

HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE UNIVERSITÁRIOS DA CIDADE DE LUBANGO, ANGOLA

Manuel Simão¹

Miyeko Hayashida²

Cláudia Benedita dos Santos³

Evandro José Cesarino⁴

Maria Suely Nogueira⁵

Trata-se de estudo descritivo que teve como objetivo estudar a prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco entre universitários da cidade de Lubango, Angola. Os resultados obtidos, segundo o Modelo de Campo de Saúde foram: a) biologia humana - 61,3% na faixa dos 18 a 29 anos, estimou-se prevalência de hipertensão de 20,3 a 26,7%, 17,1% apresentavam sobrepeso, 3,2%, obesidade; b) meio ambiente - 36,1% tinham dedicação exclusiva aos estudos, 33,1% indicaram renda familiar de até 250 dólares; c) estilo de vida - 86,2% realizavam atividade física, 60,6% indicaram preferência para a ingestão de alimentos salgados, 4% eram fumantes, 40,6% faziam uso de bebida alcoólica; d) atendimento à saúde - 82,8% já haviam verificado a pressão arterial em alguma ocasião e 65,4% deles não se lembravam do valor encontrado.

DESCRITORES: hipertensão; fatores de risco; doenças cardiovasculares

HYPERTENSION AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS FROM LUBANGO, ANGOLA

This descriptive study aimed to investigate the prevalence of hypertension and its risk factors among undergraduate students in Lubango-Angola. The results obtained according to the health field model were: a) human biology: 61.3% were between 18 and 29 years old; prevalence of hypertension from 20.3 to 26.7%; 17.1% were overweight; 3.2% were obese; b) environment: 36.1% were exclusively students; 33.1% gained a family income of up to 250 dollars; c) life style: 86.2% practiced physical activity; 60.6% preferred salty food; 4.0% were smokers; 40.6% drank alcohol; d) health care: 82.8% already had their arterial pressure verified sometime in their life, and 65.4% did not remember the obtained value.

DESCRIPTORS: hypertension; risk factors; cardiovascular diseases

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENTRE UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE LUBANGO, ANGOLA

Se trata de un estudio descriptivo que tuvo como objetivo estudiar la presencia de la hipertensión arterial y los factores de riesgo entre universitarios de la ciudad de Lubango-Angola. Los resultados obtenidos según el Modelo de Campo de Salud fueron: a) biología humana: 61,3% en el intervalo de edad de 18 a 29 años; se estimó la presencia de la hipertensión entre 20,3 a 26,7%; 17,1% presentaban sobrepeso; 3,2%, obesidad; b) medio ambiente: 36,1% tenían dedicación exclusiva al estudio; 33,1% indicaron una renta familiar de hasta 250 dólares; c) estilo de vida: 86,2% realizaban actividad física; 60,6% indicaron preferencia por la ingestión de alimentos salados; 4,0% eran fumadores; 40,6% hacían uso de bebidas alcohólicas; d) atención de la salud: 82,8% ya habían verificado la presión arterial en alguna ocasión y el 65,4% de ellos no recordaba el valor encontrado.

DESCRIPTORES: hipertensión; factores de riesgo; enfermedades cardiovasculares

¹ Doutor em Enfermagem, Universidade Agostinho Neto, Angola, e-mail: msimao40@hotmail.com; ² Enfermeira, Doutor em Enfermagem, e-mail: miyeko@eerp.usp.br; ³ Professor Doutor, e-mail: cbsantos@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil; ⁴ Professor Doutor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: cesarino@fcrp.usp.br; ⁵ Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: msnog@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) tem sido indicada como o fator de risco de maior valor para a morbidade e mortalidade precoces causadas por Doenças Cardiovasculares (DCV).

Estudos de Framingham mostram que o aumento da pressão arterial (PA) está associado à maior incidência das DCVs, as quais representam importante problema de saúde pública e constituem a principal causa de morte entre a população adulta, na maioria dos países⁽¹⁾.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1997, indicam que as DCVs foram responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes que ocorreram no mundo, o que corresponde a quase 15 milhões de óbitos a cada ano, sendo a maioria (9 milhões) proveniente dos países em desenvolvimento. Esses dados colocam as DCVs como verdadeira pandemia, e para o seu tratamento exige-se a adoção de medidas preventivas efetivas tanto primárias como secundárias⁽²⁾.

Dados da *VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* indicam que, nos Estados Unidos da América, a HA atinge aproximadamente cinquenta milhões de pessoas, e em nível mundial estima-se que cerca de um bilhão de indivíduos são acometidos pela moléstia⁽³⁾.

Apesar do reconhecimento da gravidade que esse grupo de doenças representa, muitos países africanos dedicam pouca atenção à sua prevenção, pois não foram identificados em levantamento bibliográfico estudos relacionando a prevalência de HA, em alguns países da região, e especificamente em Angola.

A prevenção primária da HA é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por DCV. Tem como objetivo primordial a redução ou modificação dos fatores de risco da doença hipertensiva através da implementação de políticas apropriadas e programas educativos que busquem evitar ou retardar o desenvolvimento da doença. As mudanças resultantes do nível de comportamento da população (baixa ingestão de sal ou aumento da atividade física) podem produzir benefícios ao indivíduo, e contribuir como um todo para o controle da PA entre a população⁽⁴⁾.

As IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial dão ênfase à atuação da equipe

multiprofissional nas orientações ao paciente hipertenso e à importância da implementação de estratégias visando a prevenção primária da HA. A prevenção é o meio mais eficiente de combate à HA, uma vez que abrange, fundamentalmente, ensinamentos que introduzem mudanças de hábitos de vida, com a finalidade de evitar o elevado custo social e prevenir as dificuldades referentes ao tratamento e controle das complicações em órgãos-alvo como coração, cérebro e rins⁽⁵⁾.

Quanto aos fatores de risco para a doença hipertensiva, esses podem ser classificados em constitucionais, que compreendem a idade, sexo, com contribuição genética (raça e história familiar) e, ainda, ambientais, que incluem a ingestão excessiva de sal e de álcool, gordura, tabagismo, fatores ambientais ligados ao trabalho e à classe social⁽⁶⁾.

O diagnóstico da HA é basicamente estabelecido pelos níveis tensionais permanentemente elevados, isto é, acima dos limites de normalidade, quando a PA é determinada por meio de métodos e condições apropriados; portanto, a medida da PA é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HA. No Brasil, esse é procedimento obrigatório, que deve ser executado por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados, em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos⁽⁵⁾.

REFERENCIAL TEÓRICO: O MODELO DE CAMPO DE SAÚDE

Nesta pesquisa, adotou-se como referencial teórico o modelo epidemiológico condicionante das doenças e morte, denominado Campo de Saúde, proposto por Lalonde⁽⁷⁾, que sustenta a tese de que a saúde é determinada por variedade de fatores agrupados em quatro componentes principais: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

Biologia humana inclui todos aqueles aspectos relacionados à saúde física e mental, que fazem parte do corpo humano e à constituição orgânica do indivíduo como a herança genética, o processo de maturidade e envelhecimento e os diferentes sistemas internos do organismo.

Meio ambiente inclui todos os elementos relacionados à saúde, mas que são externos ao corpo humano, e comporta os ambientes físico e social que

envolvem os indivíduos e sobre os quais esses têm pouco ou nenhum controle.

Estilo de vida consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, que afetam a sua própria saúde, e sobre as quais ele pode possuir maior ou menor grau de controle. Compreende decisões e hábitos pessoais.

Organização dos serviços de saúde consiste na qualidade, quantidade, administração, natureza e relações pessoais, bem como recursos no oferecimento do cuidado à saúde. Inclui os diferentes recursos como médicos, enfermeiros, hospitais, farmácias, serviços de saúde públicos e privados, ambulatórios, serviços odontológicos, entre outros.

No Brasil, esse modelo foi utilizado em outro estudo envolvendo mulheres com infarto agudo do miocárdio⁽⁸⁾.

OBJETIVOS

- Identificar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica entre os estudantes de um centro universitário de uma universidade pública de Angola;
- Caracterizar a população, segundo as variáveis: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, transversal, desenvolvido com amostra representativa da população de estudantes universitários de um centro universitário de uma cidade do interior de Angola.

Desenvolveu-se a pesquisa no Centro Universitário do Lubango, localizado no município do Lubango, província (Estado) da Huíla.

A cidade de Lubango, capital da província da Huíla, situa-se na Região Sul do interior de Angola.

O Centro Universitário do Lubango é o segundo do país, depois daquele de Luanda, situado na capital. O Centro é referência para as províncias do Namibe, Huíla, Cunene, Cuando-Cubango e conta com Instituto Superior de Ciências da Educação (ISCED), subordinado diretamente à Reitoria da Universidade Agostinho Neto (UAN) e dois Núcleos, Direito e Economia, subordinados hierarquicamente às Faculdades de Direito e de Economia de Luanda da UAN.

A população deste estudo constituiu-se de universitários de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam regularmente matriculados no Centro.

Participaram do estudo 667 estudantes, sendo 391 do Instituto Superior de Ciências da Educação, 62, do Núcleo da Faculdade de Direito e 214, do Núcleo da Faculdade de Economia. O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nos quatro elementos do Campo de Saúde de Lalonde (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde).

O projeto de pesquisa, primeiramente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), tendo em vista a inexistência de Comitês de Ética em Pesquisa em Angola. A coleta de dados foi realizada após aprovação daquele órgão.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado conforme Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A estatura foi aferida com fita métrica inelástica de 150cm de comprimento, afixada de forma invertida com fitas adesivas, em parede plana e sem rodapé, estando posicionada a 50cm do chão.

Quanto ao peso corporal, foi obtido por meio de balança antropométrica portátil com capacidade para 150kg, colocada em local plano e calibrada inicialmente.

Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) pela fórmula: peso (kg)/altura² (m²). Os critérios de classificação do IMC utilizados foram os preconizados pela Organização Mundial da Saúde⁽⁹⁾, quais sejam: graus de baixo peso menor de 18,5kg/m², peso normal de 18,5 a 24,9kg/m², pré-obesidade de 25 a 29,9kg/m² e obesidade maior ou igual a 30kg/m² (nível I-30 a 34,9kg/m²; nível II-35 a 39,9kg/m² e nível III-340kg/m²).

Os perímetros da cintura e do quadril foram identificados com fita métrica inelástica, estando o estudante em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. A partir da aferição dos perímetros da cintura e do quadril, obteve-se a relação cintura quadril (RCQ), com a divisão dos perímetros da cintura pelos do quadril.

Para o cálculo da RCQ utilizou-se os pontos mais usados em estudos do gênero, que definem

valores adequados da RCQ, sendo aqueles inferiores ou iguais a 0,80 para o sexo feminino e 0,90 para o masculino⁽¹⁰⁾.

Em relação à circunferência da cintura, utilizou-se os pontos de corte preconizados pela WHO⁽⁹⁾, que a classifica em aumentada quando o valor em centímetros for maior ou igual a 80 para as mulheres e maior ou igual a 94 para os homens. É considerada muito aumentada quando o valor for maior ou igual a 88 para as mulheres e maior ou igual a 102 para os homens.

Considerando que a gravidez é um estado que aumenta algumas medidas antropométricas, como o peso corporal e a cintura da gestante, para análise das variáveis IMC, circunferência da cintura e RCQ excluiu-se 8 participantes grávidas, evitando desse modo, falsas associações.

A PA foi aferida por método auscultatório, utilizando-se esfigmomanômetros aneróides, testados e devidamente calibrados, manguitos com largura de bolsa de borracha compatível à circunferência braquial do indivíduo. Os valores de PA foram mensurados após a entrevista, possibilitando ao sujeito repouso de, no mínimo, 5 minutos, devendo ficar sentado com o braço apoiado sobre a mesa. Foram realizadas três medidas consecutivas, com intervalos de 60 segundos entre uma e outra, e registrados os valores da pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica das três medidas.

Após a coleta os dados, foram pré-codificados e armazenados em um banco de dados criado a partir do Programa Excel e, em seguida, foram transportados para o *software* EPI-INFO 6 e Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 10.1, o que possibilitou a aplicação dos testes de correlação, em casos de duas variáveis quantitativas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 667 sujeitos de ambos os sexos, sendo 419 (62,8%) do sexo masculino e 248 (37,2%) do feminino. A faixa etária dos participantes variou entre 18 e 55 anos, com predominância da faixa etária de 18 a 29 anos (61,3%), seguida de 30 a 39 anos (25,3%).

Em relação à etnia, 590 (88,5%) eram negros, 57 (8,5%) mulatos e 20 (3%) brancos.

Dados sobre a biologia humana dos universitários

Para definição da HA na população estudada, adotou-se critérios de diagnóstico e classificação preconizados pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que estabelece a classificação da PA para os indivíduos adultos, de acordo com seus níveis tensionais, em ótima (pressão arterial sistólica <120mmHg e pressão arterial diastólica <80mmHg); normal (pressão arterial sistólica <130 e pressão arterial diastólica <85mmHg); limítrofe (pressão arterial sistólica 130–139mmHg ou pressão arterial diastólica 85–89mmHg); hipertensão estágio I (leve) (pressão arterial sistólica 140–159mmHg ou pressão arterial diastólica 90–99mmHg) e hipertensão estágio II (moderada) (pressão arterial sistólica 160–169mmHg ou diastólica 100–109mmHg); hipertensão estágio 3 (grave) (pressão arterial sistólica \geq 180 ou diastólica \geq 110mmHg) e hipertensão sistólica isolada (pressão arterial sistólica \geq 140 e diastólica <90mmHg).

Dessa forma, para identificar a prevalência de HA na população em questão, foram considerados os 87 sujeitos que apresentavam pressão arterial sistólica de \geq 140mmHg e diastólica de \geq 90mmHg; 13 sujeitos com a pressão arterial sistólica \geq 140mmHg, 57 participantes com apenas a pressão arterial diastólica \geq 90mmHg, totalizando 157 sujeitos, obtendo-se assim a prevalência de 23,5% de HA na população estudada.

Constatou-se que, dos 419 (62,8%) estudantes do sexo masculino, 18,9% apresentaram pressão arterial sistólica de \geq 140mmHg, e, dentre os 248 (37,2%) do sexo feminino, 8,4% deles apresentaram pressão arterial sistólica de \geq 140mmHg.

Em relação aos valores de pressão arterial diastólica, \geq 90mmHg foram observados em 27,7% dos estudantes do sexo masculino e em 11,3% do feminino.

O IMC dos participantes do estudo variou de menor 18,5kg/m² a 39,9kg/m², com maior frequência entre 18,5kg/m² e 24,9kg/m², indicando que 455 (69,1%) indivíduos encontravam-se na faixa considerada normal. Observou-se, ainda, que 10,6% dos participantes estavam na faixa de baixo peso e 17,1% encontravam-se com pré-obesidade. Constatou-se a obesidade em apenas 3,2% deles, sendo 2,6% de nível I e 0,6% de nível II.

A análise da Relação Cintura/Quadril (RCQ) mostrou que a maioria dos estudantes (79,7%) possuía RCQ adequada e 20,3% inadequada; a maior

concentração da RCQ inadequada observou-se junto aos indivíduos do sexo feminino (38,3%), contra 10% do masculino.

Em relação à circunferência da cintura, a maioria dos estudantes (518-78,6%) não apresentava risco aumentado para as DCVs, quando o dado em questão era o perímetro da cintura; entretanto, 141 (21,4%) deles encontravam-se na classificação de risco aumentado, sendo a maior proporção pertencente ao sexo feminino.

Quanto ao risco muito aumentado para as complicações metabólicas e DCVs, 7,6% dos estudantes o apresentavam sendo a grande maioria (n=39) também do sexo feminino.

No que se refere aos antecedentes familiares dos participantes do estudo, verificou-se que 232 (34,8%) eram órfãos de pai e, desses, 14,1% não sabiam informar a causa de óbito do genitor; 29 (4,3%) indicaram a guerra, seguindo os homicídios, morte súbita e AVC, sendo cada uma dessas causas relatada por 3,4% dos participantes. Outros 133 (19,9%) informaram ser órfãos de mãe e, desses, 6,9% não souberam informar a causa da morte da genitora; 1,8% indicaram a HA e a morte súbita, respectivamente, e 1,5% referiram AVC.

Em relação à história familiar de HA, 269 (40,3%) relataram que pelo menos um dos pais sofria da doença e 147 (22,0%) estudantes possuíam pelo menos um parente do primeiro grau (irmãos, tios, avós) com HA.

Dados sobre o meio ambiente dos universitários

Em relação à procedência dos 667 participantes do estudo, verificou-se que 363 (54,4%) eram provenientes de outros Estados, 187 (28%) de Lubango (local onde se coletou os dados), 100 (15%) procediam do interior do Estado, 12 (1,8%) eram da região – cidades pertencentes ao mesmo Estado e que se localizavam à distância de até 100km, e 5 (0,7%) vieram de outros países, nomeadamente Portugal e Canadá.

No que se refere ao ano do curso, 48,6% estavam no primeiro ano letivo e 27,9%, no segundo ano.

Quanto à ocupação dos estudantes, verificou-se que mais de um terço deles (241-36,1%) dedicava-se exclusivamente aos estudos, 179 (26,8%), além de estudantes, eram professores do ensino fundamental e médio de escolas públicas ou privadas,

128 (19,2%) exerciam atividades administrativas em instituições públicas ou privadas, 42 (6,3%), além de estudarem, eram policiais ou pertenciam às forças armadas, e os demais (11,6%) trabalhavam no comércio, indústria, jornalismo e/ou como autônomos.

Quanto ao estado civil dos estudantes pesquisados, observou-se que 361 (54,1%) eram solteiros, 290 (43,5%) casados ou viviam com companheiros em união consensual, 8 (1,2%), viúvos e 8 (1,2%) separados. Aproximadamente metade dos participantes (48,7%) não tinha filhos. Dos 51,3% com filhos vivos, 253 (37,9%) tinham de um a quatro filhos.

Outro dado relacionado ao meio ambiente, objeto de investigação, foi a renda individual e familiar. Em relação à renda individual, para a maioria dos estudantes (342-51,3%) a renda era de 20 a 250 dólares, aproximadamente um terço deles (193-28,9%) não a possuía, 107 (16%) tinham renda que variava de 251 a 500 dólares e apenas 25 (3,7%) referiram renda individual superior a 500 dólares. Quanto à renda familiar, 180 (27%) estudantes não souberam informar, 221 (33,1%) mencionaram renda inferior a 251, 163 (24,4%) referiram entre 251 e 500 dólares, 81 (12,1%) entre 501 e 980 dólares e apenas 22 (3,3%) relataram renda familiar maior que 980 dólares.

Analisando o número de pessoas que moravam na mesma residência, 60,4% indicaram de quatro a oito indivíduos, 17,2% nove ou mais pessoas, 14,8% de duas a três pessoas e 8,1% dos estudantes pesquisados informaram que moravam sozinhos. Registrou-se, ainda, que 357 (53,5%) estudantes residiam em casas próprias, 203 (30,4%) em casas alugadas.

No que concerne ao meio de transporte predominante para sua locomoção até a escola, serviço e vice-versa, 334 (50,1%) referiram que não utilizavam nenhum transporte, pois na rotina diária deslocavam-se a pé, 178 (26,7%) usavam transporte próprio e 155 (23,2%) utilizavam o transporte coletivo.

Dados sobre o estilo de vida dos universitários

A grande maioria (575-86,2%) referiu realizar algum tipo de atividade física, apenas 92 (13,8%) negaram essa prática.

A caminhada é a atividade física predominante (60,9%), seguida da ginástica, praticada por 10,2% dos estudantes. Quanto à

frequência e duração com que realizavam a atividade física predominante, a maioria (408-61,2%) referiu realizá-la três ou mais vezes por semana, 101 (15,1%) menos de três vezes por semana e 66 (9,9%) dos participantes a realizavam diariamente, 539 (80,8%) dos estudantes executavam a atividade física durante trinta ou mais minutos/dia e 34 (5,1%) mencionaram duração inferior a trinta minutos/dia.

A maioria dos participantes do estudo (386-57,9%) fazia três refeições/dia, 183 (27,4%) consumiam duas refeições diárias, 90 (13,5%) quatro refeições/dia e 8 (1,2%) consumiam apenas uma refeição diária. As refeições citadas como as mais consumidas pela maioria (351-52,6%) eram compostas por desjejum, almoço e jantar; vindo a seguir o almoço e o jantar, indicadas por 160 (24%) dos participantes e, nessas refeições, os carboidratos e as proteínas eram os grupos de alimentos mais consumidos.

Do total de participantes, 404 (60,6%) indicaram preferência por alimentos salgados ou preparados com muito sal, citando o peixe salgado, embutidos e carne salgada como os mais consumidos.

Dos 667 sujeitos estudados, 27 (4%) eram fumantes, 271 (40,6%) estudantes ingeriam bebidas alcoólicas e 399 (59,8%) indicaram serem estressados ou nervosos.

Das 248 mulheres participantes do estudo, 38 (15,3%) mencionaram usar pílulas contraceptivas orais, dentre as quais 17 (44,7%) as utilizavam num período igual ou inferior há um ano, porcentual semelhante registrou a utilização de pílulas há mais de dois anos.

Dados relacionados ao atendimento de saúde

Indagou-se, inicialmente, a cada participante se alguma vez sua PA tinha sido aferida e qual o valor encontrado. Dos 667 entrevistados, 552 (82,8%) informaram que fora verificada alguma vez, sendo 428 (77,5%) no mesmo ano do estudo, 56 (10,1%) haviam verificado há dois anos, 49 (8,9%) há mais de dois anos, 19 (3,4%) não se lembravam quando tinham verificado a PA, e a maioria (361-65,4%) não sabia informar o valor da PA encontrado na ocasião da mensuração.

A cada estudante foi indagado se sofria ou não de HA, as respostas foram: 60 (9%) sabiam que eram hipertensos, 329 (49,3%) negaram possuir a doença e 278 (41,7%) não sabiam informar se sofriam

ou não da doença, não obstante, muitos deles terem verificado a PA anteriormente.

Dos 60 estudantes que reconheceram ser portadores de hipertensão arterial, apenas 16 (26,7%) faziam algum tipo de tratamento contra a doença.

DISCUSSÃO

Em relação à prevalência de HAS encontrada nesta pesquisa (23,5%), é elevada considerando que a grande maioria da população estudada (86,6%) é jovem (18 a 39 anos).

Em relação ao sexo, os achados do presente estudo também coincidem com os dados da literatura científica, uma vez que diferentes trabalhos indicam maior prevalência da doença entre os homens do que entre as mulheres, até uma determinada faixa etária. Achados de diversos estudos indicam prevalência de HA menor em mulheres se comparados aos homens até os 55 anos e, após essa idade, ocorre aumento significativo da doença entre as mulheres⁽¹¹⁾.

Em relação à obesidade, os seus malefícios são claramente conhecidos e descritos por vários autores. Os obesos têm maior prevalência de HA do que os não-obesos e a diminuição do peso corporal leva à redução dos níveis de PA⁽¹²⁾.

A associação IMC e HA é também enfatizada nos estudos de Framingham, onde foi observado que excesso de 20% do peso ideal aumenta em oito vezes a incidência de HA⁽¹³⁾. A redução de peso é a maneira não-farmacológica mais efetiva para controlar a HA, pois mesmo as reduções de peso modestas têm diminuído significativamente a PA⁽¹⁴⁾.

Os antecedentes familiares da doença hipertensiva devem ser levados em consideração nos estudos sobre prevalência da moléstia, pois a HA é doença na qual o componente genético-hereditário tem grande importância.

Em relação à estrutura familiar da população estudada, observou-se que a maior parte dela (54,1%) era solteira, talvez pelo fato de a faixa etária predominante ser de indivíduos mais jovens, entre 18 e 29 anos, entretanto, verificou-se que a maioria dos estudantes (51,3%) tinha filhos.

As condições socioeconômicas têm sido apontadas por alguns autores como fatores de risco para o desenvolvimento de algumas doenças, influenciando, assim, a mortalidade.

Quanto ao estilo de vida dos universitários estudados, merece realce a realização de atividade física mencionada pela grande maioria deles (86,2%). Esse é fato positivo, pois a prática regular de atividade física traz múltiplos benefícios à saúde, inclusive reduz a incidência de DCVs, como aquelas decorrentes de aterosclerose coronariana⁽¹⁵⁾.

Os dados demonstram que a população estudada possuía alguns hábitos saudáveis, no que diz respeito à prática de atividades físicas, que contribuem para evitar o surgimento de algumas doenças decorrentes da inatividade física. Entretanto, apesar de a maioria mencionar que realizava atividade física, ainda existe parcela da população que não a pratica e outros que não a executam conforme o propósito, ou seja, com duração de 30 a 60 minutos, no mínimo três vezes por semana⁽⁵⁾. Isso vem demonstrar a necessidade da programação e implementação de ações educativas que visem informar o indivíduo sobre a necessidade da prática de atividade física regular.

Em relação ao padrão alimentar, observou-se que os alimentos mais consumidos, segundo eles, eram os carboidratos e proteínas e os menos consumidos, frutas, verduras e legumes.

O consumo de frutas e verduras é aconselhável à saúde, pois há evidências do seu efeito protetor às DVCs e AVCs. Os efeitos favoráveis do consumo de frutas e verduras sobre a PA foram relatados em numerosos estudos⁽¹⁶⁾. Sabe-se que uma dieta equilibrada é fundamental para a manutenção da saúde e que deve incluir as principais fontes nutricionais: carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e fibras.

Em relação à ingestão de sal, as informações obtidas indicam que os participantes do estudo não tinham compreensão clara sobre os efeitos nocivos da ingestão excessiva desse íon.

Vários autores ressaltam que a restrição salina deve fazer parte da terapêutica anti-hipertensiva e ser uma das primeiras recomendações dadas ao paciente hipertenso e família, com objetivo preventivo.

Assim, torna-se imperiosa a difusão de informações visando a prevenção da HA, pois, conforme mostram vários estudos, a redução de ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto na prevenção da doença, por promover menor elevação da PA e queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio. Nesse sentido,

recomenda-se a ingestão diária de até 6 gramas de sal, evitar utilização de saleiro à mesa e a não-ingestão de alimentos industrializados, por possuírem alto teor de sal⁽⁵⁾.

Quanto ao tabagismo, apesar de o número de fumantes ser pequeno (4%), esse hábito deve merecer atenção, pois o fumo é importante fator de risco para as moléstias cardiovasculares e oncológicas e constitui uma das principais causas de morte evitáveis no mundo.

Em relação à ingestão de bebidas alcoólicas, vários trabalhos relatam a associação entre o consumo excessivo e a HA e/ou DCV.

CONCLUSÕES

A partir da análise dos fatores de risco para a doença hipertensiva, agrupados nos quatro elementos do modelo de Campo de Saúde, constatou-se que, em relação ao elemento biologia humana, destacam-se os fatores modificáveis (alta prevalência de hipertensão arterial e considerável porcentagem de estudantes com sobrepeso) e os não-modificáveis (idade, raça, sexo, história familiar positiva de HA); no meio ambiente constata-se o nível socioeconômico (renda baixa e estrutura familiar); no estilo de vida enquadram-se os hábitos autocriados (ingestão excessiva de sal e álcool que foram bastante expressivos nessa população) e, em relação ao atendimento de saúde, merece destaque o fato de grande parte dos participantes ter aferido a pressão arterial alguma vez e sequer sabiam informar o valor encontrado na ocasião.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações levantadas neste estudo indicam a necessidade de programas de orientação à população sobre as doenças crônico-degenerativas em geral e, particularmente, a hipertensão arterial.

A luta contra a HA e outras moléstias crônicas constitui grande desafio tanto para o Estado como para os profissionais, pois depende do estabelecimento de políticas públicas e de investimentos em recursos humanos que possibilitem aos profissionais de saúde e professores realizar cursos de capacitação e treinamentos. Aliados a esses

profissionais, devem estar os órgãos de comunicação e a sociedade como um todo, no auxílio à difusão de informações para que ocorram mudanças no processo educativo do cidadão.

Dentre as possibilidades mais viáveis, estão os cursos de educação continuada, treinamentos, folhetos informativos, palestras, seminários, dentre muitos outros meios de enriquecimento e/ou consolidação do conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001;345(18):1291-7.
2. Brandão AP. Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares-Adalat INSIGHT Study. *Rev Bras Cardiol* 2000;2(5):180-3.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *J Am Med Assoc* 2003;289:2560-72.
4. Lemogoum D, Seedat YK, Mabadeje AF, Mendis S, Bovet P, Onwubere B, Blackett KN, et al. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. *J Hypertension* 2003;21(11):1993-2000.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 1993.
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: National Health and Welfare; 1974.
8. Dantas RAS, Colombo RCR, Aguillar OM. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de "campo de saúde". *Rev Latino-am Enfermagem* julho 1999;7(3):63-8.
9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000 (WHO technical report series, 894).
10. Rosa RF, Franken RA. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In: Timerman A, César LAM. Manual de cardiologia: SOCESP. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
11. Ribeiro AB, Zanella MT, Kohlmann O Junior. Tratamento da hipertensão arterial. In: Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico, e terapêutica. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.
12. Ferreira SR, Zanella MT. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. *Rev Bras Hipertensão* 2000;7(2):128-35.
13. Kannel WB, Gordon T, Offutt D. Left ventricular hypertrophy by electrocardiogram: prevalence, incidence and mortality in the Framingham study. *Annals Intern Med* 1969;71(1): 89-106.
14. Suplicy HL. Obesidade visceral, resistência à insulina e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertensão* 2000;7(2):136-41.
15. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990;132(4):612-28.
16. Organización Mundial De La Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2003 (Serie de Informes Técnicos, 916).