

Mestrado em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:
PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO**

DISSERTACAO DE MESTRADO

ROBERTO XAVIER PICCINI

**ORIENTADOR: CESAR GOMES VICTORA
PELOTAS, 6 DE FEVEREIRO DE 1993**

INDICE

A. Projeto de Pesquisa.....	
A.1. Problematização.....	01
A.2. Modelo Teórico.....	02
A.3. Objetivos.....	03
A.4. Hipóteses.....	03
A.5. Metodologia.....	04
A.5.1. População Alvo.....	04
A.5.2. Amostragem.....	04
A.5.3. Seleção e Treinamento de Pessoal.....	06
A.5.4. Coleta de Dados.....	06
A.5.5. Aspectos Éticos.....	07
A.5.6. Cronograma.....	08
A.5.7. Orçamento.....	08
A.5.8. Figuras.....	
B. Relatório do Trabalho de campo.....	
B.1. Pessoal.....	11
B.2. Programa de treinamento.....	11
B.3. Amostragem.....	15
B.4. Estudo Piloto.....	17
B.5. Duração do Trabalho de Campo.....	17
B.6. Codificação, Digitação e Limpeza dos dados.....	17
B.7. Análise dos dados.....	17
B.8. Principais Dificuldades.....	18
C. Hipertensão Arterial Sistêmica em Pelotas, RS: Prevalência e Fatores de Risco.....	
C.1. Resumo.....	19
C.2. Abstract.....	20
C.3. Introdução.....	21
C.4. Metodologia.....	22
C.5. Resultados.....	25
C.6. Discussão.....	26
C.7. Tabelas.....	29
C.8. Bibliografia.....	34

D. Hipertensão Arterial Sistêmica em Pelotas, RS: Manejo e Repercussões Sociais.....	
D.1. Resumo.....	36
D.2. Abstract.....	37
D.3. Introdução.....	38
D.4. Metodologia.....	38
D.5. Resultados.....	40
D.6. Discussão.....	42
D.7. Tabelas.....	45
D.8. Bibliografia.....	47
D.9. Figuras.....	
E. Anexos.....	
E.1. Questionário Geral.....	49
E.2. Questionário Sócio-Econômico.....	60
E.3. Manual de Instruções Gerais.....	64
E.4. Manual de Instruções do Questionário Sócio-econômico.....	69
E.5. Manual de Instruções do Questionário de Adultos.....	74
E.6. Manual de Codificação dos Estudos Transversais.....	84
E.7. Bibliografia.....	86

AGRADECIMENTOS:

A minha esposa Clara e meus filhos Rafael e Rodrigo, pelo apoio e estímulo em mais esta etapa.

Aos colegas Juvenal Dias da Costa, Ana Maria Borges Teixeira e Elaine Tomasi, pelo companheirismo desenvolvido neste período.

Ao meu orientador Cesar Gomes Victora.

As agências IDRC, FAPERGS e a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFPEL, pelo apoio financeiro ao projeto.

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:
PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO**

AUTOR: ROBERTO XAVIER PICCINI

ORIENTADOR: CESAR GOMES VICTORA

PELOTAS, 6 DE FEVEREIRO DE 1993

PROBLEMATIZAÇÃO

Abundante material a respeito de HAS tem sido produzido na última década. Embora com algumas variações as pesquisas apontam a prevalência de HAS na população adulta, analisando HAS como um dos varios fatores de risco para as doenças cardiovasculares sem contudo elaborar análise mais detalhada da relação dos fatores de risco entre si e destes com HAS(6).

No que tange ao manejo da HAS, os trabalhos produzidos tratam em sua maioria sobre a validade ou não do tratamento farmacológico da HAS leve(1,2,3,9,18,19,) e da HAS em idosos(4), citam a enorme dificuldade em abordar fatores de risco que envolvem modificações de hábitos de vida, sem um aporte maior de conhecimentos no estado da situação em seu conjunto no contexto das comunidades.

A nível regional temos dois trabalhos de grande envergadura realizados nesta área do conhecimento um de Eduardo Costa(23) há cerca de 15 anos e outro de Bruce Duncan(24) ocorrido há um ano atrás, ambos como tese de doutorado; a nível local não temos conhecimento de nenhuma pesquisa neste sentido.

Assim consideramos justificavel o esforço de encetar pesquisa com o objetivo de identificar a prevalência de HAS, medir a associação de alguns fatores de risco e HAS dentro de um modelo teórico onde classe social e os demais fatores de risco sejam devidamente ordenados no sentido de termos avaliada a sua real associação com HAS. Os padrões de manejo da HAS em nossa comunidade, embora não menos relevantes constituem objetivo

secundário em nosso estudo , podendo seus resultados desempenhar papel de gerar novas hipóteses, bem como para serem utilizados na avaliação e planejamento dos serviços.

MODELO TEÓRICO

Utilizaremos no presente estudo dois modelos teóricos, um que contemple as relações entre fatores de risco e HAS(Fig.1) outro para estudar os fatores relacionados ao manejo da HAS e a qualidade do mesmo(Fig.2).

No primeiro caso entendemos que classe social determina a prevalência dos fatores de risco em estudo, no caso citamos: -História familiar de HAS, sedentarismo, tabagismo, obesidade, consumo de sal, uso de álcool; Estes por sua vez determinam a prevalência de HAS.

Sexo, idade e cor são fatores associados a HAS e acreditamos que também estejam associados a classe social, logo, serão tratados como fatores de confusão no presente estudo. Cumpre salientar que estes tres fatores obviamente não são determinados por classe social, entretanto devido as peculiaridades sociais, historicamente exercem influência em que segmento da sociedade a pessoa se insere.

Acreditamos ainda que o efeito de classe social passe por outros fatores de risco para HAS, que por não serem nosso objeto de estudo, em parte pela dificuldade de mensuração, deixaremos de comentar com mais detalhes.

O modelo teorico descrito para ordenar as relações inerentes ao manejo da HAS mostra a influencia da classe social na determinação dos fatores que afetam a qualidade do manejo.

Assim, classe social determina:- Conhecimento da doença;- Acesso geografico a serviços de saúde;- Vinculo médico continuado;- Tratamento farmacologico;- Modificação de hábitos de vida;- Estado da doença (compensado/descompensado) . Estes por sua vez determinam a qualidade do manejo da HAS.

Sexo, idade e cor mais uma vez por sua relação com a qualidade do manejo de HAS e com classe social serão tratados como fatores de confusão.

OBJETIVOS

GERAL:

Estudar a prevalência, etiologia e manejo da HAS em Pelotas, segundo classe social.

ESPECIFICOS:

1. Identificar a prevalência de HAS nas pessoas de 20 a 69 anos de idade residentes na zona urbana da cidade de Pelotas
2. Identificar a frequência de exposição a possíveis fatores de risco para HAS das pessoas de 20 a 69 anos de idade residentes na zona urbana da cidade de Pelotas.
3. Investigar a associação entre estes fatores de risco e HAS

SECUNDARIO:

4. Descrever padrões de manejo da doença.

HIPOTESSES

1. A prevalência global de hipertensão na população em estudo sera entre 10-20% - *confirmar.*
2. A classe social tem efeito independente sobre a prevalência de HAS e também determina a exposição aos fatores de risco

estudados, sendo esta maior entre o proletariado típico, não típico e subproletariado. — *verif. em parte*

3. A prevalência de hipertensão é superior entre os expostos aos fatores de risco do que entre os não expostos.
4. Em sua maioria, os hipertensos não estão recebendo a atenção médica devida, encontrando-se descompensados. Devendo existir diferenças entre classes sociais, sendo que atenção médica inadequada e descompensação deverão ser mais frequentes entre o proletariado típico, não típico e subproletariado.

— *verif. em parte*

METODOLOGIA

POPULAÇÃO ALVO

A população alvo de nosso estudo será aquela residente na zona urbana da cidade de Pelotas da faixa etária de 20 a 69 anos de idade. Tomaremos como população em estudo uma amostra representativa (probabilística) da população alvo.

AMOSTRAGEM

Como este trabalho apresenta duas partes, uma descritiva e uma analítica, calculamos tamanhos de amostras referentes a estes componentes. A amostra para o estudo descritivo requeria apenas 196 pessoas para estimar uma prevalência de 15% com margem de erro de 5%. Para o estudo analítico no entanto, levando em conta a proporção estimada dos diversos fatores de risco em estudo e risco proporcional de aproximadamente 2, serão necessárias 1390 pessoas (ver tabela 1).

Apresentamos abaixo tabela com os tamanhos de amostra calculados para opção amostral de nosso trabalho:

TABELA 1. TAMANHOS DE AMOSTRA CONSIDERANDO FATORES DE RISCO

FATOR	CONF	POW	UNEX:EXP	DIS IN EXP	RISK RAT	ODDS RAT	SAMPLE SIZE		TOTAL
							UNEXP	EXP	
SEDENT.	95%	80%	1:1	15%	1.88	2.03	353	353	706
	95%	90%	1:1	15%	1.88	2.03	463	463	926
	95%	95%	1:1	15%	1.88	2.03	565	565	1130
OBESID	95%	80%	4:1	15%	2	2.18	704	176	880
	95%	90%	4:1	15%	2	2.18	948	237	1185
	95%	80%	3:1	15%	1.88	2.03	669	223	892
	95%	90%	3:1	15%	1.88	2.03	897	299	1196
ALCOOL	95%	80%	4:1	15%	1.88	2.03	824	206	1030
	95%	90%	4:1	15%	1.88	2.03	1112	278	1390
CLASSE SOCIAL	95%	80%	4:6	15%	2.14	2.34	224	336	560
	95%	90%	4:6	15%	2.14	2.34	290	435	725
	95%	80%	4:6	15%	1.67	1.78	417	625	1042

Trabalharemos com uma amostra de 1529 pessoas (10% superior a calculada como adequada) considerando a margem de segurança necessária devido a perdas. Com este tamanho de amostra, partindo de uma prevalência estimada de HAS de 15%, trabalharemos com um erro aceitavel de apenas 2%.

Sortearemos 25 zonas censitárias (conglomerados), das 250 existentes em Pelotas; em cada zona será sorteado o quarteirão por onde se iniciará o estudo e neste sortearemos a esquina por onde começarão as entrevistas. Principiando pela esquina sorteada serão visitados 28 domicilios no sentido da esquerda de quem esta de costas para a casa inicial. Se após fazer toda a volta no quarteirão houver menos de 28 casas, o entrevistador de costas para a casa que iniciou enxergará três esquinas, atravessando a rua no sentido da esquina mais a sua esquerda continuará as visitas até atingir o número de casas desejado que é de 28. Totalizaremos assim 700 domicilios. Serão entrevistadas

todas as pessoas da faixa etária em estudo residentes em cada casa. Estimando que existam 2.28 pessoas nesta faixa etária por domicílio atingiremos assim a amostra de 1596 pessoas em 700 domicílios, o que é ligeiramente superior ao necessário.

Consideraremos 10% o índice de perdas aceitável. As recusas e os domicílios onde não se encontrar algum dos moradores, bem como aqueles domicílios onde ninguém atender deverão ser revisitados pelo menos mais duas vezes em turnos diferentes (noite e fim de semana), estes não serão substituídos.

Domicílios desabitados, por outro lado, serão substituídos por outros.

SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL

Serão utilizados 8 entrevistadores, de ambos os sexos, estudantes do curso de medicina e/ou enfermagem, que estejam cursando período entre o terceiro e o antepenúltimo semestre de seus respectivos cursos. Supondo que cada um faça duas visitas por noite em cada um dos 5 dias úteis da semana e 8 entrevistas no sábado, totalizaremos 144 entrevistas por semana, ocupando 10.6 semanas para o trabalho de campo, com uma margem de segurança de 2 semanas como reserva tática.

Deverá ocorrer revisita ao acaso em 5% das entrevistas, realizada por outro entrevistador (pesquisador) no sentido de comprovar que a entrevista foi realizada e contribuir para a validade interna a pesquisa.

COLETA DE DADOS

Utilizaremos questionário padronizado, pré-codificado e testado previamente para os dados passíveis de coleta por entrevista,

como: Renda, escolaridade, ocupação, sexo, idade, cor, história familiar de HAS, sedentarismo, tabagismo, consumo de sal e álcool, conhecimento da HAS, acesso geográfico a serviço de saúde, vínculo médico continuado, tipo de tratamento farmacológico, modificação de hábitos de vida.

Balanças de banheiro calibradas serão utilizadas para pesar as pessoas e antropômetro para medi-las. Utilizaremos esfigmomanômetros aneroides para aferir a pressão arterial, o que será feito ao final de cada entrevista (medida única), com a pessoa sentada tendo o braço direito apoiado na altura da região mamária, considerando como PA sistólica o início dos rúidos auscultatórios e a PA diastólica o ponto de extinção dos ruidos auscultatórios (fase IV), os aparelhos deverão ser aferidos uma vez por semana pelo pesquisador, utilizando para tanto aparelho de mercurio.

Serão considerados hipertensos aqueles cujas cifras tensionais forem superiores a 160/95 mmHg e/ou que apresentem cifras abaixo das mencionadas mas estejam sob tratamento farmacológico para HAS, independentemente de qual seja o mesmo.

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para tabulação, análise dos dados e redação do relatório final serão utilizados os pacotes: DBASE, SPSS, EGRET, EPINFO, LOTUS, HARVARD e WORDSTAR.

ASPECTOS ETICOS

Este trabalho não propõe nenhuma medida de intervenção direta, sendo qualquer questionamento colocado durante a entrevista, pelo entrevistado, ou anormalidade na aferição da PA motivo de

registro, tradução da informação para a pessoa entrevistada e recomendação por escrito, em cartão padronizado, para que procure seu médico ou serviço onde habitualmente é acompanhada.

CRONOGRAMA

	AG	ST	OT	NV	DZ	JN	FV	MR	AB	MI	JN	JL	AG
	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	92	92
Rev. bibliog.	*	*	*	*	*								
Prep. dos inst.	*												
Sel. dos entrev.				*									
Trein. dos entrev					*								
Estudo piloto						*							
Trabalho de campo							*	*	*				
Dig.e tab. dados								*	*				
Análise dos dados										*	*	*	
Prod. do rel. fin.												*	*

ORÇAMENTO

Exposto em anexo, englobando as necessidades deste trabalho bem como as dos trabalhos dos mestrandos Ana Borges e Juvenal Dias da Costa.

DETERMINACAO DA HAS

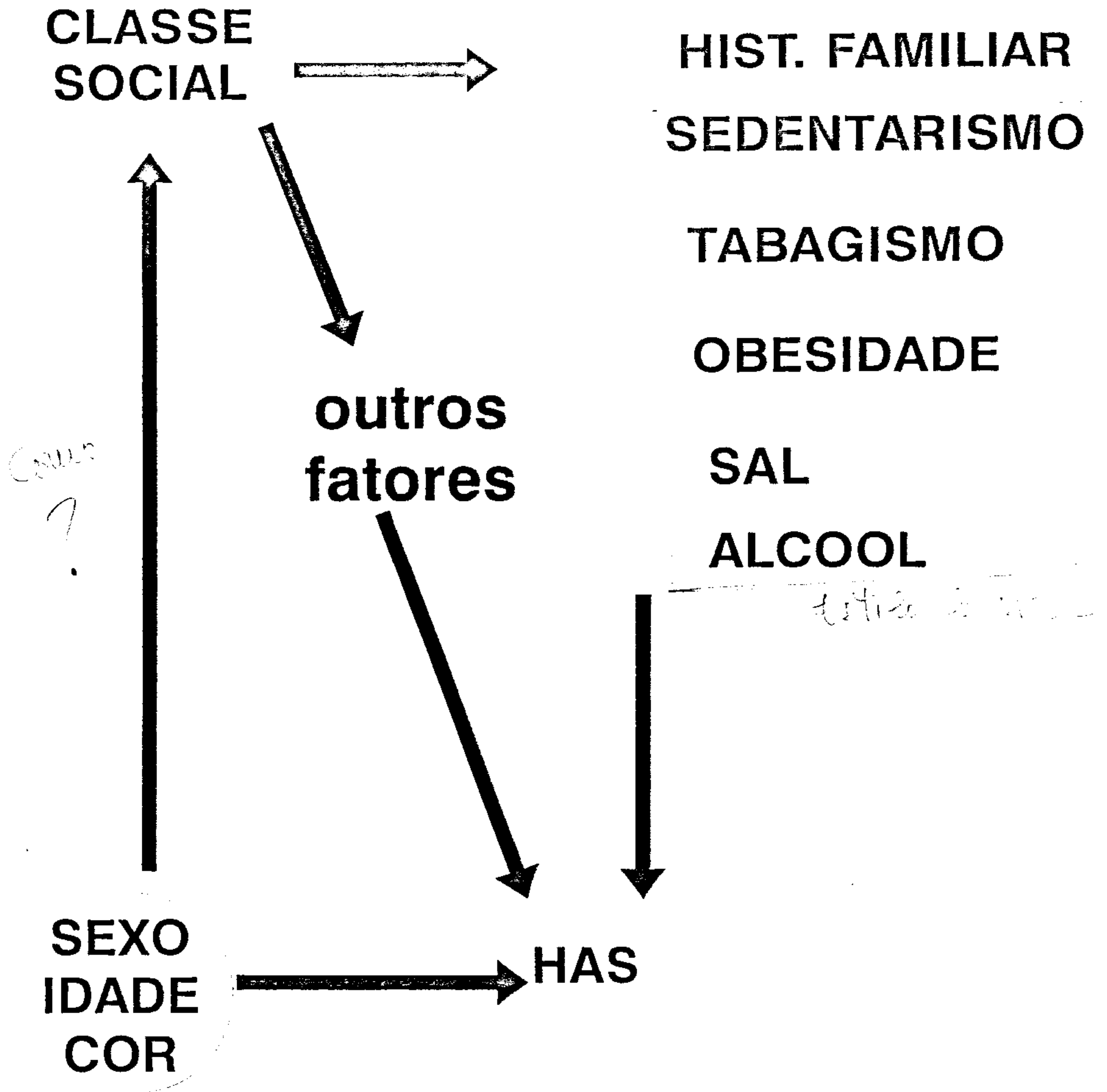


FIG.1

MANEJO DA HAS

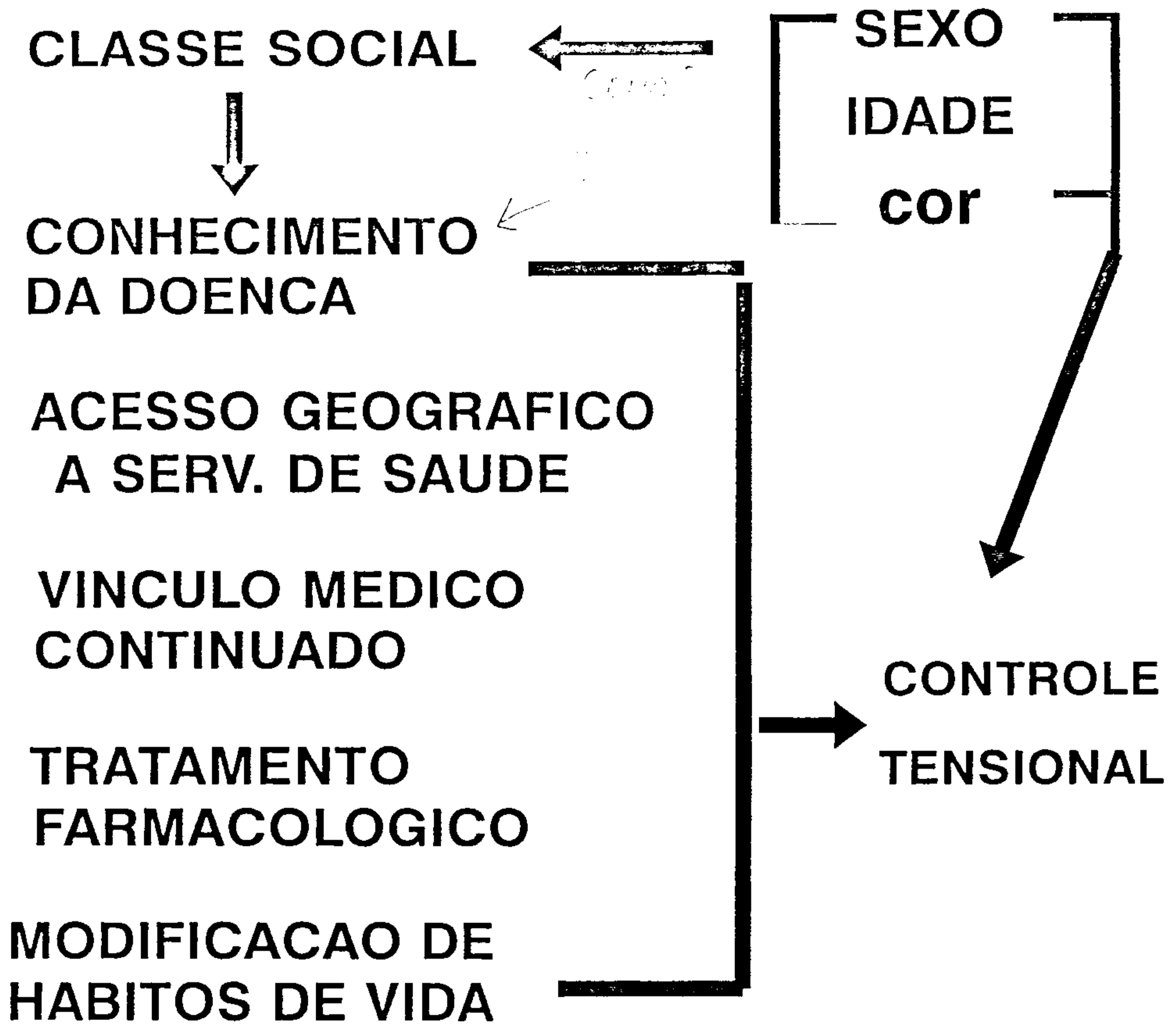


FIG.2

HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:
PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO

DESCRICAO DO TRABALHO DE CAMPO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS: PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO

RELATORIO DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo que se descreverá foi concomitante a dois outros estudos além do que serve de título ao presente texto, no caso aos estudos sobre **Acidentes na Infância em Pelotas** e **Utilização de Serviços de Saúde em Pelotas**.

PESSOAL

Foram utilizados 30 entrevistadores voluntários, estudantes de medicina, do 2º ao 10º semestre. Os entrevistadores foram submetidos a um programa de treinamento que será descrito a seguir.

PROGRAMA DE TREINAMENTO

1º dia

Inicialmente foram apresentadas os projetos dos tres estudos.

A seguir explicou-se as atividades que se desenvolveriam passo a passo: Treinamento, teste piloto, aplicação de questionários, pré-codificação, pesagem, mensuração da altura, aferição da TA (trabalho de campo). Codificação, digitação, primeira limpeza dos dados, acompanhamento da análise (atividade complementar).

Explanou-se a estratégia inicial, forma, horário e período do trabalho de campo, material a ser utilizado (esfigmomanômetro,

estetoscópio, balança, antropômetro) e deslocamentos necessários.

Valorizou-se a precisão das medidas através de exercícios de padronização.

Foi esclarecido aos entrevistadores que a contrapartida pela participação no trabalho incluiria um certificado de participação e a possibilidade de algum recurso financeiro através de bolsas.

Foi discutida a eventual participação nas publicações (excluída a dissertação), sendo que cada grupo de trabalhadores de campo continuariam vinculados ao pesquisador através do qual ingressaram no estudo. Elaborou-se a relação dos entrevistadores (nome completo, endereço e telefone).

Foram apresentados os questionários iniciais (leitura).

Aplicação simultânea de um questionário, como atividade de cada dupla de entrevistadores.

Distribuição de três questionários para aplicação externa, objetivando maior familiarização, com posterior discussão das dificuldades encontradas.

2º dia

Discussão das dificuldades encontradas na aplicação dos questionários.

Leitura comentada da proposta inicial do manual de instruções para os trabalhadores de campo.

Inter-aplicação dos questionários simulando pessoas difíceis de entrevistar.

- Distribuição de questionários para maior familiarização.

3º dia (13/01/92)

Formação de grupos de trabalho entre os entrevistadores.

Leitura do questionário sócio-econômico e respectivo manual de instruções.

Foram registradas as dúvidas individuais e/ou dos pequenos grupos, posteriormente organizou-se discussão destas dúvidas no grande grupo.

Aspectos verificados: Esclarecer definição de chefe da família, pouco espaço para o total de pessoas do sexo feminino e masculino, como proceder em situações como pensionato de estudantes, espaços inadequados, no questionário, para os integrantes da família, pouco espaço para renda total, necessidade de instrução no manual sobre dia de trabalho típico, definição de chefe da família se os cônjuges apresentarem salários iguais, como classificar vendedores ambulantes e faxineira.

4º dia (20/01/92)

Os entrevistadores foram reunidos em seus respectivos grupos.

Operacionalizou-se discussão detalhada do manual geral de instruções.

Problemas levantados: mudar termos do final da apresentação, detalhes a respeito da roupa do entrevistador, comportamento quanto as entrevistas que ficarem faltando realizar (anotar dados como idade e sexo), ordem de aplicação dos questionários, ciganos.

5º dia (27/01/92)

Formação dos pequenos grupos.

Leitura e discussão do manual do questionário a ser aplicado nas pessoas adultas da amostra.

Problemas encontrados: dificuldades de recordatório nas questões referentes ao consumo de álcool, como fazer a verificação das lesões causadoras de dificuldade de locomoção. Como será considerado paciente que fica 24h em observação no Pronto Socorro, internado no Hospital Escola ou no próprio PS ?

6º dia (03/02/92)

Inter-aplicação dos questionários de adultos e sócio-econômico, em pequenos grupos.

Discussão de dificuldades encontradas.

Distribuição dos questionários e respectivos manuais de instruções.

7º dia (10/02/92)

Discussão das dúvidas encontradas no questionário de adultos.

Distribuição do questionário a ser aplicado para a pesquisa de acidentes na infância.

Leitura e discussão do questionário das crianças.

8º dia (17/02/92)

Dramatização da aplicação do questionário das crianças.

Discussão das dúvidas encontradas.

9º dia (24/02/92)

Demonstração de tomada de Peso e Altura.

Familiarização com os instrumentos.

10º dia (28/02/92) '

Definição do treinamento final, datas para o estudo piloto e trabalho de campo.

PROGRAMA DE TREINAMENTO INTENSIVO

1º ciclo (05/03/92)

08:30 - Leitura dos manuais de instruções

10:30 - Ensaio de como se apresentar no domicilio a ser visitado

11:30 - Aplicação dos questionários em tres pequenos grupos

14:00 - Exercício com folha de conglomerado

15:00 - Aplicação do questionário sócio-econômico

16:00 - Exercício de padronização (Peso e altura)

2º ciclo (06/03/92)

08:30 - Leitura do manual de instruções do questionário de acidentes na infância

09:30 - Aplicação do questionário sobre acidentes na infância

10:30 - Leitura do manual de instruções do questionário de adultos

11:00 - Aplicação do questionário de adultos

14:00 - Exercício de padronização

15:00 - Exercício de reconhecimento e orientação em conglomerado

16:00 - Exercício de padronização (Aferição de TA)

AMOSTRAGEM

Foram sorteados 25 setores censitários na zona urbana da cidade de Pelotas; em cada setor foi sorteado um

quarteirão e, neste, a esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio, de forma sistemática foram visitados um em cada quatro, sempre no sentido da esquerda de quem está de costas para a porta do domicílio inicial, até completar 36 domicílios por setor. Em cada domicílio, todos os adultos de 20 a 69 anos de idade foram entrevistados, pesados, medidos e tiveram sua pressão arterial aferida. Deve-se salientar que para o estudo dos adultos, tanto sobre HAS quanto Utilização de Serviços de saúde o número de domicílios necessários por setor seria de 28, entretanto para atingir o número de crianças necessárias à pesquisa de acidentes na infância estendeu-se este número para

36. A relação dos setores sorteados está descrita a seguir:

Nº Setor	Localização
01	Av. Brasil (Usina)
02	Av. Bento Gonçalves
03	Centro (UCPEL)
04	D. Pedro I (Fragata)
05	Cohab S. Filho
06	Areal Fundos
07	N.S. Fátima
08	Centro (Clube Comercial)
09	Vila Prieto
10	Cohab Tablada
11	Fragata (Cemitério)
12	Fragata (Gotuzzo)
13	Igreja da Luz
14	Gen. Osório (Beneficência)
15	Centro (XV de Novembro)
16	Bairro Simões Lopes (Norte)
17	Av. Paz (Areal)
18	Sta. Terezinha
19	Cohab Guabiroba
20	Navegantes
21	Cidade de Lisboa esq.
22	Valverde (Laranjal)
23	Cohab Pestano
24	Fragata (Pinheiro Machado)
25	Cohab Lindóia

ESTUDO PILOTO

Foi realizado em 12/03/92 e 13/03/92 no setor censitário correspondente à frente da Faculdade de Medicina no Bairro Fragata, com o objetivo da testagem final dos instrumentos.

DURAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados deste estudo começou dia 19/03/92 e terminou 26/06/92.

CODIFICAÇÃO, DIGITAÇÃO E LIMPEZA DOS DADOS

A codificação realizou-se em três etapas. A primeira foi feita pelos próprios entrevistadores, ao final da jornada diária de trabalho, antes da entrega dos questionários. Outras duas codificações foram realizadas pelos supervisores do estudo tendo se desenvolvido no período compreendido entre junho e setembro de 1992.

Os dados foram digitados duas vezes, por bolsistas devidamente treinados, em um banco de dados do programa EPI INFO durante os meses de agosto e setembro de 1992. Finalmente, a limpeza dos dados ocorreu na segunda quinzena de setembro de 1992.

ANÁLISE DOS DADOS

Importou-se o banco de dados do EPI INFO para o pacote estatístico SPSS, onde realizou-se as análises uni e bivariadas.

Após, utilizou-se o programa EGRET para a realização da análise multivariada por regressão logística não condicional hierarquizada para os fatores de risco para HAS. Nesta, de acordo com o modelo de análise adotado, compuseram a primeira equação:

sexo, idade e cor. Na segunda equação somou-se classe social segundo classificação de Bronfman . A seguir acrescentou-se escolaridade e classe social segundo IBOPE. Na quarta e última equação foram introduzidas as demais variáveis.

A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências e o intervalo de confiança adotado foi de 95%. Para estes cálculos utilizou-se o método STATCALC do programa EPI INFO. Na análise multivariada, a medida de efeito foi a razão de "odds", calculada através do programa Egret.

PRINCIPAIS DIFICULDADES

Durante este estudo as principais dificuldades encontradas foram:

- 1) O fato de se trabalhar com uma amostra grande da população da zona urbana da cidade de Pelotas.
- 2) O grande número de trabalhadores de campo tornando delicada a questão da padronização na aplicação dos instrumentos, o que exigiu exaustivo treinamento e acompanhamento por parte dos supervisores.
- 3) A carência de recursos financeiros e de infra estrutura necessários a um estudo desta envergadura.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:
PREVALENCIA E FATORES DE RISCO

ROBERTO XAVIER PICCINI

CESAR GOMES VICTORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

RESUMO

O conhecimento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de seus fatores de risco pode ser de grande valor para orientar o planejamento das políticas de saúde.

Para identificar a prevalência de HAS, e sua associação com fatores de risco, realizou-se estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Brasil, sendo examinadas 1657 pessoas.

A prevalência de HAS foi de 19,8%. Os fatores de risco significativamente associados, após controle para fatores de confusão, foram: cor preta, idade avançada, baixa escolaridade, história paterna e materna de HAS, uso de sal adicional à mesa e obesidade. Classe social, que mostrou forte associação com HAS na análise bivariada, teve seu efeito reduzido na análise multivariada, quando houve ajuste por sexo, cor e idade.

ABSTRACT

The identification of the prevalence of Essential Systemic Hypertension prevalence and its risk factors can be of great value to health policy and planning activities.

To identify the prevalence of hypertension and selected risk factors, a cross sectional study was carried out in Pelotas, Brazil. A representative sample of 1657 adults were studied.

The prevalence of Hypertension was 19,8%. The following variables were significantly associated with hypertension after adjustment for confounding variables: black race, advanced age, low educational level, paternal and maternal history of hypertension, use of additional salt on cooked foods and obesity. The strong association between social class and hypertension found in the bivariety analysis was reduced in the multivariate analysis, after adjustment for age, sex and race.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS,RS: PREVALENCIA E FATORES DE RISCO.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica(HAS) é um importante problema de saúde no Rio Grande do Sul, onde as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte em adultos (16).

Entre os portadores de HAS, 85% são hipertensos leves para os quais a identificação do problema e o manejo dos fatores de risco modificaveis pode significar a regressão das cifras tensionais a níveis normais, com redução das consequências nocivas.

Os estudos epidemiológicos sobre HAS tem enfatizado aspectos terapêuticos (1,2,3,6,12,13), aspectos descritivos da prevalência do problema e/ou de seus fatores de risco (7,9,10,11), bem como a associação de HAS com as doenças cardiovasculares(4,6,8).

Em nosso estado, nos últimos anos, dois estudos foram realizados e merecem destaque (14,15), sendo que o último (15) desdobrou-se em quatro bairros da cidade de Porto Alegre, onde HAS foi abordada como um fator de risco para doenças crônico-degenerativas.

Neste sentido realizou-se um estudo epidemiológico transversal de base populacional na zona urbana da cidade de Pelotas com o objetivo de verificar a prevalência de HAS, de alguns de seus fatores de risco, as características do manejo deste problema na população em questão e algumas repercussões sociais do problema.

Neste artigo serão enfocados os resultados relacionados à prevalência de HAS, de alguns de seus fatores de risco e suas associações.

METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolveu na zona urbana da cidade de Pelotas na região sul do Brasil (população de 300.000 habitantes) no período de março a junho de 1992.

O delineamento escolhido foi do tipo transversal de base populacional. Assim, foram sorteados 25 setores sensitários na zona urbana da cidade. Em cada setor era sorteado um quarteirão e, neste, a esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio, de forma sistemática eram visitados um em cada quatro, sempre no sentido da esquerda de quem está de costas para a porta do domicílio inicial, até completar o total de 36 domicílios por setor. Em cada domicílio todos os adultos de 20 a 69 anos de idade eram entrevistados, pesados, medidos e tinham sua pressão arterial aferida.

Calculou-se o tamanho de amostra necessário para detectar uma razão de prevalências igual a 2 para um fator de risco que atinja 20% da amostra, com alfa de 5%, poder de 90% e 15% de doença nos expostos. Esta foi de 1390 pessoas ou cerca de 610 domicílios.

Esta amostra seria também suficiente para estimar uma prevalência de HAS de 15% com erro inferior a 2%.

Devido ao fato de o trabalho de campo estar acoplado a outro estudo que requeria uma amostra maior, o número de domicílios foi expandido para 900, o que resultou em uma amostra

substancialmente superior à requerida. Esta ampliação aumentou o poder estatístico e a precisão do estudo.

Considerou-se como perdas os domicílios onde ninguém estava presente e/ou as recusas. O índice de perdas aceitável foi de 10% , sendo que o ocorrido foi de 9.7%, resultando em 1657 indivíduos examinados.

Participaram do trabalho de campo trinta entrevistadores, estudantes de medicina (2º ao 10º semestre), sendo que todos participaram de treinamento prévio e do estudo piloto.

Ocorreu revisita ao acaso em 5% das entrevistas, realizada por um segundo entrevistador, no sentido de comprovar que a entrevista havia sido realizada e verificar a repetibilidade das informações.

Utilizou-se questionário padronizado, pré-codificado e testado previamente para os dados passíveis de coleta por entrevista, como renda, escolaridade, ocupação, sexo, idade, cor, história familiar de HAS, sedentarismo, tabagismo, consumo de sal e álcool. Balanças de banheiro calibradas foram utilizadas para pesar as pessoas e antropômetros para medi-las.

Para medir obesidade, utilizou-se o Índice de Massa Corporal definido como o peso em kilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado. Os pontos de corte para definir obesidade são os adotados pelo " National Health and Examination Survey II" dos EUA (National Center for Health Statistics, 1978), sendo 27,3 Kg/m² para mulheres e 27,8 Kg/m² para homens.

Utilizou-se esfigmomanômetros aneróides para aferir a pressão arterial, o que foi feito ao final de cada entrevista

(medida única), com a pessoa sentada tendo o braço direito apoiado na altura da região mamária. Considerou-se como PA sistólica o início dos ruídos auscultatórios e a PA diastólica o ponto de extinção dos ruídos auscultatórios (fase IV). Os aparelhos foram aferidos semanalmente, utilizando-se para tal aparelho de mercúrio.

Foram considerados hipertensos aqueles cujas cifras tensionais mostraram valores superiores a 160 mmHg para a sistólica e/ou acima de 95 mmHg para a diastólica, ou aqueles que, apesar de apresentarem cifras abaixo das mencionadas, estavam sob qualquer tratamento farmacológico para HAS.

Duas classificações de classe social foram utilizadas, a do IBOPE e a proposta por Bronfman(17,18).

Para entrada dos dados foi utilizado o programa EPIINFO, sendo a análise realizada com os pacotes estatísticos SPSS e EGRET.

A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências e o intervalo de confiança adotado de 95%.

A análise multivariada foi executada por regressão logística não condicional. De acordo com o modelo teórico que preconiza as relações entre os fatores de risco o primeiro nível hierárquico foi composto por sexo, idade e cor, uma vez que estas podem afetar todas as demais. No segundo nível somou-se a classe social conforme classificação de Bronfman. A seguir acrescentou-se escolaridade e a classe social segundo IBOPE. No quarto e último nível foram introduzidas as demais variáveis.

RESULTADOS

Dos 1657 indivíduos estudados foram diagnosticados de acordo com os critérios estabelecidos 328 hipertensos, o que representa uma prevalência de 19.8%, sendo: 18 pessoas (5% dos hipertensos) por hipertensão sistólica, 116 pessoas (36% dos hipertensos) por hipertensão diastólica, 91 pessoas (27% dos hipertensos) por hipertensão sistólica e diastólica, e 103 pessoas utilizando medicação anti-hipertensiva (32% dos hipertensos) com cifras tensionais compensadas ou seja dentro dos limites da normalidade.

As tabelas 1 a 4 mostram variáveis demográficas, familiares, comportamentais e socioeconômicas respectivamente.

Em cada uma delas podemos verificar o percentual da amostra que cada categoria representa, a prevalência de HAS em cada subgrupo, a razão de prevalências e seu intervalo de confiança (95%) tomando como categoria de base aquela em que se esperava o menor risco, e também a significância estatística da associação.

Maiores prevalências de HAS foram detectadas entre as pessoas de cor preta. Não conseguiu-se captar diferença significativa entre as prevalências de HAS em ambos os sexos. A ocorrência de HAS aumenta nas pessoas mais idosas (Tabela 1).

História familiar, tanto paterna quanto materna, esteve associada com prevalências significativamente maiores de HAS (Tabela 2).

Entre as variáveis comportamentais o padrão sedentário de atividade física representou fator de risco positiva e significativamente associado com HAS. Uso de álcool até duas vezes por semana e, paradoxalmente, tabagismo atual representaram

fatores de proteção significativos para HAS (tabela 3).

Ambas as classificações de classe social e escolaridade mostraram prevalências maiores de HAS nas categorias sociais menos privilegiadas (Tabela 4).

Obesidade esteve presente em 33% da amostra, sendo que entre os obesos a prevalência de hipertensão foi também de 33% e a razão de prevalências com relação aos indivíduos normais foi de 2.52 (com IC95% de 2.08 a 3.05) e $p < 0.001$.

A análise multivariada por regressão logística de acordo com o modelo teórico descrito, mostrou que persistem como fatores de risco significativamente associados à HAS as seguintes variáveis: cor preta, idade avançada, baixa escolaridade, obesidade, história paterna e materna de HAS. Através desta análise, surge como fator de risco o uso de sal adicional na mesa e desaparecem os efeitos de proteção do álcool e do tabaco (tabela 5).

DISCUSSÃO

O delineamento transversal tem como principais vantagens a rapidez, os custos relativamente baixos e possuir atributos que permitem a partir de amostragem representativa de uma população descrever características da mesma e ainda analisar possíveis associações entre os fatores estudados, desde que submetidos a um modelo de análise pré-estabelecido.

A grande limitação deste delineamento é a dificuldade de estabelecer causalidade uma vez que trata-se de um corte no tempo e assim os possíveis determinantes e o desfecho são vistos em um mesmo momento.

As possíveis dificuldades metodológicas seriam o tamanho

Handwritten notes:
... o fato de ...
... o fato de ...

história familiar, aparecendo o efeito do uso de sal adicional a mesa. Como este último é de baixa prevalência e a maioria dos demais são de abordagem inviável ou muito difícil, a obesidade assume papel de destaque no modelo teórico de determinação da HAS em termos de estratégias de prevenção.

O efeito global da variável classe social não foi significativo na análise multivariada. No entanto, duas categorias, o proletariado típico e o proletariado não típico, permaneceram com risco significativamente aumentado, o que é evidenciado pelo limite inferior do intervalo de confiança maior do que a unidade.

→ PC. N. explorou este aspecto - luta de classes - unid. teor. de disc. Demit. - Há bastante disc. sobre
O aparente efeito protetor da categoria de fumante atual desaparece na análise multivariada, não assumindo tampouco o papel de risco, o que está de acordo com dados de literatura (20).

Os resultados mostram que HAS é um problema prevalente na população adulta de Pelotas. As variáveis sociais representam papel destacado no modelo de determinação da HAS, assim como a história familiar. A obesidade é fator de risco merecedor de especial atenção por sua condição de alta prevalência e possibilidade de modificação através de intervenção adequadamente planejada.

Assim, a obesidade é um fator de risco para a HAS, assim como a história familiar.

Tabela 3: Fatores de risco (variáveis comportamentais) para hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Percentual da amostra	Prevalência de HAS (%)	Razão de prevalências (int. conf. de 95%)	P
Tabagismo				
				=0.003
Nunca fumou	46.9 %	20.9 %	1.00	
Ex-fumante	17.9 %	25.2 %	1.21 (0.95-1.53)	
Fumante atual	35.3 %	16.0 %	0.77 (0.61-0.97)	
Uso de álcool				
				=0.003
Não	49.9 %	22.9 %	1.00	
Sim	50.1 %	17.0 %	0.74 (0.61-0.90)	
Padrão de consumo alcoólico				
				=0.003
Não bebe	50.2 %	23.0 %	1.00	
1 a 3 vezes/mes	19.5 %	15.9 %	0.70 (0.53-0.93)	
1 a 2 vezes/sem	17.5 %	15.0 %	0.66 (0.49-0.89)	
3 a 6 vezes/sem	4.0 %	13.8 %	0.61 (0.33-1.13)	
Diariamente	8.9 %	24.0 %	1.05 (0.77-1.44)	
Sempre Adiciona sal na mesa				
				=0.2
Não	96.4 %	19.5 %	1.00	
Sim	3.6 %	26.7 %	1.36 (0.89-2.10)	
Ingesta de embutidos no último mês				
				<0.001
Não comeu	41.9 %	23.9 %	1.00	
comeu	58.1 %	17.0 %	0.71 (0.59-0.86)	
Comer churrasco no último mês				
				=0.09
Não comeu	46.0 %	21.8 %	1.00	
Comeu	54.0 %	18.3 %	0.84 (0.69-1.02)	
Padrão de atividade física no último ano				
				<0.001
Ambos	8.4 %	7.9 %	1.00	
Só lazer	16.2 %	17.8 %	2.27 (1.22-4.23)	
Só deslocamento	19.5 %	15.2 %	1.93 (1.04-3.60)	
Nenhum	55.8 %	23.8 %	3.03 (1.70-5.40)	

Total de pessoas = 1657

Tabela 4: Fatores de risco (variáveis socioeconômicas) para hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Varíável	Percentual da amostra	Prevalência de HAS (%)	Razão de prevalências (int. conf. de 95%)	P
Nível Escolaridade completado				<0.001
≥ 11 a.	25.7 %	10.6 %	1.00	
8-10 a.	18.5 %	10.8 %	1.02 (0.67-1.56)	
5-7 a.	27.9 %	19.5 %	1.84 (1.32-2.57)	
1-4 a.	19.2 %	29.9 %	2.83 (2.05-3.91)	
→ Sem estudo	8.8 %	44.8 %	4.24 (3.05-5.90)	
Classe social				=0.03
Burg/nov.pq.burg	10.2 %	11.8 %	1.00	
Peq.burg.trad.	10.2 %	18.0 %	1.52 (0.95-2.43)	
Prolet. n. típico	44.5 %	20.2 %	1.71 (1.10-2.64)	
Prolet. típico	13.9 %	23.8 %	2.01 (1.26-3.22)	
Subproletariado	7.4 %	22.8 %	1.92 (1.14-3.25)	
Fora da P.E.A.	3.7 %	25.8 %	2.18 (1.21-3.93)	
Classe social segundo classificação IBOPE				=0.006
Classe A/B	10.3 %	14.0 %	1.00	
Classe C	23.2 %	15.6 %	1.11 (0.72-1.72)	
Classe D	35.5 %	21.4 %	1.53 (1.02-2.28)	
Classe E	31.0 %	23.0 %	1.64 (1.09-2.45)	

Total de pessoas = 1657

45
14
59

Tabela 5: Análise multivariada por regressão logística hierarquizada de fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Odds Ratio (I.C. 95%)	p
Sexo(1)		0.06
Feminino	1.00	
Masculino	0.77 (0.58-1.01)	
Idade(1)		< 0.001
20-29 anos	1.00	
30-39 anos	4.49 (2.15- 9.37)	
40-49 anos	17.44 (8.59-35.38)	
50-59 anos	28.32 (13.94-57.53)	
60-69 anos	42.00 (20.26-87.08)	
Cor(1)		< 0.001
Branca	1.00	
→ Preta	2.11 (1.52-2.92)	
Classe Social(2)		0.2
Burg./Nov.Peq.Burg.	1.00	
Peq.Burg.Trad.	1.43 (0.80-2.56)	
Prolet.Não Típico	1.77 (1.04-3.03)	
→ Prolet. Típico	2.09 (1.14-3.82)	
Subproletariado	1.45 (0.72-2.91)	
Fora da P.E.A.	1.36 (0.60-3.07)	
Nível de escolaridade completado(3)		0.004
≥ 11 anos	1.00	
8-10 anos	0.88 (0.52-1.49)	
5- 7 anos	1.36 (0.87-2.14)	
1- 4 anos	1.60 (1.00-2.55)	
Sem estudo	2.31 (1.34-3.96)	
Classe Social segundo classificação IBOPE(3)		0.6
Classe A/B	1.00	
Classe C	0.95 (0.50-1.82)	
Classe D	1.13 (0.58-2.22)	
Classe E	0.92 (0.45-1.90)	
Índice de massa corporal(QUETELET)(4)		< 0.001
Normal	1.00	
→ Obeso	2.03 (1.52-2.71)	
Padrão de atividade física no último ano(4)		0.4
Ambos	1.00	
Só lazer	1.07 (0.49-2.30)	
Só deslocamento	1.51 (0.70-3.22)	
Nenhum	1.41 (0.69-2.89)	
Tabagismo(4)		0.5
Nunca fumou	1.00	
Ex-fumante	1.17 (0.80-1.71)	
Fumante	0.92 (0.65-1.29)	

Atividade física

Atividade física

Atividade física

Continuação da Tabela 5: Análise multivariada por regressão logística hierarquizada de fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Odds Ratio (I.C. 95%)	p
Uso de álcool(4)		0.6
Não	1.00	
Sim	1.08 (0.80-1.45)	
Sempre adiciona sal na mesa(4)		0.02
Não	1.00	
Sim	2.41 (1.18-4.91)	
Comer Churrasco no último mes(4)		0.7
Não	1.00	
Sim	1.06 (0.78-1.45)	
Ingesta de embutidos no último mes(4)		0.5
Não	1.00	
Sim	0.90 (0.67-1.21)	
História familiar Paterna de Hipertensão(4)		< 0.001
Não	1.00	
Não sabe	1.20 (0.86-1.67)	
Sim	2.16 (1.51-3.08)	
História familiar Materna de Hipertensão(4)		0.004
Não	1.00	
Não sabe	0.97 (0.58-1.61)	
Sim	1.66 (1.19-2.31)	

Total de pessoas = 1657

(1) Modelo 1: sexo idade e cor

(2) Modelo 2: modelo (1) mais classe social.

(3) Modelo 3: modelo (2) mais escolaridade e classe social segundo IBOPE.

(4) Modelo 4: modelo (3) acrescido dos demais fatores de risco.

Handwritten notes:
 e 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100
 Cláudia

BIBLIOGRAFIA

1. Gill, J.S. et al. Relation between initial blood pressure and its fall with treatment. *The Lancet*; 567-569; 1985.
2. Cruickshank, J.M. et al. Benefits and potential harm of lowering high blood pressure. *The Lancet*; 581-583; 1987.
3. Editorial. Treatment of hypertension: the 1985 results. *The Lancet*; 645-647; 1985.
4. The European Working Party On High Blood Pressure In The Elderly. Mortality and Morbidity Results From The EWPHP. *The Lancet*; 1349-1354; 1985.
5. Achutti, A. e Medeiros, A.. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *B.Sabde, Porto Alegre* 12 (1); 6-54; Jul. 1985.
6. Hypertension Detection and Follow-Up Program Cooperative Group. The Effect of Treatment on Mortality in Mild Hypertension. *The New England Journal of Medicine*. Oct. 14. Vol. 307. N. 16; 976-980. 1982.
7. Weinberger, M.H. et al. Dietary sodium restriction as adjunctive treatment of hypertension. *JAMA*. May 6, vol 259, N. 17; 2561-2565; 1988.
8. Richard, J.L.. The epidemiology of coronary heart disease: A review. *Effective health care*. Vol 2; N. 5; 197-208. 1985.
9. Millar, W.J. e Stephens, T.. The prevalence of overweight and obesity in Britain, Canada and United States. *American Journal of Public Health*. Vol. 77; n. 1; Jan; 38-41; 1987.
10. Sacks, F.M. et al. Blood Pressure in Vegetarians. *American Journal of Epidemiology*. Vol 100; N. 5; 390-398; 1974.
11. Saunders, J.B.. Alcohol: An important cause of hypertension. *British Medical Journal*. Vol 294; N. 6579; 1045-1046; 1987.
12. Management Committee. The Australian Therapeutic Trial In Mild Hypertension. *The Lancet*; i; 1261-1267; 1980.
13. Medical Research Council Working party. MRC Trial of Treatment of Mild Hypertension. Principal Results. *British Medical Journal*; 291; 97-104; 1985.
14. Costa, E. A. Hipertensão Arterial como problema de massa no Brasil: Caracteres epidemiológicos e fatores de risco. *Ciência e Cultura*. 35 (11): 1642-49, 1983.
15. Duncan, B.B. As Desigualdades Sociais na Distribuição de Fatores de Risco para Doenças não Transmissíveis. Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica. UFRGS. Porto Alegre. 1991.

16. Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Dez principais causas de óbitos por região, Brasil-1977 a 1988. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Ano I, Nº4, setembro 1992.
17. Lombardi C., Bronfman M., Facchini L.A., Victora C.G., Barros F.C., Beria J.U., Teixeira A.M.B.. Operacionalização do Conceito de Classe Social em Estudos Epidemiológicos. Revista de Saúde Pública(São Paulo) 1988;12:5.
18. Bronfman M., Tuñán R.A.. La Desigualdad Social ante la Muerte. Clases Sociales y Mortalidad en la Niñez. Cuadernos Médico Sociales. CESC 29-30, 198-4. 1985: 53-75.
19. Miller D.L., Farmer R.D.T.. Epidemiology of Diseases. Blackwell Scientific Publications. London. 1982:122-135.
20. Peach, H.; Heller, R.F. Epidemiology of Common Diseases. William Heinemann Medical Books Limited. London. 1984:105-107.
21. Victora, C. G. et al. The role of hierarchical models in statistical analysis of determinants of infectious diseases in childhood. 1993. Submetido para publicação.
22. Fry, J.. Doenças Comuns: Incidência, Natureza e Tratamento. Editora Manole Ltda. 1977:139-149.
23. Hurst, J.W. The Heart. New York: Blakinston, 1978:1390-1393.

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS:
MANEJO E REPERCUSSOES SOCIAIS**

ROBERTO XAVIER PICCINI

CESAR GOMES VICTORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é problema de alta prevalência em muitas localidades do Brasil e no exterior.

Realizou-se estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Brasil, para identificar a prevalência de HAS, suas repercussões sociais e características de seu manejo.

A prevalência de HAS na faixa etária de 20-69 anos foi de 19.8%. Dois terços dos hipertensos têm conhecimento do problema, mais da metade usa medicação específica mas apenas um terço encontra-se compensado. A prevenção de fatores de risco prevalentes como sedentarismo e obesidade foi abordada apenas para a metade ou menos dos pacientes que consultaram para manejo da HAS.

Quanto à avaliação de órgãos alvo, exames importantes como Rx de coração e fundo de olho foram realizados em menos da metade dos hipertensos.

Consultar com médicos diferentes foi a única variável associada com o controle tensional, Risco Relativo = 1.35 (IC 95%=1.02 a 1.71).

Destacam-se os índices de absenteísmo (25%), redução de carga de trabalho(34%) e aposentadoria precoce (10%) devido à HAS.

ABSTRACT

Many Brazilian cities have high prevalences of Essential Systemic Hypertension.

We carried out a cross sectional study in Pelotas, Brazil to identify the prevalence of hypertension, its medical management and selected social repercussions.

The prevalence of hypertension was 19.8%. Two thirds of hipertensives known their condition, half use specific medications and one third are compensated. The need to control prevalent risk factors like sedentary life and obesity was not mentioned to more than half of the patients in clinical care.

Relevant examinations for target organ damage such as ocular fundus and chest x-ray were carried out for less than half of the hipertensives.

Resorting to more than one physician for health care was the only variable associated with compensated blood pressure, RR=1.35 (CI 95% = 1.02 to 1.71).

High levels of absenteeism(25%), reduction of the work load(34%) and early retirement(10%) were found among hypertensives.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS: MANEJO E REPERCUSSÕES SOCIAIS

INTRODUÇÃO

O Estado do Rio Grande do Sul tem entre as principais causas de morte em adultos as doenças cardiovasculares(16).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos mais potentes e universais fatores de risco para as doenças cardiovasculares(20).

Realizou-se estudo transversal de base populacional na zona urbana da cidade de Pelotas com os objetivos de: identificar a prevalência de HAS e de alguns de seus fatores de risco na população de 20 a 69 anos de idade, identificar características do manejo deste problema na população em questão e levantar indicadores da repercussão social da HAS.

Objetivou-se ainda testar modelo de análise que relacione controle tensional com: sexo, idade, cor, classe social, escolaridade, obesidade, tabagismo, distância ao local de consulta e consultar com o mesmo médico no último ano.

METODOLOGIA

O delineamento escolhido para o presente estudo foi do tipo transversal de base populacional, tendo se desenvolvido no período de março a junho de 1992. Foram sorteados 25 setores censitários na zona urbana da cidade de Pelotas(300.000 habitantes), sendo em cada um destes sorteado um quarteirão e uma esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio eram visitados um em cada quatro de forma sistemática, sempre no sentido da esquerda de quem esta de costas para o domicílio inicial até completar o total de 36 domicílios por setor.

Tentou-se entrevistar, pesar, medir e aferir a pressão arterial de todos os adultos de 20 a 69 anos de idade residentes nos domicílios visitados.

A amostra necessária calculada a partir de uma prevalência estimada de HAS de 15% com um erro aceitável de 2%, foi de 1529 pessoas, que corresponde a 664 domicílios, estimando que existam 2.28 pessoas nesta faixa etária por domicílio.

O índice de perdas aceitável foi de 10% , sendo que o ocorrido foi de 9.7%, o que resultou em 1657 indivíduos examinados.

Revisitas ao acaso foram feitas em 5% das entrevistas, no sentido de comprovar que a entrevista havia sido realizada e verificar a repetibilidade dos dados obtidos.

Questionário padronizado, pré-codificado e testado previamente foi utilizado para os dados passíveis de coleta por entrevista.

Balanças de banheiro calibradas foram utilizadas para pesar as pessoas e antropômetro para medi-las.

O Índice de Massa Corporal definido como o peso em kilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado foi utilizado para medir obesidade. Os pontos de corte para definir obesidade são os adotados pelo " National Health and Examination Survey II" dos EUA (National Center for Health Statistics, 1978), sendo 27,3 Kg/m² para mulheres e 27.8 Kg/m² para homens.

Esfigmomanômetros aneróides foram adotados para aferir a pressão arterial, o que foi feito ao final de cada entrevista (medida única), com a pessoa sentada tendo o braço direito

apoiado na altura da região mamária, considerando como PA sistólica o início dos ruídos auscultatórios e a PA diastólica o ponto de extinção dos ruídos auscultatórios (fase IV), os aparelhos foram aferidos uma vez por semana pelo pesquisador, utilizando para tanto aparelho de mercúrio.

Aqueles cujas cifras tensionais mostraram valores superiores a 160 mmHg para a sistólica e/ou acima de 95 mmHg para a diastólica e/ou que apesar de apresentarem cifras abaixo das mencionadas estavam sob qualquer tratamento farmacológico para HAS, foram diagnosticados como hipertensos.

Utilizou-se para classificação de classe social a do IBOPE e a proposta por Bronfman(17,18).

O programa EPIINFO foi utilizado para a entrada dos dados, a análise foi realizada através dos pacotes estatísticos SPSS e EGRET.

RESULTADOS

De acordo com os critérios utilizados foram diagnosticados 328 hipertensos entre os 1657 examinados, o que corresponde a uma prevalência de 19.8%.

Os critérios diagnósticos e a distribuição da amostra segundo os mesmos podem ser vistos na tabela 1.

As características em termos de sexo, cor e idade são as expostas na tabela 2.

Esta população foi estudada em termos de classe social e escolaridade. Ambas as classificações de classe social mostraram uma reduzida proporção (< 10%) de indivíduos nas classes mais elevadas e a grande maioria da amostra nas classes menos

privilegiadas. Estes dados bem como os referentes à escolaridade encontram-se dispostos na figura 1.

A distribuição dos hipertensos conforme conhecimento da doença, aderência ao tratamento e controle tensional mostra que apesar de dois terços dos hipertensos terem conhecimento da doença e mais da metade usar medicação específica para este fim, apenas um terço deles encontram-se compensados. A visão do conjunto destes dados esta descrita na figura 2.

Estudou-se ainda nesta amostra a presença dos seguintes fatores de risco:- História paterna e materna de HAS, tabagismo, uso de álcool, uso de sal adicional, obesidade e sedentarismo. Destes, tabagismo não se confirmou como fator de risco (5). A distribuição destes fatores na população de hipertensos pode ser observada na tabela 3.

Chamam a atenção as prevalências elevadas de obesidade, uso de álcool e sedentarismo, por se tratarem de fatores passíveis de modificação com possíveis repercussões positivas na evolução do problema em questão.

A tabela 4 mostra as recomendações feitas em consulta médica aos pacientes hipertensos relativas ao manejo dos fatores de risco estudados. Destaca-se que fatores de risco prevalentes como obesidade e sedentarismo foram abordados apenas para a metade ou menos dos pacientes que consultaram.

A atenção posta na avaliação de órgãos alvo de HAS foi verificada através da realização de : Eletrocardiograma, Rx de coração, Fundo de olho e dosagem de ureia e creatinina (como provas de função renal). Os dados podem ser apreciados na

- HAS como doença sistêmica:
- avaliação da função renal: ⁴¹
- info diet → prev ≈ 20% das ad.
- terapia diet com atend. → idem, f. ad.
- ...
- ...

figura 3., onde destaca-se a pequena proporção de pacientes nos quais foi realizado exame de fundo de olho.

Explorou-se a possibilidade de associação entre o controle tensional (compensado ou não) com : sexo, idade, cor, classe social, escolaridade, obesidade, tabagismo, distância ao local de consulta e consultar com o mesmo médico. Destes, apenas consultar com o mesmo médico se mostrou significativo ($p=0.05$), sendo que o fato de não consultar com o mesmo médico mostrou um Risco Relativo de 1.35 (IC 95% = 1.02 a 1.71).

Foram colhidas informações a respeito de repercussões sociais da HAS na amostra estudada. Destaca-se nestes resultados as informações a respeito do absenteísmo (25%), redução de carga de trabalho (34%) e aposentadoria por HAS (10%), fatos que representam parte importante do custo social deste problema. A análise destas variáveis foi restrita aos sujeitos que foram ou são empregados (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O desenho transversal tem importantes aspectos positivos como representatividade, rapidez e custo acessível, daí sua escolha.

Quanto as dificuldades metodológicas inerentes a este tipo de delineamento como: tamanho amostral, seleção da mesma e aspectos logísticos, mereceram cuidadosa abordagem por parte dos pesquisadores.

Entre os principais resultados encontrados destaca-se que 70% dos hipertensos estejam na faixa dos 30 aos 59 anos de idade, idade altamente produtiva (tabela 1.). Um quarto destas pessoas

→ ⁴² Percepções locais da HAS, de que há um
— à nível de comunidade
/ 2010

faltaram ao trabalho no último ano devido a este problema e ainda mais grave, pelo caráter definitivo, é o fato de um terço deles ter reduzido sua carga laboral e 10% haver se aposentado precocemente (tabela 5.).

Com exceção do uso de sal adicional, os demais fatores de risco estudados estão presentes em cerca de um terço ou até na metade dos hipertensos em nossa amostra (tabela 2) . Apesar disto, e embora apenas história familiar não seja passível de modificação, nas consultas médicas realizadas para acompanhamento de HAS estes fatores deixaram de ser abordados para a metade ou mais destes pacientes(tabela 3).

Ainda no que tange ao acompanhamento destes pacientes, verificamos que o exame de fundo de olho, dado de excepcional valor e fácil de realizar, uma vez que faz parte do exame físico adequado aos hipertensos, foi feito em menos da metade das pessoas de nossa amostra ao longo do tempo em que vêm sendo acompanhadas (Figura 3).

Assim não deve surpreender-nos o fato de que dois terços dos hipertensos tenham conhecimento desta condição, mais da metade use algum fármaco anti-hipertensivo e apenas um terço esteja compensado (cifras tensionais dentro da normalidade). Apesar destas deficiências estes dados diferem positivamente dos encontrados na literatura (19).

Resultado que merece destaque especial é a associação entre consultar com o mesmo médico e o estado compensado da HAS, como única associação significativa entre aquelas testadas.

Podemos a partir dos dados expostos afirmar que, na cidade de Pelotas, HAS é um problema de alta prevalência em uma faixa

↙
literatura com hipertensão - não feita e definitiva de 2000. de Pelotas.

produtiva da população, que a maior parte dos hipertensos tem conhecimento do problema, que mais da metade usam medicação, que os fatores de risco não são abordados pelo manejo médico, que apenas um terço dos hipertensos estão compensados e ainda que o custo social em termos de absenteísmo, redução de carga laboral, e aposentadoria precoce é elevado.

Estes dados permitem pensar que o tratamento da HAS tem sido um ritual mal sucedido, posto que não atinge seu objetivo principal, ou seja a compensação do quadro tensional e o manejo dos seus fatores de risco.

Qualquer proposta para abordar HAS em termos populacionais, que não leve em consideração a relevância do manejo dos fatores de risco modificáveis, a necessidade de um novo enfoque para o tratamento farmacológico neste cenário e fundamentalmente o papel essencial da relação de um médico com seu paciente ao longo do tempo no sucesso do cuidado continuado, estará perpetuando um enfoque ritualístico, mal sucedido e de custo social inaceitável.

Tabela 1: Distribuição da amostra de hipertensos quanto aos critérios diagnósticos de Hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Critérios diagnósticos de HAS	n	%
Hipertensão diastólica	116	36
Em tratamento antihipertensivo com cifras tensionais normais	103	32
Hipertensão sistólica e diastólica	91	27
Hipertensão sistólica	18	5
Total	328	100

N=328

Tabela 2: Caracterização da amostra de hipertensos quanto a sexo, cor e idade. Pelotas, Brasil, 1992.

	n	%
Sexo		
Masculino	131	40
Feminino	197	60
Cor		
Branca	246	75
Preta	82	25
Idade		
20-29	9	3
30-39	42	13
40-49	89	27
50-59	105	32
60-69	83	25

N=328

Tabela 3: Distribuição dos fatores de risco estudados nos hipertensos de Pelotas. Pelotas, Brasil, 1992.

Fator De Risco	Frequência	%
Sedentarismo	220	67
Obesidade	181	55
Uso de Alcool	140	43
História Materna de HAS	142	43
Tabagismo	93	28
História Paterna de HAS	85	26
Uso de Sal Adicional	16	5

N=328

← PG a amostra de 1992
 com critérios de HAS
 classe normal.
 Hipertensão
 cl Med. 120/80

Tabela 4: Recomendações feitas em consulta médica aos pacientes portadores de HAS quanto ao manejo de fatores de risco. Pelotas, Brasil, 1992.

Recomendação	Sim %	Total
Comer menos sal	89	238
Comer menos gordura	78	237
Emagrecer	57	236
Fazer exercícios	42	238
Não fumar	37	154
Não comer gordura	37	238
Fumar menos	34	155
Comer sem sal	29	238

*OBS.: As diferenças entre os totais devem-se as diferenças nos valores ignorados de cada uma das recomendações. Pessoas que não consultaram foram excluídas.

Tabela 5: Repercussões sociais da HAS na amostra populacional estudada. Pelotas, Brasil, 1992.

Repercussão	Sim %	Total
Trabalhou menos devido a HAS	34	201
Faltou ao trabalho no último ano por HAS	25	151
Mudou de trabalho por HAS	10	162
Aposentou-se por HAS	10	178
Hospitalizou no último ano por HAS	4	328

*OBS.: As diferenças entre os totais devem-se as diferenças nos valores ignorados em cada um dos quesitos. Nas questões relativas a trabalho foram excluídas as pessoas que nunca trabalharam.

