolis (Goiás). Através de questionário padronizado, aplicado em domicílio, foram colhidas informações sociodemográficas e de hábitos de vida de adultos e idosos (18 a 90 anos), residentes na região urbana do município de Nobres - MT, no período de janeiro a março de 2006. O tamanho amostral foi estimado em 1.003 indivíduos, selecionados através de amostragem aleatória de 12.269 habitantes¹⁵, de 3.619 domicílios, respeitando-se a densidade populacional das diversas áreas urbanas. A prevalência de hipertensão na população adulta foi estimada em 20%¹⁶, com nível de confiança fixado em 95% e erro de delineamento de 2,5%. Este estudo contou com a colaboração das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e de agentes comunitários locais de saúde, cuja cobertura atinge 100% da área urbana de Nobres.

O sorteio da amostra foi realizado em quatro estágios. As unidades amostrais do primeiro estágio foram os setores censitários da zona urbana de Nobres – MT. O segundo estágio compreendeu amostragem por quadras, o terceiro por domicílios, e o quarto o sorteio de um morador. Preliminarmente, os indivíduos eram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e, a seguir, eram convidados a participar voluntariamente do estudo. Os que estavam de acordo assinavam um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Caso o indivíduo sorteado não estivesse no domicílio no momento do sorteio, eram agendadas novas visitas. Após três tentativas sem sucesso, ou em caso de recusa, procedia-se ao sorteio de outro indivíduo em domicílio contíguo, identificado no sentido horário. Foram excluídos da amostra imóveis não residenciais (escolas, hospitais, quartel), grávidas, empregadas domésticas e os que se recusaram a participar do estudo.

A equipe de pesquisa foi constituída pelo coordenador da pesquisa em Mato Grosso, pela coordenadora e supervisora do município de Nobres e pelos pesquisadores de campo. Estes foram distribuídos em seis duplas e treinados com o objetivo de aplicarem os inquéritos padronizados, pré-testados, e realizarem medidas antropométricas e de pressão arterial. Os entrevistadores eram facilmente identificados através de crachás, camisetas e bolsas com a logomarca da pesquisa.

Todos os entrevistados receberam materiais informativos sobre pressão arterial, hipertensão e fatores de risco cardiovascular. Caso fosse observada a presença de hipertensão, eram encaminhados a unidades de saúde mais próximas de seu domicílio. O controle de qualidade das medidas obtidas (PA, antropométricas) foi realizado através de sorteios aleatórios, estimativas de médias e medidas de dispersão entre os observadores, sob supervisão da coordenadora do estudo.

No domicílio, os participantes responderam ao questionário pré-testado sobre dados sociodemográficos e de hábitos de

vida. Foram realizadas medidas de PA (esfigmomanômetro OMROM-HEM 705CP), peso (balança eletrônica PLENNALITHIUM GIANT), altura (estadiômetro SECCA) e medida da cintura (fita inextensível CARDIOMED). O questionário continha questões sobre o tratamento atual da hipertensão, comprovado pela apresentação de medicação anti-hipertensiva, registrando-se, nesse caso, se a PA estava ou não controlada.

O esfigmomanômetro OMROM HEM 705 CP é um equipamento automático, eletrônico e oscilométrico, validado por instituições internacionais e recomendado para ser utilizado em estudos epidemiológicos^{17,18}. Foram considerados os seguintes procedimentos para a medida da PA: posição sentado; pés no chão; braço esquerdo relaxado, apoiado sobre mesa e à altura do coração; palma voltada para cima; bexiga vazia; ausência de prática de exercícios físicos moderados ou intensos; e ter fumado ou ingerido bebida alcoólica nos 30 minutos antecedentes às medidas. A braçadeira utilizada foi compatível com a circunferência do braço. Para fins de análise, foi considerada a última medida da PA, desde que não houvesse uma diferença maior que 5 mmHg entre as mesmas. Em caso contrário, eram realizadas mais duas medidas complementares, com intervalo mínimo de três minutos, considerando-se sempre a última.

As medidas da circunferência da cintura foram efetuadas com fita metálica inextensível sobre a pele, ajustada ao corpo, tomando-se como parâmetro a parte mais estreita do tronco, entre o tórax e quadril.

Considerou-se variável desfecho a presença ou ausência de hipertensão arterial, definida segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁹, incluindo hipertensos em tratamento atual comprovado. Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

1) Variáveis independentes sociodemográficas: a) idade - expressa em anos completos e categorizada em faixas etárias de 18 a 90 anos; b) gênero - masculino e feminino; c) situação conjugal - se os entrevistados viviam com ou sem companheiro(a) na época do estudo; d) escolaridade - anos de estudo; e) renda familiar mensal *per capita* - segundo valores de salários mínimos; f) número de moradores no domicílio;

2) Variáveis independentes de hábitos de vida: a) alimentares - uso de sal, consumo de gordura; b) tabágico - fumante atual, qualquer número de cigarros/dia; ex-fumante ou nunca fumou; c) consumo excessivo de bebida alcoólica - presente ou ausente; d) prática de atividade física - diária ou sistemática no trabalho e/ou nos momentos de lazer; sedentário, atividade física leve, moderada ou intensa; e) presença de hipertensão arterial - se sabia ser hipertenso, fazia tratamento e se a PA estava sob controle.

3) Variáveis independentes antropométricas: a) peso normal - definido pelo índice de massa corpórea (IMC) ($\text{peso}/\text{altura}^2$) $\geq 18,5\text{kg}/\text{m}^2$ e $< 25\text{kg}/\text{m}^2$; b) sobrepeso - $\text{IMC} \geq 25\text{kg}/\text{m}^2$ e $< 30\text{kg}/\text{m}^2$; c) obesidade - $\text{IMC} \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$ de superfície corporal; d) obesidade central - definida pelos pontos de corte da circunferência da cintura (CC) $> 88\text{cm}$ para homens e $> 84\text{cm}$ para mulheres.

As informações deste estudo foram duplamente digitadas, construindo-se dois bancos de dados, comparados entre si

para correções de eventuais inconsistências. Para o grupo total, estratificado por gênero, e para as variáveis independentes, foram calculadas as taxas de prevalência de hipertensão, intervalos de confiança (IC) 95% e medidas de associação. As variáveis contínuas foram analisadas sob a forma de médias e desvios-padrão, e as categóricas quanto às frequências absoluta e relativa.

Foram analisadas associações entre as variáveis independentes e a variável desfecho (presença ou ausência de hipertensão), através do teste do qui-quadrado de Pearson para as proporções e teste T para as médias. A análise foi realizada pelos programas EPI INFO-2000, versão 3.3.2, e SPSS, versão 9.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento pós-informado.

Resultados

Foram analisados 1.003 participantes com média de idade de $42,6 \pm 15,4$ anos, sendo 51,3% (N = 515) homens. Predominaram as faixas etárias de 18 a 29 anos (26,0%; N = 261) e 30 a 39 anos (24,1%; N = 242). As proporções de participantes de idade inferior a 40 anos e superior a 60 anos foram, respectivamente, 50,1% (N = 503) e 18,0% (N = 180). Em relação à escolaridade, 46,6% (N = 497) estudaram até o primeiro grau, com 10,9% (N = 109) de analfabetos. Observou-se que 62,2% (N = 624) dos entrevistados viviam com companheiro(a), e 52,3% (N = 525) em domicílios com quatro a sete pessoas. Quase que a totalidade da população amostral (98,3%; N = 986) apresentou renda familiar *per capita* inferior a cinco salários mínimos vigentes. Essas características da população amostral estão expressas na tabela 1.

Quanto à classificação da pressão arterial da população amostral discriminada por sexo, e uso ou não de medicação anti-hipertensiva, observou-se que entre os indivíduos sob medicação anti-hipertensiva (N = 73), 30,3% dos homens (N = 20) e 47,7% das mulheres (N = 53) estavam normotensos, isto é, tinham a PA controlada. Quanto aos indivíduos que não utilizavam medicação anti-hipertensiva (N = 701), observou-se 81,3% de homens (N = 365) e 89,1% das mulheres com PA normal. Considerando-se os indivíduos sob medicação e com a PA não controlada, observou-se predomínio dos homens (69,7%; N = 46) em relação às mulheres (52,3%; N = 58). Quanto aos hipertensos sem uso de medicação, também se observou predomínio dos homens (18,7%; N = 84) em relação às mulheres (10,9%; N = 41). Esses dados estão expressos na tabela 2.

Observou-se que, na população amostral, 7,3% (N = 73) dos hipertensos sob medicação estavam com a PA controlada (PA $< 140/90$ mmHg) e que 22,8% (N = 229) dos indivíduos sem medicação apresentaram hipertensão. A soma dos hipertensos sob medicação (7,3%) e dos hipertensos sem medicação (22,8%) totalizou 30,1%, cifra que representa a prevalência geral de hipertensão arterial na região urbana de Nobres (n = 302; IC95% - 27,3 - 33,1). Verificou-se predomínio, não significativo, de hipertensão arterial nas mulheres - 31,1% vs. 29,1% (tabela 3).

Tabela 1 - Características da população amostral em relação a gênero, faixa etária, grau de escolaridade, situação conjugal, número de moradores no domicílio e renda per capita, Nobres - MT, 2006*.

Características sociais e demográficas	N	%	IC (95%)
Gênero			
Masculino	515	51,3	48,2 - 54,5
Feminino	488	48,7	45,5 - 51,8
Faixa etária			
18 a 29 anos	261	26,0	23,4 - 28,9
30 a 39 anos	242	24,1	21,5 - 26,9
40 a 49 anos	187	18,6	16,3 - 21,2
50 a 59 anos	133	13,3	11,3 - 15,6
60 a 69 anos	99	9,9	8,1 - 11,9
70 anos ou mais	81	8,1	6,5 - 10,0
Escolaridade			
Analfabeto	109	10,9	9,0 - 13,0
Primeiro grau	497	49,6	46,4 - 52,7
Segundo grau	291	29,0	26,2 - 31,9
Terceiro grau	57	5,7	4,4 - 7,3
Outros	49	4,9	3,7 - 6,5
Situação conjugal			
Com companheiro(a)	624	62,2	59,1 - 65,2
Sem companheiro(a)	379	37,8	34,8 - 40,9
Número de moradores no domicílio			
1 a 3	448	44,7	41,6 - 47,8
4 a 7	525	52,3	49,2 - 55,5
8 a 11	28	2,8	1,9 - 4,1
12 a 15	2	0,2	0,0 - 0,8
Renda per capita (salários mínimos)			
Sem rendimento	2	0,2	0,0 - 0,8
Até ½ salário mínimo	263	26,2	23,5 - 29,1
½ a 1 salário mínimo	325	32,4	29,5 - 35,4
1 a 2 salários mínimos	315	31,4	28,6 - 34,4
2 a 4 salários mínimos	76	7,6	6,1 - 9,4
4 ou mais salários mínimos	22	2,2	1,4 - 3,4

* N = 1.003; N – número de pacientes; IC – intervalo de confiança.

Quanto às características demográficas e de hábitos de vida da população hipertensa, foram observadas associações significantes entre hipertensão arterial e idade superior a 60 anos, analfabetismo, escolaridade inferior a oito anos, sedentarismo e hábito alcoólico. A comparação entre normotensos e hipertensos revelou diferenças significativas em relação à idade média em anos ($37,1 \pm 14,0$ vs. $54,2 \pm 15,9$; $p < 0,001$), IMC e circunferência da cintura. Renda familiar inferior a dois salários mínimos e hábito tabágico não se mostraram associados à hipertensão arterial tabela 4.

Em relação aos hipertensos (N = 302), observou-se que 73,5% (N = 222) sabiam ser hipertensos. Destes, 11,6% (N = 35) não estavam sob tratamento e 61,9% (N = 187) utilizavam anti-hipertensivos. Dos que estavam sob tratamento (N = 187), 73 apresentaram PA sob controle, representando, em relação ao total de hipertensos da população amostral (N = 302), taxa de controle de 24,2% (figura 1).

Discussão

Este estudo compõe um projeto cooperativo entre as Universidades Federais de Mato Grosso (UFMT – Instituto de Saúde Coletiva e Faculdade de Ciências Médicas) e de Goiás (UFG – Faculdade de Medicina e Liga de Hipertensão Arterial), para estimar a prevalência e identificar características epidemiológicas da hipertensão arterial na região Centro-Oeste. Foram previamente avaliadas as cidades de Goiânia¹⁹ e Firminópolis (Goiás), e Cuiabá²⁰ (Mato Grosso). O presente estudo analisou, exclusivamente, a cidade de Nobres - MT. Observou-se, em Nobres, um porcentual baixo de perdas de domicílios (0,5%), explicado pela existência de PSF com 100% de cobertura da região urbana.

Uma das limitações do delineamento deste estudo é não permitir a definição de associações causais entre hipertensão e as características epidemiológicas estudadas, uma vez que, tratando-se de um corte no tempo, os possíveis determinantes e desfechos são vistos em um mesmo momento, impossibilitando a utilização da temporalidade como critério causal. Entretanto, o delineamento deste estudo permitiu obter informações e avaliações das variáveis de interesse, indicando fatores demográficos, sociais e antropométricos que influenciam a ocorrência da hipertensão arterial.

A partir de uma lista já pronta de domicílios e moradores, e dos setores censitários fornecidos pelo IBGE, abreviou-se o processo dispendioso e demorado de visitas aos setores censitários, para arrolamento de domicílios e identificação dos moradores, comum em estudos de base populacional.

Observou-se elevada prevalência de hipertensão arterial (30,1%), sem diferença significativa em relação ao gênero, segundo os critérios de hipertensão $\geq 140/90$ mmHg e/ou uso de terapêutica anti-hipertensiva⁸. Em alguns estudos de base populacional, realizados também em regiões urbanas sob o mesmo ponto de corte, foram encontradas prevalências semelhantes aos deste estudo: no Rio Grande do Sul – 29,9%²¹ e 31,6%²²; em Catanduva - SP – 31,5%²³; em Aracajú - SE – 31,8%²⁴; em Campos - RJ – 32,0%²⁵; em Salvador - BA - 29,9%²⁶; e em Formiga - MG -32,7%²⁷. O grupo de

Tabela 2 - Classificação da pressão arterial da população amostral discriminada por sexo, em uso ou não de medicação anti-hipertensiva, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Nobres - MT, 2006.

Classificação	%	Com Medicação				Sem Medicação			
		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
		n	%	N	%	N	%	n	%
Ótima	54,9	3	4,5	15	13,5	166	37,0	241	63,9
Normal	27,4	10	15,2	24	21,6	118	26,3	60	15,9
Limítrofe	17,7	7	10,6	14	12,6	81	18,0	35	9,3
Normotensão (n=774)		20	30,3	53	47,7	365	81,3	336	89,1
Hipertensão Estágio I	28,0	12	18,2	14	12,6	21	4,7	17	4,5
Hipertensão Estágio II	17,0	7	10,6	8	7,2	13	2,9	11	2,9
Hipertensão Estágio III	12,2	7	10,6	12	10,9	9	2,0	-	-
Hipertensão Sistólica Isolada	42,8	20	30,3	24	21,6	41	9,1	13	3,5
Hipertensão (n=229)	-	46	69,7	58	52,3	84	18,7	41	10,9
Total (n=1003)	-	66	100,0	111	100,0	449	100,0	377	100,0

n - número de pacientes.

Tabela 3 - Classificação da pressão arterial da população amostral, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, em uso ou não de anti-hipertensivos, segundo o gênero, Nobres - MT, 2006.

Classificação	Sexo						p
	Masculino		Feminino		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Hipertensos	150	29,1	152	31,1	302	30,1	0,48
Normotensos	365	70,9	336	68,9	701	69,9	
Total	515	100,0	488	100,0	1003	100,0	

N - número de pacientes.

pesquisadores do presente estudo registrou prevalências mais elevadas de hipertensão arterial em Goiânia - GO (36,4%)¹⁹ e em Cuiabá - MT (33,4%)²⁰.

Em Nobres, não foram observadas diferenças significativas de hipertensão quanto ao gênero, em concordância com os resultados de Cuiabá-MT²⁸, Cianorte - PR²⁹ e Caucaia - CE³⁰. Segundo os critérios de classificação da PA das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁸, observou-se que entre os normotensos (N = 774), 54,9% apresentaram PA ótima, 27,4% PA normal e 17,0% PA limítrofe. Entre os hipertensos (N = 229), 28,0% apresentaram hipertensão estágio I, 17,0% estágio II, 12,2% estágio III e 42,8% hipertensão sistólica isolada.

Em relação à hipertensão estágio III, observou-se prevalência de 5,8% em Vitória - ES³¹, e 3,8% em Cuiabá - MT²⁰, valores inferiores aos obtidos em Nobres - MT (12,2%). A prevalência

Tabela 4 - Características da população classificada como normal ou hipertensa, Nobres - MT, 2006.

Características	Normal	Hipertensa	P
Idade média (anos)	37,1±14,0	54,2±15,9	<0,001
Proporção de maiores de 60 anos (%)	8,3	40,4	<0,001
Analfabetos (%)	6,1	21,9	<0,001
Escolaridade < 8 anos (%)	56,0	67,6	0,030
Renda familiar ≤ 2 salários mínimos (%)	59,9	56,3	0,285
Média do IMC (kg/m ²)	24,5±4,4	27,6±4,9	<0,001
Média da CC (cm)	86,3±10,4	95,0±12,1	<0,001
Hábito tabágico (%)	24,3	22,2	0,480
Sedentarismo (%)	20,7	27,5	0,018
Hábito alcoólico (%)	47,4	31,8	<0,001
Média da pressão arterial (mmHg)			
PAS	114,3±13,3	147,4±22,3	<0,001
PAD	70,1±8,7	86,8±13,2	<0,001
TOTAL (n = 1003)	701	302	1003

IMC - índice de massa corporal; *CC* - circunferência da cintura; *PÁS* - pressão arterial sistólica; *PAD* - pressão arterial diastólica; *n* - número de pacientes.

de HSI em Nobres (42,8%) foi muito superior às observadas em Cuiabá - MT (9,8%)²⁰, e Catanduva-SP (5,6%)²³.

Quanto às variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida, observou-se que os hipertensos apresentaram médias e proporções das variáveis, de modo geral, maiores que

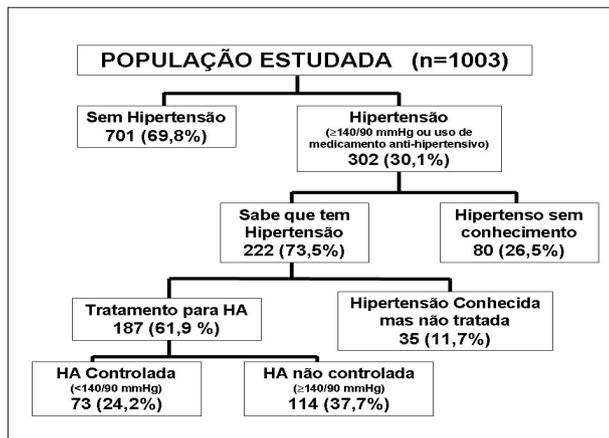


Fig. 1 - Esquema da distribuição, conhecimento, tratamento e controle da pressão arterial em Nobres - MT, 2006.

os normotensos, em concordância com outros estudos em Cuiabá²⁸ e em Goiânia¹⁹.

Em relação ao conhecimento, tratamento e controle da hipertensão, considerando-se a prevalência de hipertensão em Nobres (30,1%; n = 1.003), observou-se que 73,5% dos indivíduos sabiam ser hipertensos, dos quais 61,9% faziam tratamento medicamentoso. Destes, 24,2% apresentavam PA controlada no momento da medida.

Verificou-se que os percentuais de conhecimento e tratamento da PA da pesquisa norte-americana *Third National Health and Nutrition Examination Survey*³², respectivamente 70,0% e 59,0%, foram próximos aos obtidos no presente estudo (73,5% e 61,9%). O trabalho americano mostrou 34,0% de controle pressórico, contra 24,2% no presente estudo. Em Portugal, um estudo com 5.023 adultos revelou prevalência de hipertensão de 42,1%, com controle pressórico de apenas 11,2%³³.

Quanto ao conhecimento, tratamento e controle da PA, observaram-se em Goiânia¹⁹ percentuais de 64,3%, 42,4% e 12,9%, respectivamente. Em Cuiabá-MT²⁰, registraram-se cifras de 68,3%, 68,5% e 16,6%, respectivamente. Comparativamente, na região Centro-Oeste, o controle da PA observado em Nobres (24,2%) foi superior ao de Cuiabá (16,6%) e ao de Goiânia (12,9%).

Observaram-se níveis mais elevados de conhecimento de hipertensão em Nobres, quando comparados aos de Goiânia - GO¹⁹, Cuiabá - MT²⁰ e à maioria dos estados brasileiros. Esse fato pode ser justificado pela presença do Programa de Saúde da Família, em colaboração com o Programa de Agentes Comunitários Locais de Saúde da Secretaria de Saúde de Nobres. Nesse sentido, novos estudos devem ser dirigidos para serem identificadas as causas da falta de êxito do tratamento anti-hipertensivo. Com esse objetivo, deverão ser consideradas: a falta de adesão ao tratamento; a dificuldade de acesso à medicação e aos serviços médicos; a efetividade dos esquemas terapêuticos utilizados; a conduta dos profissionais de saúde frente aos hipertensos; a influência dos efeitos colaterais dos medicamentos; da classe social, escolaridade e dos aspectos culturais na abordagem e controle da doença.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Tânia Maria do Rosário pelo Instituto de Saúde Coletiva - UFMT.

Referências

1. Lessa I, Mendonça GAS, Teixeira MTB. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol of Sanit Panam*. 1996; 120 (5): 389-413.
2. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Med J*. 2005; 123 (1): 3-4.
3. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2003; 13 (1): 7-19.
4. 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*. 2004; 83 (5): 424-8.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2002.
6. Lewington S, Clarke R, Oizilbash N, Peto R, Collin R. For the prospective study collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002; 360: 1903-13.
7. Dórea EL, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Hipertensão*. 2004; 7 (3): 86-9.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89 (3): e24-e79.
9. Piccini R, Victora C. How well is hypertension managed in the community? A population - based survey in a Brazilian city. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13 (4): 595-600.
10. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiological transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. 2001; 104 (22): 2746-53.
11. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001; 8(4): 383-92.
12. Wilking SVB, Belanger AJ, Kannel WB, D'Agostino RB, Steel K. Determinants of isolated systolic hypertension. *JAMA*. 1988; 260 (23): 3451-5.
13. Whelton PK, Applegate WB, Ettinger WH. Efficacy of weight loss and reduced sodium intake in the Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *Circulation*. 1996; 94 (Suppl. 1): I-178.
14. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 1997; 277 (9): 739-45.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000: características gerais da população - resultados da amostra. Rio de Janeiro; 2000.
16. Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial. São Paulo: Ed. Atheneu; 1996.
17. O'Brien E, Mee E, Atkins N, Thomas M. Evaluation of three devices for self-measurement of blood pressure according to the revised British Hypertension Society Protocol: the Omron Hem-705CP, Philips HP 5332, and Nissei DS-175. *Blood Press Monit.* 1996; 1(1): 55-61.
18. Pan American Hypertension Initiative. Working meeting on blood pressure measurement suggestions for measuring blood pressure to use in population surveys (Special report). *Rev Panam Salud Publica.* 2003; 14 (5): 300-2.
19. Jardim PCV, Peixoto MR, Monego E, Moreira H, Vitorino PVO, Souza WSBS, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88 (4): 452-7.
20. Cassanelli T. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Cuiabá-MT: estudo de base populacional [Dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, 2005.
21. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63 (6): 473-9.
22. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 78 (5): 478-83.
23. Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 77 (5): 9-15.
24. Ala L, Gill G, Gurgel R, Guevas L. Evidence for affluence-related hypertension in urban Brazil. *J Hum Hypertens.* 2004; 18 (11): 775-9.
25. Souza LJ, Gicovate Neto C, Chalita FEB, Bastos DA, Souto Filho JTD, Souza Fº T, et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. *Arq Endocrinol Metab.* 2003; 47 (6): 669-76.
26. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida-Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87 (6): 747-56.
27. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88 (3): 334-9.
28. Araújo JJB. Hipertensão arterial: prevalência e perfil epidemiológico de população adulta com programa de saúde da família em Cuiabá-MT. [Dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, 2003.
29. Oliveira RZ, Nogueira JL. Hipertensão arterial no município de Cianorte, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Scientiarum Health Sciences.* 2003; 25 (1): 75-9.
30. Feijão AMM, Gadelha RV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84 (1): 29-33.
31. Mill JG, Molina MC, Silva IO, Marquezini AJ, Ferreira AVL, Cunha RS, et al. Epidemiologia da hipertensão arterial na cidade de Vitória, Espírito Santo. *Hipertensão.* 2004; 7 (3): 109-16.
32. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003; 42: 1206-52.
33. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcântara PD, Ramalho VD, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *J Hypertens.* 2005; 23 (9): 1661-6.