

Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil

Unawareness of hypertension and its determinants among 'quilombolas' (inhabitants of 'quilombos' – hinterland settlements founded by people of African origin) living in Southwest Bahia, Brazil

Vanessa Moraes Bezerra¹

Amanda Cristina de Souza Andrade²

Cibele Comini César³

Waleska Teixeira Caiaffa²

Abstract *This study sought to evaluate the prevalence of unawareness of arterial hypertension (AH) and associated factors among the quilombola population and to describe aspects of the non-pharmacological management of AH. It involved a cross-sectional study with a sample of 358 people with AH aged 18 years or more. AH was considered systolic blood pressure (BP) ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg and/or reported use of antihypertensive drugs. Unawareness of AH was classified as persons answering negatively when asked if they suffered from AH. Poisson regression was then used. The prevalence of unawareness of AH was 44.1% (95% CI: 38.9-49.3). Among those who already knew the diagnosis and had drug treatment only 24.8% had controlled BP. The unawareness of AH was positively associated with the male sex and Stage 1 of AH and negatively with increasing age, overweight, negative self-perception of health and medical visits. For non-pharmacological management, low percentages of quilombola reported appropriate standard recommendations of care. Arterial hypertension is a serious public health issue among the quilombola population, revealing great vulnerability in health due to poor levels of awareness, treatment and control.*

Key words *Hypertension, Awareness, Vulnerable communities, Cross-sectional studies*

Resumo *Objetivou-se avaliar a prevalência de desconhecimento da hipertensão arterial (HA) e fatores associados em quilombolas e descrever aspectos do manejo não farmacológico da HA. Estudo transversal com amostra de 358 indivíduos hipertensos com 18 anos ou mais, definida como aqueles com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e/ou relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos. Foram classificados com desconhecimento da HA aqueles que responderam negativamente a pergunta sobre conhecer o diagnóstico de HA. Empregou-se regressão de Poisson. A prevalência de desconhecimento da HA foi de 44,1% (IC95%: 38,9-49,3). Entre os que já sabiam do diagnóstico e estavam em tratamento medicamentoso apenas 24,8% tinha a PA controlada. O desconhecimento da HA associou-se positivamente com sexo masculino e estágio 1 da HA e, negativamente, com maior faixa etária, sobrepeso, autopercepção negativa da saúde e realização de consulta médica. Para o manejo não farmacológico foi observado baixos percentuais de solicitação de exames e seguimento das recomendações adequadas. A HA destaca-se como um problema de saúde pública nesta população, descortinando grande vulnerabilidade em saúde devido aos níveis insatisfatórios de conhecimento, tratamento e controle.*

Palavras-chave *Hipertensão, Conhecimento, Comunidades vulneráveis, Estudos transversais*

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. R. Rio de Contas 58/Quadra 17/Lote 58, Candeias. 45029-094 Vitória da Conquista Bahia Brasil.

vanessaenut@yahoo.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

Comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais de definição autoatribuível, com trajetória histórica própria, dotadas de relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida¹.

Situações de vulnerabilidade social em populações quilombolas são observadas pelas baixas condições socioeconômicas² e nas desigualdades reveladas pelas prevalências de doenças crônicas, como hipertensão arterial (HA)³. Inserida no contexto das doenças mais importantes relacionadas às razões étnicas⁴, a HA gera um grande impacto para saúde pública, devido à alta prevalência, baixo controle e consequentes repercussões cardiovasculares⁵.

Estudo anterior reportou uma prevalência de HA de 45,4% nesta população, sendo mais frequente em idades mais elevadas, baixos níveis socioeconômicos, inatividade física e excesso de peso³. As discrepâncias sociais, geralmente vivenciadas por populações afrodescendentes em relação a outras populações, justificam as altas prevalências de HA e as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento⁶.

Fatores modificáveis relacionados ao estilo de vida têm sido frequentemente associados à HA e, apesar de estudados, ainda prevalecem os baixos percentuais de conhecimento, tratamento e controle da mesma, tanto em população desenvolvidas quanto nas em desenvolvimento⁷⁻¹¹. Para que o controle da HA seja alcançado é necessário que o indivíduo tenha conhecimento da doença, uma vez que o desconhecimento destaca-se como barreira na busca de orientação para o manejo adequado da mesma^{9,12,13}.

O manejo não farmacológico é uma das estratégias para controle da HA, sendo considerado adequado quando o indivíduo realiza consultas médicas e exames complementares e recebe recomendações quanto às modificações no estilo de vida, tais como, controlar o peso, ingerir menos sal, álcool e alimentos gordurosos, parar de fumar e praticar atividade física^{9,14}. Além da importância para saúde pública em identificar a prevalência de HA e os fatores associados em grupos vulneráveis, torna-se também relevante analisar o seu conhecimento, pois, quanto mais cedo o indivíduo conhece a condição de ser hipertenso, mais precocemente podem ser iniciadas as ações objetivando evitar o aparecimento de complicações provenientes desse agravo.

O presente trabalho objetiva avaliar a prevalência de desconhecimento da HA e fatores associados na população quilombola do sudoeste da Bahia e descrever aspectos do manejo não farmacológico da HA.

Métodos

Desenho e amostra do estudo

Trata-se de um estudo transversal que faz parte do projeto de pesquisa *COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de saúde e seus condicionantes*, realizado no período de setembro a outubro de 2011. Detalhes do plano amostral estão descritos em Bezerra et al.².

A população de pesquisa foi estimada em 2.935 indivíduos adultos oriundos de 10 comunidades quilombolas. Para o cálculo amostral foi considerada uma prevalência de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos mensurados no projeto principal, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, efeito de desenho = 2 e 30% de perdas, totalizando uma amostra de 884 indivíduos adultos. Todos os residentes com 18 anos ou mais dos domicílios selecionados foram convidados a participar da pesquisa.

Foram entrevistados 797 indivíduos, dos quais 789 tiveram sua pressão arterial (PA) aferida. Para o presente trabalho 358 indivíduos foram elegíveis seguindo o critério de classificação da HA, sendo considerados hipertensos indivíduos que apresentaram pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg e/ou relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos¹⁵.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, utilizando-se um computador portátil (HP Pocket Rx5710) para registro e armazenamento dos dados. O instrumento de entrevistas adotado foi o questionário semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em versão adaptada para a população quilombola².

Foram coletadas três medidas de PA (com intervalo de um minuto entre cada aferição)⁹, utilizado-se o esfigmomanômetro digital da marca Omron modelo HEM-742, validado internacionalmente¹⁶. As aferições foram realizadas ao final da entrevista visando garantir que os indivíduos

estivessem em repouso, sentados, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxados, com o braço esquerdo apoiado sobre a mesa à altura do coração. Foi certificado de que os mesmos: não estavam com a bexiga cheia, não praticaram exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não ingeriram bebidas alcoólicas, café ou alimento e não fumaram nos 30 minutos anteriores⁹. O valor final de PA foi obtido pela média aritmética simples das duas últimas medidas.

Variáveis estudadas

A variável dependente do estudo foi desconhecimento da hipertensão, classificada em hipertensos que desconheciam a presença da HA (aqueles que apresentaram PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg e/ou relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos e que responderam negativamente a pergunta *Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?*; e hipertensos que conheciam a presença da HA (os hipertensos que responderam positivamente a mesma pergunta feita ao grupo anterior).

As variáveis independentes foram sexo; idade; anos de estudo; estado conjugal; situação de trabalho (se o indivíduo trabalhava ou não no momento do estudo); e, classes econômicas de acordo com o critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas e Mercados (ABEP)¹⁷.

O tabagismo foi categorizado em nunca fumou, fumante e ex-fumante. O consumo de álcool foi considerado de risco quando o etanol ingerido foi acima de 30g/dia para homens e acima de 15g/dia para mulheres¹⁸. O consumo de sal foi estimado pela quantidade consumida mensalmente no domicílio, corrigido pelo número de pessoas que realizavam as refeições no mesmo¹⁹. Para a frequência diária do consumo de frutas e legumes/verduras foram combinadas duas perguntas (nº de vezes que consome na semana e nº de vezes que consome no dia), dicotomizadas em não consome e consome pelo menos uma vez no dia³.

A atividade física foi avaliada no domínio do lazer, sendo considerados ativos os indivíduos que praticavam 150 minutos ou mais na semana²⁰. A variável “problemas no sono nos últimos 15 dias” foi utilizada como *proxy* do estresse, sendo categorizada em: nunca, de vez em quando, boa parte/a maior parte do tempo.

Foram aferidas medidas de peso e altura padronizadas para classificação do índice de massa corporal (IMC), sendo adotados os pontos

de corte para adultos²¹ em Kg/m²: < 18,5 (baixo peso), \geq 18,5 e < 25 (eutrófico), \geq 25 e < 30 (sobrepeso) e \geq 30 (obesidade). Para idosos os valores foram²²: \leq 22 (baixo peso), > 22 e < 27 (eutrófico) e \geq 27 (sobrepeso).

A autopercepção de saúde foi dicotomizada em positiva (muito boa, boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim)²³. As variáveis relacionadas à utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses foram: procura do serviço de saúde (procurou e foi atendido) e realização de consulta médica.

Quanto às variáveis do manejo não medicamentoso da HA, foi questionado aos indivíduos com diagnóstico prévio de HA se, em algum dos atendimentos para HA, o médico ou outro profissional de saúde solicitou a realização de exames (sangue, urina e eletrocardiograma), se os exames foram realizados e se o profissional forneceu recomendações adequadas tais como: manter uma alimentação saudável, manter o peso adequado, ingerir menos sal, praticar atividade física, não fumar e não consumir bebidas alcoólicas.

Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva empregando-se valores de média, frequência absoluta e relativa, assim como estimativa da prevalência de desconhecimento da HA entre os adultos hipertensos com intervalo de 95% de confiança (IC 95%). Para verificar os fatores associados ao desconhecimento da HA realizou-se análise univariada e multivariada com estimativas de razões de prevalência com cálculo dos respectivos intervalos de confiança por meio do modelo de Poisson com variância robusta.

As variáveis exploratórias foram agrupadas de acordo com o modelo conceitual hierárquico previamente proposto para HA³. No bloco mais distal estavam as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado conjugal, anos de estudo, situação de trabalho e classe econômica), logo após as de estilo de vida (fumo, álcool, consumo de frutas, consumo de verduras, consumo de sal, atividade física no lazer e problemas com o sono), em seguida IMC e autopercepção de saúde e, no bloco mais proximal, variáveis de utilização de serviços de saúde (procura do serviço e consulta médica) e valores de pressão arterial. Para a seleção das variáveis destinadas à modelagem, adotou-se $p < 0,20$ como nível crítico.

Foram realizados ajustes para as variáveis do mesmo bloco e também daqueles hierarqui-

camente superiores, permanecendo no modelo aquelas que se apresentaram com $p \leq 0,05$. A comparação entre modelos foi feita pelo critério de Akaike (AIC).

As variáveis do manejo não farmacológico da HA (solicitação e realização de exames e recebimento de recomendações adequadas) foram apresentadas por meio de frequência relativa em relação à população com diagnóstico prévio de HA. Sendo também apresentadas graficamente a frequência das variáveis de hábitos e comportamentos desse grupo.

Como todos os indivíduos com 18 anos ou mais do domicílio foram entrevistados, foi avaliado o efeito de agrupamento intradomiciliar utilizando a estatística DEFT (*design effect*). Como não foi evidenciado efeito de *cluster*, optou-se pelo modelo que não considera o efeito de agrupamento. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o *software Stata* (versão 12).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras e da Universidade Federal de Minas Gerais. A participação dos indivíduos foi voluntária, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 789 indivíduos entrevistados, 358 foram classificados como hipertensos; destes, 44,1% (IC95%: 38,9-49,3) desconheciam o diagnóstico de HA. Entre os hipertensos que já sabiam do diagnóstico (55,9%) e que estavam em tratamento medicamentoso, apenas 24,8% tinha a PA controlada (Figura 1).

Para os valores médios de PAS observou-se diferença significativa entre os grupos. Os hipertensos que conheciam a condição apresentaram a maior média (160,2; DP = 1,79 mmHg) quando comparado àqueles que desconheciam o diagnóstico (152,7; DP = 1,53 mmHg, $p = 0,002$). Para a média da PAD não foi observada diferença significativa entre os hipertensos que conheciam (90,0; DP = 0,95 mmHg) e os que desconheciam o diagnóstico (91,0; DP = 0,86 mmHg, $p = 0,210$).

Mais da metade da população quilombola hipertensa tinha idade acima de 40 anos, a maioria era do sexo feminino (55,3%), de casados (64,5%), aproximadamente 50% relatou nunca ter estudado e mais de 80% foram classificados como D/E para classes econômicas (Tabela 1).

Em análise univariada foram observadas associações de variáveis sociodemográficas (sexo,

idade, anos de estudo, situação de trabalho), variáveis de estilo de vida (fumo e álcool), IMC, auto percepção de saúde, variáveis de uso de serviços de saúde e valores de PA com hipertensos que desconheciam o diagnóstico de HA (Tabela 1).

Na análise multivariada verificou-se maior prevalência de desconhecimento da presença da HA entre indivíduos do sexo masculino e classificados no estágio 1 da HA (PAS 140-159 mmHg e PAD 90-99 mmHg). Em contrapartida, entre os indivíduos mais velhos, com sobrepeso, que avaliaram negativamente a saúde e que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, observou-se menor prevalência de desconhecimento (Tabela 2). Para todos os modelos a estimativa do AIC diminuiu com o ajuste dos blocos de variáveis.

Em relação ao manejo não farmacológico da HA entre aqueles que já conheciam o diagnóstico da doença, foram observados baixos percentuais de solicitação de exames de sangue (38,0%), urina (34,5%) e eletrocardiograma (32,0%), efetuados por profissionais da saúde, sendo que mais de 85% dos indivíduos realizaram os exames solicitados.

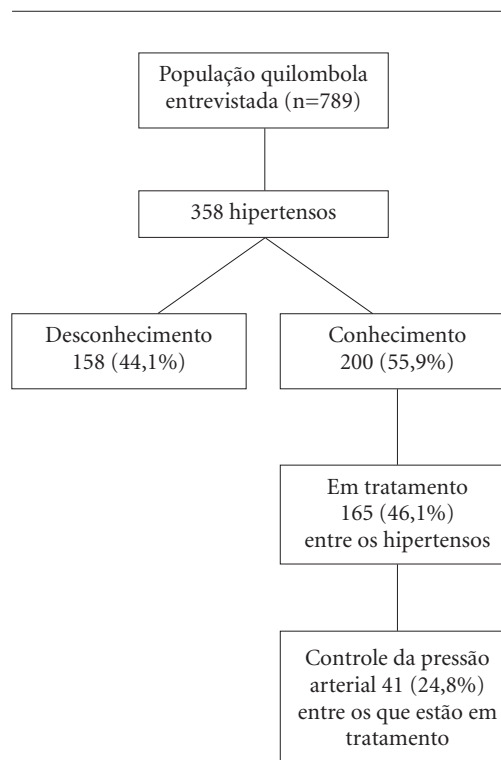


Figura 1. Prevalência, desconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial em população quilombola. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Tabela 1. Comparação univariada dos fatores associados ao desconhecimento da presença de HA, Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	n (%)	Prevalência de desconhecimento (%)	RP [#]	IC 95%	p valor
Sociodemográficas					
Sexo					
Feminino	198 (55,31)	33,84	1,00		< 0,001
Masculino	160 (44,69)	56,88	1,68	1,32 – 2,13	
Idade em anos					
18 a 29	30 (8,38)	73,33	1,00		< 0,001
30 a 39	53 (14,80)	56,60	0,77	0,56 – 1,06	
40 a 49	67 (18,72)	49,25	0,67	0,48 – 0,93	
50 a 59	66 (18,44)	43,94	0,60	0,42 – 0,85	
60 ou mais	142 (39,66)	30,99	0,42	0,30 – 0,59	
Anos de estudos					
Nunca estudou	177 (49,86)	37,85	1,00		0,001
1 a 4	142 (40,00)	47,18	1,25	0,96 – 1,61	
5 ou mais	36 (10,14)	66,67	1,76	1,31 – 2,37	
Estado civil					
Solteiro	127 (35,47)	41,73	1,00		0,503
Casado/Em união	231 (64,53)	45,45	1,09	0,84 – 1,40	
Trabalha atualmente					
Não	212 (59,22)	34,91	1,00		< 0,001
Sim	146 (40,78)	57,53	1,65	1,31 – 2,08	
Classe econômica					
C e B2	40 (11,24)	35,00	1,00		0,266
D e E	316 (88,76)	44,94	1,28	0,83 – 1,99	
Estilo de vida					
Fumo					
Nunca Fumou	167 (46,65)	41,32	1,00		0,003
Fumante	73 (20,39)	60,27	1,46	1,12 – 1,89	
Ex-fumante	118 (32,96)	38,14	0,92	0,69 – 1,24	
Álcool (consumo de risco)					
Não	318 (89,58)	41,82	1,00		0,006
Sim	37 (10,42)	62,16	1,49	1,12 – 1,97	
Consumo de legumes/verduras**					
Não	66 (18,59)	51,52	1,00		0,166
Sim	289 (81,41)	42,56	0,83	0,63 – 1,08	
Consumo de frutas**					
Não	78 (22,16)	52,56	1,00		0,081
Sim	274 (77,84)	41,97	0,80	0,62 – 1,03	
Consumo de sal					
≤ 5 g/dia	115 (35,49)	41,74	1,00		0,261
5,1 – 8,4g/dia	105 (32,41)	50,48	1,21	0,91 – 1,61	
≥ 8,5g/dia	104 (32,10)	40,38	0,97	0,70 – 1,33	
Atividade física no lazer					
Inativo	333 (93,28)	43,24	1,00		0,103
Ativo	24 (6,72)	58,33	1,35	0,94 – 1,93	
Problemas com o sono					
Nunca	168 (47,06)	44,64	1,00		0,180
De vez em quando	106 (29,69)	50,00	1,12	0,86 – 1,44	
Boa/ a maior parte do tempo	83 (23,25)	36,14	0,81	0,58 – 1,12	
Índice de Massa Corporal					
Baixo peso/Eutrófico	201 (58,09)	50,25	1,00		0,018
Sobrepeso	118 (34,1)	33,05	0,66	0,49 – 0,88	
Obeso	27 (7,8)	48,15	0,95	0,63 – 1,45	

continua

Tabela 1. continuação

Variáveis	n (%)	Prevalência de desconhecimento (%)	RP [#]	IC 95%	p valor
Avaliação de Saúde					
Autopercepção de saúde					
Positiva	133 (37,46)	62,41	1,00		< 0,001
Negativa	222 (62,54)	32,88	0,53	0,41 – 0,66	
Uso de serviços de saúde					
Procura de serviços de saúde					
Não	128 (35,85)	60,16	1,00		< 0,001
Sim	229 (64,15)	34,93	0,58	0,46 – 0,73	
Realização de consulta médica					
Não	151 (42,18)	61,59	1,00		< 0,001
Sim	207 (57,82)	31,40	0,51	0,40 – 0,65	
Valores de Pressão arterial (mmHg)					
Sistólica ≤ 140 e Diastólica ≤ 90	41 (11,55)	14,63	1,00		< 0,001
Sistólica 140-159 e Diastólica 90-99	162 (45,63)	62,35	4,26	2,01 – 9,02	
Sistólica 160-179 e Diastólica 100-109	86 (24,23)	37,21	2,54	1,15 – 5,60	
Sistólica ≥ 180 e Diastólica ≥ 110	66 (18,59)	25,76	1,76	0,75 – 4,10	

** Consumo de pelo menos uma vez no dia; [#] Categoria de referência - hipertensos que conhecem; RP: razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de 95% de confiança.

A maioria dos participantes relatou ter recebido recomendações adequadas para o manejo correto da HA, tais como ter alimentação saudável (67,0%), manter peso certo (62,0%), ingerir menos sal (84,0%), praticar atividade física (59,5%), não fumar (87,0%) e não consumir bebidas alcoólicas (85,0%). Contudo, ao observar variáveis de hábitos e comportamentos desse grupo, foram identificados baixos percentuais de seguimento dessas recomendações, destacando a alta prevalência de sobrepeso/obesidade (42,8%), consumo elevado de alimentos gordurosos (38,9%) e de sal (63,0%), consumo de risco para o álcool e presença de tabagismo, com apenas 5,0% ativos no lazer (Figura 2).

Discussão

Neste estudo, realizado em comunidades quilombolas, destaca-se o encontro de baixas prevalências de conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial. Indivíduos hipertensos do sexo masculino e classificados no estágio 1 da HA apresentaram maior prevalência de desconhecimento do diagnóstico de HA, enquanto que os mais velhos, com sobrepeso, que avaliaram negativamente a saúde e que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses apresentaram menor proporção de desconhecimento da HA.

Situações de vulnerabilidade como a observada em comunidades quilombolas²⁴ podem dificultar o acesso ao diagnóstico e tratamento de doenças⁶. Neste estudo, quase metade dos quilombolas hipertensos desconhecia o diagnóstico HA. Porém, como sugerido pelos resultados encontrados, conhecer o diagnóstico, apesar de ser considerado um primeiro passo, não garante, por si só, o controle da PA, uma vez que foram observados maiores valores médios de PAS entre hipertensos que conheciam o diagnóstico. Também, para os que relataram estar em tratamento, menos de 25% apresentavam níveis pressóricos controlados no momento da pesquisa. Entretanto, tal achado não é exclusivo da população quilombola, como comprovado por diversos estudos realizados em populações de outros países^{8,25} e no Brasil, onde são observados baixos níveis de controle da PA em outras populações^{7,12,26}.

Os motivos para o baixo controle da PA são considerados multifatoriais, iniciando, em geral, pelo próprio desconhecimento da doença. Como observado no presente estudo de quilombolas, potenciais situações para explicar o baixo controle da PA, tais como condições socioeconômicas desfavoráveis representadas pelos baixos níveis econômicos e de escolaridade², localização geográfica, estritamente rurais, dificultando o acesso e utilização dos serviços de saúde, como demonstrado em outro estudo²⁷, e a já sinalizada

Tabela 2. Fatores associados ao desconhecimento da presença de HA por meio da regressão de Poisson, Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Modelo 1 [#]		Modelo 2 [#]		Modelo 3 [#]	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Sociodemográficas						
Sexo						
Feminino	1,00		1,00		1,00	
Masculino	1,71	1,36 – 2,15 [‡]	1,63	1,28 – 2,08 [‡]	1,38	1,08 – 1,76 [*]
Idade em anos						
18 a 29	1,00		1,00		1,00	
30 a 39	0,83	0,61 – 1,11	0,85	0,65 – 1,12	0,87	0,67 – 1,13
40 a 49	0,67	0,49 – 0,90 ^{††}	0,69	0,52 – 0,93 ^{††}	0,88	0,65 – 1,19
50 a 59	0,59	0,42 – 0,83 ^{††}	0,66	0,47 – 0,93 ^{††}	0,84	0,60 – 1,20
60 ou mais	0,43	0,31 – 0,58 [‡]	0,47	0,34 – 0,64 [‡]	0,67	0,49 – 0,92 [*]
Índice antropométrico						
Categorias de IMC						
Baixo peso/Eutrófico			1,00		1,00	
Sobrepeso			0,72	0,55 – 0,95 [*]	0,77	0,59 – 1,00 [*]
Obeso			1,14	0,75 – 1,73	1,28	0,88 – 1,85
Avaliação de Saúde						
Autopercepção de saúde						
Positiva			1,00		1,00	
Negativa			0,58	0,46 – 0,73 [‡]	0,67	0,54 – 0,84 ^{††}
Uso de serviços de saúde						
Realização de consulta médica						
Não					1,00	
Sim					0,67	0,52 – 0,88 ^{††}
Valores de Pressão arterial (mmHg)						
Sistólica ≤ 140 e Diastólica ≤ 90					1,00	
Sistólica 140-159 e Diastólica 90-99					2,60	1,25 – 5,42 [*]
Sistólica 160-179 e Diastólica 100-109					1,76	0,82 – 3,78
Sistólica ≥ 180 e Diastólica ≥ 110					1,32	0,58 – 3,01
Critério Akaike	562,11		529,11		514,95	

[#] Categoria de referência - hipertensos que conhecem; Modelo 1 - Ajustado entre as variáveis sociodemográficas; Modelo 2 - Ajustado entre as variáveis sociodemográficas, índice antropométrico e autopercepção de saúde; Modelo 3 - Ajustado entre as variáveis sociodemográficas, índice antropométrico, autopercepção de saúde, utilização de serviços de saúde e valores da pressão arterial. [‡] p < 0,001; ^{*} p < 0,05; ^{††} p < 0,01. RP: razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de 95% de confiança.

subutilização dos serviços de saúde²⁸ e baixa frequência do consumo de medicamentos²⁹ quando comparadas com outras populações.

Consistente com a literatura^{8,11,25}, os indivíduos do sexo masculino apresentaram menor prevalência de conhecimento da condição de HA. Esse achado é geralmente atribuído à maior percepção da doença pelas mulheres¹⁶, resultado de maior preocupação com sua saúde e maior busca aos serviços de saúde, principalmente para consultas relacionadas às questões da mulher e também às materno-infantil³⁰.

Além disso, em concordância com estudos anteriores^{7,12}, o aumento da idade entre os quilombolas diminuiu a prevalência de desconhecimento da HA. Muito provavelmente associada à concomitância de outras doenças, além daquelas

comorbidades e consequências da HA, o que oportuniza a busca do serviço de saúde e o conhecimento do diagnóstico²⁵.

O desconhecimento da HA associou-se, de forma relevante e negativa, com excesso de peso. Quilombolas que desconheciam sua HA apresentaram menor prevalência de sobrepeso em relação aos que relaram saber de sua HA. Indivíduos com excesso de peso, por estar em maior risco, possivelmente estão mais preocupadas com o seu estado de saúde e procuram mais os serviços de saúde para obtenção de diagnóstico³¹. Esta situação pode ser reforçada pela publicidade em torno da obesidade, contribuindo para o aumento da preocupação e pela busca por atendimento médico.

Neste mesmo sentido, com relação à auto-percepção de saúde, foi também observada uma

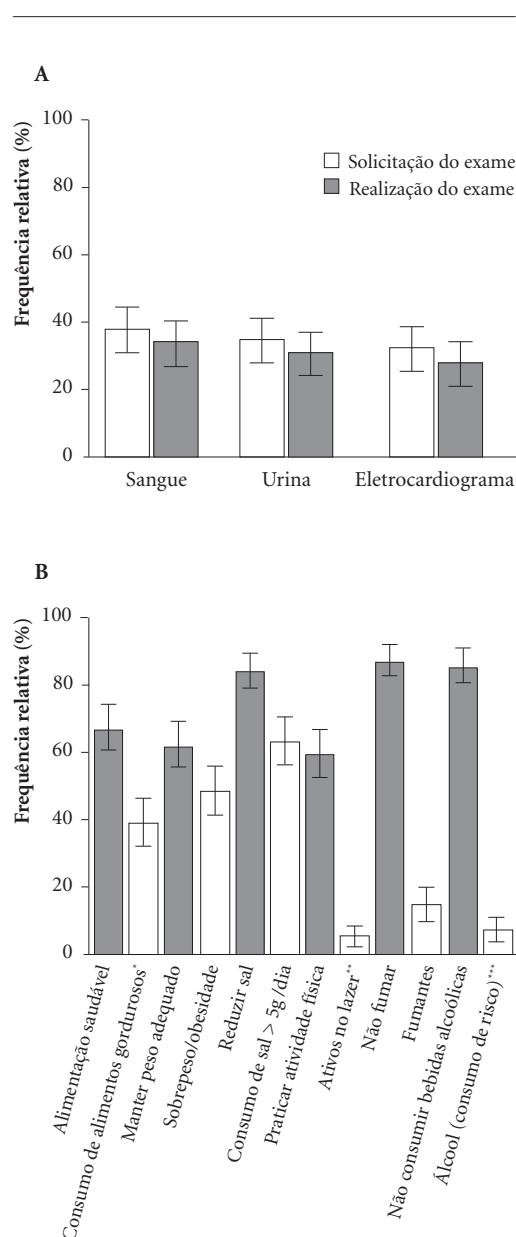


Figura 2. Distribuição dos indivíduos hipertensos que conhecem o diagnóstico de hipertensão ($n = 200$) segundo variáveis do manejo não medicamentoso da hipertensão quanto a solicitação e realização de alguns exames (A); recomendações médicas adequadas e hábitos e comportamentos da população (B). Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

* Consumo de alimentos gordurosos = consome carne vermelha com gordura ou frango com a pele; ** Ativos no lazer = realização de 150 minutos ou mais na semana de atividade física no domínio do lazer; *** Consumo de risco para álcool = ingestão de etanol acima de 30g/dia para homens e acima de 15g/dia para mulheres.

menor prevalência de desconhecimento do diagnóstico de HA em quilombolas hipertensos que avaliaram sua saúde como negativa. Além das condições de vida desfavorável, a presença de morbidades com HA podem contribuir para que o indivíduo avalie sua saúde como negativa³², seja pelo conhecimento em si da HA e tratamento instituído, como pelas suas manifestações clínicas, o que poderia acarretar limitações na vida cotidiana do indivíduo^{16,33}.

Uma vez que o uso de serviços de saúde aumenta a probabilidade de realização do diagnóstico, já se antevia o encontro de uma associação negativa entre o desconhecimento da HA e a realização de consultas médicas nos últimos 12 meses. Portanto, podem diminuir a possibilidade de utilização dos serviços de saúde, além das baixas condições econômicas: a menor disponibilidade de serviços, a localização rural, a ocupação predominante de lavrador² e as dificuldades de transportes para as grandes distâncias a serem percorridas^{27,29}. O que pode acarretar um maior grau de desconhecimento da HA, situação que caracteriza a vulnerabilidade em saúde de comunidades quilombolas, uma vez que o manejo e controle da HA ficam comprometidos.

Maior prevalência de desconhecimento do diagnóstico de HA foi observada entre aqueles classificados no estágio 1 da hipertensão. Este achado, possivelmente, relaciona-se com menor probabilidade de sinais e sintomas, além de comorbidades da HA, reduzindo, portanto, a oportunidade de diagnóstico. Todavia, vale ressaltar que, mesmo no estágio 1 da HA, o indivíduo pode apresentar diferentes graus de risco cardiovascular, o que reflete a necessidade precoce de diagnóstico, acompanhamento e início do tratamento (não medicamentoso e medicamentoso)⁹. As difíceis localizações geográficas das comunidades quilombolas, bem como a característica silenciosa da doença, principalmente em sua fase inicial, sugerem que, além de maior disponibilidade de serviços de saúde, seja realizado rastreamento contínuo e sistemático com propósito de maior prevenção, diagnóstico e controle da HA.

Quanto ao manejo não farmacológico da HA, em relação aos exames laboratoriais básicos protocolarmente indicados para os pacientes hipertensos⁹, foi observado que, apesar de 71% dos hipertensos diagnosticados ter relatado a realização de consulta médica nos últimos 12 meses, menos de 40% recebeu solicitação desses exames por profissionais da saúde. Estes valores estão bem abaixo do observado por Stumer et al.¹⁴ na

população da zona urbana de Pelotas, onde mais de 70% relatou a solicitação de exames. Uma vez mais, tais condições podem refletir a precária qualidade do cuidado, e consequente vulnerabilidade, na atenção em saúde das comunidades quilombolas.

A situação de iniquidade social pode explicar os hábitos e os comportamentos inadequados encontrados no presente trabalho entre os quilombolas com diagnóstico prévio de HA. Stumer et al.¹⁴, ao avaliarem o manejo não medicamentoso da HA, observaram que grupos urbanos inseridos em classes econômicas mais baixas e com menor escolaridade apresentaram maior probabilidade de inadequação no manejo da HA. Menor conhecimento da prática de atividade física e do uso de dietas como estratégias de controle da HA tem sido observado em grupos com baixos níveis de escolaridade, evidenciando as desigualdades sociais injustas nas práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis e de estilo de vida³⁴, independente do contexto no qual residam.

Desta forma, as orientações dadas pelos profissionais de saúde devem estar de acordo com o contexto de vulnerabilidade no qual a população hipertensa está inserida, de modo a possibilitar um melhor entendimento para um manejo adequado da doença¹³. O conhecimento sobre a população no que concerne aos aspectos demográficos e socioculturais, das crenças em saúde³⁵ e concepções sobre os fatores de risco da HA¹³ são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença.

O estudo apresenta limitação quanto ao delineamento transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, no

estudo principal foi observada menor participação de indivíduos do sexo masculino e com idade entre 18 a 34 anos². Contudo, ao realizar a ponderação dessas perdas usando fatores de calibração, não foram observadas diferenças significativas nas estimativas de ponto do evento estudado no presente trabalho, assim, as análises foram conduzidas sem considerar a ponderação.

Considerações finais

A população quilombola estudada apresentou baixos índices de conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial. Indivíduos hipertensos do sexo masculino e classificados no estágio 1 da HA apresentaram maiores prevalências de desconhecimento do diagnóstico de HA. Indivíduos mais velhos, com sobrepeso, que avaliaram negativamente a saúde e que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses apresentaram menores prevalências de desconhecimento do diagnóstico. Foi observado nesta população um baixo seguimento de recomendações importantes para o manejo não farmacológico da HA. Estes achados sugerem que, além do conhecimento do agravo, a população precisa conhecer e compreender as medidas adequadas a serem adotadas.

Atenção especial deve ser dada para populações específicas como os quilombolas, tanto para as ações de prevenção, diagnóstico e controle de doenças, como para as de promoção à saúde. Espera-se que estes resultados possam contribuir na prevenção, tratamento e controle da hipertensão nessa população, inserida num contexto de alta vulnerabilidade social.

Colaboradores

VM Bezerra participou da elaboração do projeto, planejamento e coordenação da coleta dos dados, análises e redação do artigo. ACS Andrade colaborou na revisão da literatura, análise dos dados e revisão da versão final do artigo. CC César colaborou na análise dos dados e revisão da versão final do artigo. WT Caiaffa contribuiu no desenvolvimento do projeto, revisão da literatura, análise dos dados e redação do artigo.

Agradecimentos

Aos pesquisadores do Projeto COMQUISTA pela participação na elaboração do projeto, planejamento e supervisão da coleta dos dados. A CAPES pelo financiamento do Doutorado Interinstitucional (DINTER), através do Edital Ação Novas Fronteiras. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa produtividade em pesquisa da pesquisadora WT Caiaffa. Aos quilombolas entrevistados, pela receptividade.

Trabalho financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Doutorado Interinstitucional (DINTER), e pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (MS/CNPq/FAPESEB/SESAB), Pesquisa Para o SUS (PPSUS-BA).

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 2003; 21 nov.
2. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, Kochergin CN, Souza CL, Moura CS, Soares DA, Santos LRCS, Cardoso LGV, Oliveira MV, Martins PC, Neves OSC, Guimarães MDC. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cien Saude Colet* 2014; 19(6):1835-1847.
3. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1889-1902.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente*. Brasília: MS; 2001.
5. World Health Organization (WHO). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: WHO; 2011.
6. Kurian AK, Cardarelli KM. Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. *Ethn Dis* 2007; 17(1):143-152.
7. Pereira MR, Coutinho MSSA, 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 Saude Publica* 2007; 23(10):2363-2374.
8. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens* 2009; 27(5):963-975.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 Suppl 1):1-51.
10. Nobre F, Ribeiro AB, Mion Junior D. Controle da Pressão Arterial em Pacientes sob Tratamento Anti-Hipertensivo no Brasil - Controlar Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(5):663-670.
11. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(2):103-109.
12. 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. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2004; 83(5):424-428.

13. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1365-1374.
14. Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1727-1737.
15. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Junior JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright Junior JT, Roccella EJ; Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42(6):1206-1252.
16. Coleman A, Freeman P, Steel S, Shennan A. Validation of the Omron MX3 Plus oscillometric blood pressure monitoring device according to the European Society of Hypertension international protocol. *Blood Press Monit* 2005;10(3):165-168.
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica no Brasil. [site da Internet] 2012 [acessado 2012 mar 21]; [cerca de 4 p.] Disponível em: <http://www.abep.org/novo/FileGenerate.aspx?id=257>.
18. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction* 1993; 88(6):791-804.
19. Molina MCB, Cunha RS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saude Publica* 2003; 37(6):743-750.
20. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(11):1894-1900.
21. World Health Organization (WHO). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: WHO; 1998. (WHO - Technical Report Series 894).
22. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994; 21(1):55-67.
23. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A, editors. *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996. (WHO Regional Publications. European Series, 58).
24. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* 2011; 13(5):937-943.
25. Wang H, Zhang X, Zhang J, He Q, Hu R, Wang L, Su D, Xiao Y, Pan J, Ye Z. Factors Associated with Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension among Adults in Southern China: A Community-Based, Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE* 2013; 8(5):1-9.
26. Moreira GC, Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cesarino CB, Cordeiro JA, Lupino PL, Ciorlia G, Burdmann EA. Evaluation of the awareness, control and cost e efectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. *J Hypertens* 2009; 27(9):1900-1907.
27. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):2490-2502.
28. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1829-1842.
29. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acúrcio FA. Utilização de Medicamentos pela População Quilombola: Inquérito no Sudoeste da Bahia. *Rev Saude Publica* 2013; 47(5):905-913.
30. Marques-Vidal P, Arveiler D, Amouyel P, Bingham A, Ferrières J. Sex differences in awareness and control of hypertension in France. *J Hypertens* 1997; 15(11):1205-1210.
31. Alsuwaida A, Alghonaim M. Gender disparities in the awareness and control of hypertension. *Clin Exp Hypertens* 2011; 33(5):354-357.
32. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 2):S27-S37.
33. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3755-3768.
34. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):285-294.
35. Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia LJ, Calhoun DA. Effects of Dietary Sodium Reduction on Blood Pressure in Subjects With Resistant Hypertension Results From a Randomized Trial. *Hypertension* 2009; 54(3):475-481.

Artigo apresentado em 10/03/2014

Aprovado em 29/09/2014

Versão final apresentada em 01/10/2014

