
Prevalência de Hipertensão Arterial na Cidade de Castelo Branco

SIMÕES CARLA*; COELHO PATRÍCIA**; ALEXANDRE PEREIRA**; PEREIRA TELMO***

*Licenciada pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Castelo Branco

** Professores da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Castelo Branco

*** Professor da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Contacto: patriciamcoelho@gmail.com

RESUMO

A hipertensão arterial (HTA) é um dos principais factores de riscos para as doenças cardiovasculares, sendo uma das principais causas de enfarte agudo do miocárdio e de acidente vascular cerebral (AVC), principalmente quando desconhecida, mal tratada ou mal controlada.

Objectivo: Determinar a prevalência de HTA na população adulta da Cidade de Castelo Branco e sua associação com factores de risco.

Método: A amostra estudada tem 402 indivíduos, 61,2% do sexo feminino e 38,8% do sexo masculino.

Foram realizadas 3 avaliações da pressão arterial (PA) em cada indivíduo, com um esfigmomanómetro (ALrK2) depois de 5 minutos de repouso e em intervalos de um minuto entre cada avaliação. Foi ainda aplicado um questionário a cada indivíduo para recolha dos dados antropométricos, demográficos, antecedentes pessoais e familiares de HTA e hábitos diários.

Resultados: Foi encontrada uma prevalência de HTA de 62,4%, (38,3% do sexo feminino e 24,1% do sexo masculino). Dos indivíduos com HTA 79,3% estavam medicados, e destes apenas 49,2% apresentavam valores de PA normais. Dos indivíduos com HTA não controlada 71,8% apresentaram HTA grau I, 18,8% grau II e 9,4% grau III.

Conclusão: Os resultados mostram uma elevada prevalência de hipertensão arterial, este facto alerta para a necessidade de adopção de medidas preventivas.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial, prevalência, factores de risco, conhecimento, tratamento e controlo.

Abstract

Hypertension (HTA) is leading risk factors for cardiovascular disease, being a major cause of acute myocardial infarction and cerebral vascular accident (AVC), especially when unknown, poorly treated or poorly controlled.

Objective: Determine the prevalence of hypertension in adult population of the city of Castelo Branco and its association with risk factors.

Method: The study sample contained 402 subjects, 61.2% female and 38.8% male. Were performed three evaluations of blood pressure (BP) in each individual with a sphygmomanometer (ALrK2) after 5 minutes of rest and at intervals of one minute each. A questionnaire was applied to each subjects to collect anthropometric data, demographic, personal and family history of hypertension and daily habits.

Results: The prevalence of hypertension was 62.4% (38.3% female and 24.1% males). Subjects The subjects with HTA 79.3% were medicated, and of these only 49.2% had normal BP values. The subjects with uncontrolled hypertension 71.8% had grade I HT, 18.8% grade II and 9.4% grade III.

Conclusions: The results showed a high prevalence of hypertension, this warning for the need to adopt preventive measures.

Key Words: Hypertension prevalence, risk factors, knowledge, treatment and control.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos, principalmente se desconhecida ou mal controlada.⁽¹⁾ Em todo o mundo calcula-se que existam cerca de 972 milhões de hipertensos, sendo que em Portugal a prevalência de hipertensos é de 42,1%⁽³⁾. A região de Portugal com maior prevalência de hipertensão é a zona do Alentejo (49,5%) e a zona com menor prevalência é a zona Norte (37,8%). Na Zona Centro onde se inclui a cidade onde foi realizado o estudo a taxa é de 45,4%.⁽²⁾

Em Portugal existe uma elevada prevalência de factores de risco cardiovascular, principalmente diabetes, obesidade e tabagismo.

Estes factos motivaram a realização deste estudo, com o objectivo de sensibilizar a população desta cidade para este grave problema de saúde, pretendendo sobretudo determinar a sua relação com a existência de factores de risco cardiovascular associados.

É também importante determinar o predomínio de indivíduos hipertensos que desconhecem esse facto, ou que não tem valores de pressão arterial controlados.

Este estudo pretende assim auxiliar à implementação de novas formas de sensibilização da população para a hipertensão e as graves consequências que esta pode trazer para a saúde e bem-estar de cada indivíduo, principalmente se desconhecida, não tratada ou controlada.

Em Portugal as doenças cardiovasculares são a principal causa de internamento hospitalar, sendo estas a principal causa de morte nos países desenvolvidos.⁽³⁾ O enfarte do miocárdio e o AVC são as doenças cardiovasculares que mais causam morbidade e mortalidade no mundo e em Portugal.

Estudos anteriores indicam que valores de pressão arterial aumentam o risco de doença vascular cerebral, doenças das artérias coronárias, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crónica.⁽⁴⁾

Mundialmente morrem 7,1 milhões de pessoas em que a sua causa de morte pode ser imputável à HTA. Estudos desenvolvidos e que estudaram mais de 1 milhão de pessoas demonstram que a morte por doença isquémica cardíaca e por AVC aumenta

progressivamente e linearmente com o aumento da pressão arterial (PA) a partir de valores baixos como 115/75.^(5,6)

Apenas aproximadamente 46,2% dos portugueses conhece que sofre de hipertensão arterial, e apenas 39% são medicados. A percentagem de conhecimento de hipertensão arterial é muito maior nos indivíduos com mais de 64 anos, demonstrando que os jovens não medem a sua pressão arterial, não sendo esta uma preocupação para eles⁽¹⁾. Estes dados são similares com os do resto do mundo em que se verifica que há uma grande prevalência de indivíduos hipertensos que desconhece ter HTA ou que se encontra mal medicado.^(7,8,9,10)

A HTA evolui de forma assintomática ou com sintomas que habitualmente são ignorados ou associados a outras patologias, os sintomas major apenas surgem aquando das graves complicações cardiovasculares, complicações estas que podem ser limitativas e provocar a diminuição da qualidade de vida.⁽⁹⁾

O risco cardiovascular aumenta para o dobro por cada aumento da PA de 20 mmHg sistólica e 10 mmHg diastólica. Sabendo-se que para um indivíduo normotenso com 55 anos de idade a probabilidade de desenvolver HTA é de 90 %.^(5,6)

A hipertensão arterial é importante não só por ser um factor de risco para as doenças cardiovasculares e que aumenta a mortalidade, mas é também um factor que afecta a qualidade de vida do doente. Assim uma pressão arterial controlada melhora o bem-estar do indivíduo, a sua vida familiar e social, a sua capacidade de trabalho e a sua função sexual.⁽⁵⁾

Noutros estudos de prevalência de hipertensão arterial avaliaram-se factores de risco como a idade, tabagismo, sexo, álcool, obesidade, diabetes e hereditariedade, havendo uma relação evidente com todos os factores de risco.^(1,3,4,5,8,9,10-14,16)

A prevalência de hipertensão arterial aumenta com a idade, mais de metade das pessoas com idade compreendida entre 60 e 69 anos sofre de HTA.^(5,13)

A prevalência de hipertensos no sexo masculino é de 49,5% e nas mulheres de 38,9%^(2,8), embora existam estudos onde não se verificou qualquer diferença significativa.^(7,16)

Em relação a alguns factores de risco calcula-se que em Portugal a taxa de tabagismo varie entre 12 e 30 %.⁽³⁾ Já a percentagem de indivíduos com diabetes é pouco conhecida mas estima-se que varie entre 5 e 9,9%.⁽³⁾

Em 2003, verificou-se que 14,4% dos homens e 14,8% das mulheres são obesos no nosso país ⁽¹⁾, sendo Portugal um dos países da União Europeia com níveis de sedentarismo mais elevados. ⁽¹²⁾

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho realizou-se na cidade de Castelo Branco e consistiu na avaliação da PA e preenchimento de um questionário, aplicado a uma amostra representativa da população em estudo.

Este estudo dividiu-se em duas fases: uma primeira que consistiu em pesquisa bibliográfica e elaboração de um enquadramento teórico, e a segunda na recolha e análise dos dados recolhidos.

A recolha de dados foi realizada entre Setembro de 2009 e Abril de 2010.

Amostra

A amostra foi recolhida de forma aleatória em vários pontos da cidade e definida de modo a ser representativa da população em estudo. Para calcular o tamanho da amostra assumiu-se a prevalência teórica de HTA de 42% e um nível de confiança de 95%.

Assim a amostra do estudo é composta por 402 indivíduos de ambos os sexos, sendo 61,2% do sexo feminino e 38,8% do sexo masculino.

Ao realizarmos o questionário dividimos as idades em intervalos, desta análise concluímos que a faixa etária mais prevalente foi a dos 65-74 anos e os menos prevalentes os intervalos 18-24 e 25-34 anos (Gráfico 1).

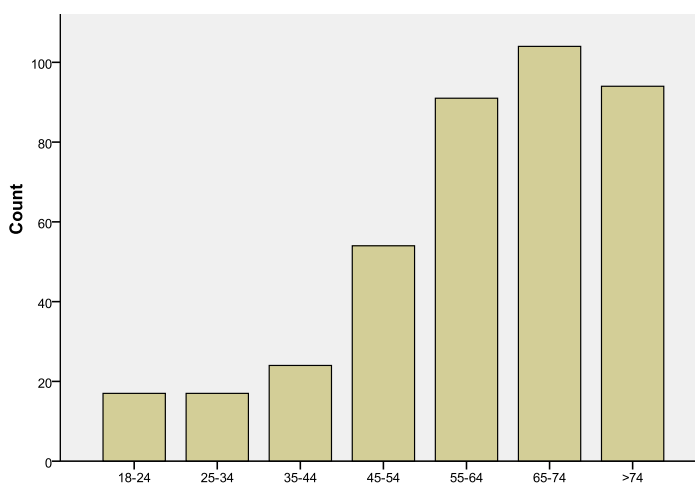


Gráfico 1: Distribuição dos Indivíduos por Faixa Etária

Procedimentos

Para participar no estudo cada indivíduo assinou um consentimento informado, onde lhe foi explicado em que consistia o estudo e qual a sua finalidade.

Posteriormente cada indivíduo respondeu a um questionário, com o intuito de caracterizar o perfil antropométrico, demográfico, hábitos diários, tabagismo, antecedentes cardiovasculares e antecedentes de HTA.

Assim foram estudadas as seguintes variáveis:

- Variáveis sócio-demográficas: idade (grupos etários: 18-24; 25-34; 35-44, 45-54; 55-64; 65-74; >74 e para cálculos relacionados com a HTA: 18-64; 65-74 e >74 anos) e sexo;
- Variáveis antropométricas: Peso (Kg), Altura (m), IMC (Kg/m²);
- Hábitos diários: tabagismo e actividade física;
- Antecedentes Pessoais: doenças cardiovasculares, diabetes e dislipidémia;
- Antecedentes familiares de HTA;
- Antecedentes pessoais de HTA: conhecimento do valor de PA, tratamento da HTA e controlo da HTA;

O peso foi obtido com uma balança digital Taurus Oslo e a altura recolheu-se através de um documento oficial, o bilhete de identidade.

Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC) utilizou-se a fórmula (peso/altura²). Este foi classificado segundo a organização mundial de saúde em: abaixo de peso (<18,50 Kg/m²), normal (18,5-24,99 Kg/m²), sobrepeso (25-29,99 Kg/m²), obesidade grau I (30-34,99 Kg/m²), obesidade grau II (35-39,99 Kg/m²) e obesidade grau III (>40 Kg/m²).⁽¹⁷⁾

Procedeu-se à avaliação da PA em cada indivíduo utilizando o método auscultatório, recorrendo a um esfigmomanómetro aneróide manual (ALrK2), com braçadeira adequada a cada indivíduo. Para obtenção dos valores de pressão arterial foram realizadas 3 medições após 5 minutos de repouso, com intervalos de 1 minuto entre cada uma, devendo o indivíduo estar sentado com o braço esquerdo à altura do coração. Das 3 avaliações foi obtida a média da PA diastólica e da PA sistólica.

Para a classificação da PA baseámo-nos nas Guidelines de 2007 da European Society of Hypertension e da European Society of Cardiology, classificada em: normal

(PAS<130 mmHg e/ou PAD<85 mmHg), normal alta (PAS entre 130 e 139 mmHg e/ou PAD entre 85-90 mmHg) e HTA (PAS>140mmHg e/ou PAD>90 mmHg). Por sua vez os indivíduos com HTA foram divididos em: HTA grau 1 (PAS 140-159 mmHg e/ou PAD 90-99 mmHg), HTA grau 2 (PAS 160-179 mmHg e /ou PAD 100-109 mmHg) e HTA grau 3 (PAS>180 mmHg e/ou PAD>110 mmHg).⁽¹⁸⁾

Todos os indivíduos sob terapêutica anti-hipertensora foram classificados como hipertensos, e posteriormente classificados como tendo ou não a HTA controlada.

Análise Estatística

Os dados relativos aos sujeitos da amostra foram informatizados e tratados com recurso ao programa SPSS para Windows, versão 17.0. Recorreu-se a uma estatística descritiva simples para caracterização geral da amostra e da distribuição das variáveis. Procedeu-se frequentemente a análises de regressão logística, complementadas com análises de correlação bivariada (R de Pearson). Os valores estão apresentados como média \pm desvio-padrão. O critério de significância estatística utilizado foi um valor de $p \leq 0.05$ para um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Dos 402 indivíduos estudados, 61,2% eram sexo feminino e 38,8% do sexo masculino. A faixa etária mais prevalente foi a dos 65 aos 74 anos de idade (25,9%) e as menos prevalentes dos 18 aos 24 e a dos 25 aos 34 anos, ambas com 4,2%. Mais de metade dos indivíduos estudados tinham idades superiores a 55 anos de idade (Gráfico1).

Foi encontrada uma prevalência de HTA de 62,4%, (61,4% do sexo feminino e 38,6% do sexo masculino). A prevalência de PA normal-alta foi de 17,7% (Gráfico 2) sendo 57,7% do sexo feminino e 42,3% do sexo masculino.

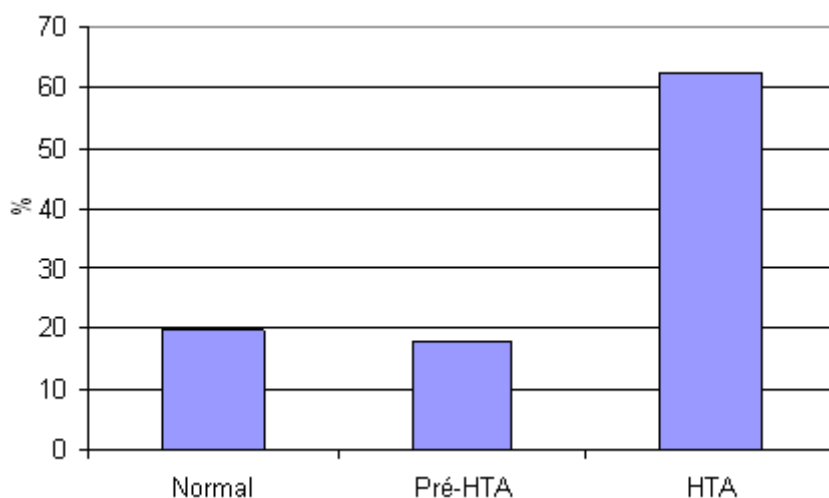


Gráfico 2: Distribuição da Classificação da PA pela Amostra.

Quanto à análise das três principais faixas etárias, obteve-se uma prevalência de HTA de 37,5% dos 18 aos 64 anos, 67,7% dos 65 aos 74 anos e 80,9% nos indivíduos com mais de 74 anos.

Dos participantes deste estudo apenas 33,8% tinham história familiar de HTA. Dos quais 67,6% apresentaram HTA.

Relativamente à prevalência de fumadores obteve-se uma taxa de 15,7% (6% do sexo feminino e 9,7% do sexo masculino). Dos indivíduos fumadores 46% eram hipertensos.

Quanto à hipercolesterolemia a prevalência foi de 38,7% (25,9% do sexo feminino e 12,8% do sexo masculino). Destes 72,4% apresentavam HTA e 13,1% PA normal-alta (pré-HTA). Nos diabéticos obteve-se uma taxa 23,1% (48,4% do sexo feminino e 51,6% do sexo masculino). Onde 73,1% destes apresentaram HTA e 10,8% PA normal-alta.

Em relação ao IMC observou-se que 46,0% dos indivíduos apresentavam excesso de peso e 27,4% apresentava obesidade. Dos indivíduos com excesso de peso 19,5% apresentavam valores de PA normal-alta e 59,5% eram hipertensos. Nos indivíduos obesos a prevalência de PA normal-alta foi de 14,5% e de HTA foi de 77,3%. Dos indivíduos estudados apenas 31,6% praticavam actividade física com alguma regularidade, sendo relativamente similar entre ambos os sexos. Dos indivíduos que não praticam actividade física 64,0% eram hipertensos.

Dos indivíduos com HTA 79,3% estavam medicados, e destes apenas 49,2% apresentavam valores de PA normais, isto é, tinham a HTA controlada (Gráfico 3).

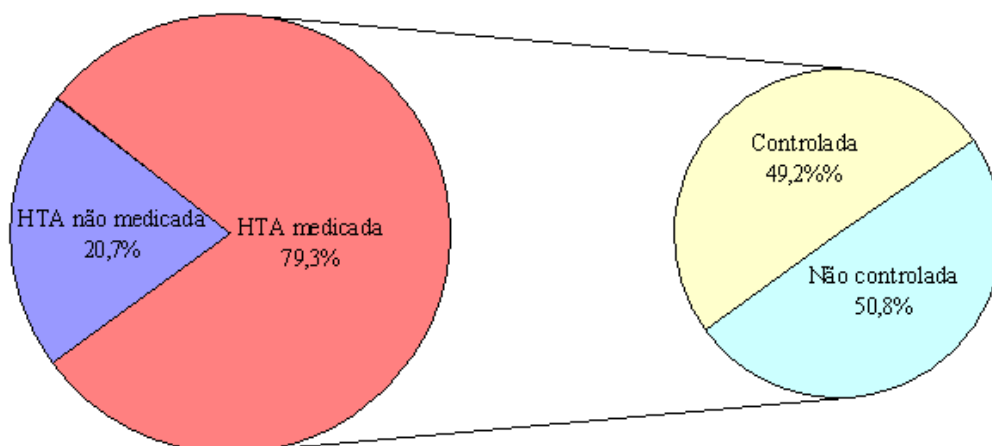


Gráfico 3: Distribuição de Indivíduos Hipertensos Medicados e destes quais os Controlados

Dos indivíduos com HTA não controlada 71,8% apresentaram HTA grau I, 18,8% grau II e 9,4% grau III.

Avaliando a PA, obteve-se uma média de PAS de $132,88 \text{ mmHg} \pm 19,04$, com um valor máximo de 200 mmHg e um mínimo de 87,33 mmHg. Quanto à PAD obteve-se uma média de $79,92 \text{ mmHg} \pm 10,75$, com um valor máximo de 128 mmHg e um valor mínimo de 50 mmHg.

Pode-se verificar que até à faixa dos 35-44 anos, tanto a PAD como a PAS aumenta de forma mais ou menos proporcional. A partir deste ponto a PAD mantém-se relativamente constante até aos 65-74 anos, a partir do qual começa a diminuir. Pelo contrário a PAS vai sempre aumentando com a idade, com excepção dos 35 aos 54 anos em que se verifica que existe uma ligeira diminuição (Gráfico 4).

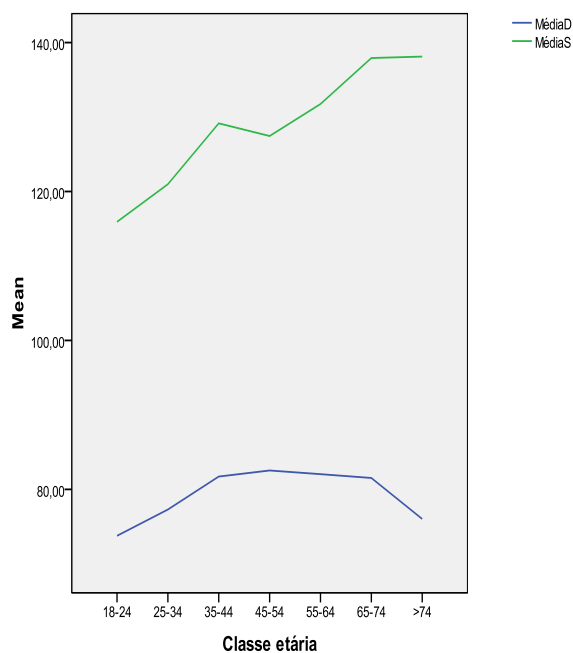


Gráfico 4: Distribuição da PAD e da PAS ao longo da idade

O modelo de regressão logística adotado mostra que a faixa etária 65-74 anos ($p < 0,0001$; $OR = 3,492$; $IC =]2,147; 5,679[$) e >74 anos ($p < 0,0001$; $OR = 7,037$; $IC =]3,709; 13,353 [$) apresenta um efeito estatisticamente significativo sobre a probabilidade de desenvolver HTA. Assim, verifica-se que entre os 65 e os 74 anos existe um risco 3 vezes maior de desenvolver HTA, e a partir dos 74 anos de idade o risco aumenta para 7 vezes (Tabela 1). Verifica-se assim que com o aumento da idade existe um aumento quase linear do risco de desenvolver HTA (Gráfico 5).

O mesmo modelo mostra que a obesidade ($p < 0,0001$; $OR = 3,15$; $IC =]1,754; 5,668 [$) apresenta um efeito estatisticamente significativo sobre a probabilidade de desenvolver HTA, assim um indivíduo obeso tem um risco 3 vezes maior de desenvolver HTA do que um indivíduo com peso normal (Tabela 1). Verifica-se que com o aumento do IMC existe um aumento exponencial do risco de desenvolver HTA (Gráfico 6).

Por fim ficou evidenciado que os indivíduos com hipercolesterolemia ($p = 0,009$; $OR = 1,814$; $IC =]1,158; 2,843 [$) e diabetes ($p = 0,023$; $OR = 1,813$; $IC =] 1,084; 3,032 [$) tem maior predisposição para desenvolver HTA. Assim, um indivíduo com hipercolesterolemia tem quase duas vezes mais probabilidade de desenvolver HTA tal como os indivíduos diabéticos (Tabela 1).

Dentro dos indivíduos que apresentaram valor preditivo para a ocorrência de HTA foi realizada a regressão multivariada englobando estas variáveis. De acordo com o modelo obtido verificou-se que a variável com maior valor preditivo é a classe etária dos 65-74 anos ($p < 0,0001$; $OD = 2,697$; $IC =]1,574; 4,622[$) e a dos indivíduos com idades superiores a 74 anos ($p < 0,0001$; $OD = 6,734$; $IC =]3,295; 13,762[$). Outra variável com grande valor preditivo foi a obesidade ($p = 0,001$; $OD = 2,892$; $IC =]1,506; 5,555[$) (Tabela 1).

Tabela 1: Regressão logística univariada e multivariada.

Univariada					Multivariada			
	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p
		Mínimo	Máximo			Mínimo	Máximo	
Idade								
18-64	Ref	—	—	—	Ref	—	—	—
65-74	3,492	2,147	5,679	<0,0001	2,697	1,574	4,622	<0,0001
>74	7,037	3,709	13,353	<0,0001	6,734	3,295	13,762	<0,0001
IMC								
Normal	Ref	—	—	—	Ref	—	—	—
Excesso de Peso	1,36	0,841	2,2	0,21	1,175	0,678	2,038	,565
Obesidade	3,15	1,754	5,668	<0,0001	2,892	1,506	5,555	0,001
Sexo								
Feminino	Ref	—	—	—	Ref	—	—	—
Masculino	0,982	0,649	1,486	0,932	0,999	0,610	1,636	0,997
Colesterol								
Não apresenta	Ref	—	—	—	Ref	—	—	—
Apresenta	1,814	1,158	2,843	0,009	1,618	0,994	2,634	0,053
Diabetes								
Não apresenta	Ref	—	—	—	Ref	—	—	—
Apresenta	1,813	1,084	3,032	0,023	1,463	0,814	2,629	0,203
História Familiar								
Não tem	Ref	—	—	—				
Tem	1,424	0,914	2,217	0,118				
Actividade Física								
Pratica	Ref	—	—	—				
Não pratica	1,233	0,801	1,897	0,342				

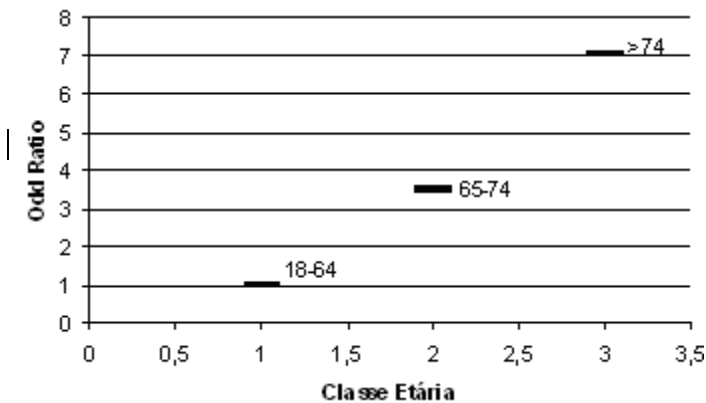


Gráfico 5: Gráfico com análise do odd ratio ao longo das faixas etárias

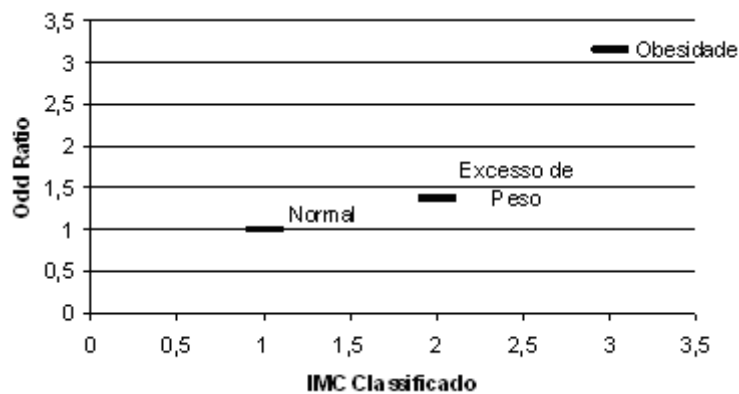


Gráfico 6: Gráfico com análise do odd ratio em relação à classificação do IMC

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os dados obtidos permitem ter conhecimento da prevalência da hipertensão arterial, mas também do seu nível de tratamento e controlo, assim como da sua associação com factores de risco. O facto de se ter optado por realizar três medições ao invés de apenas uma, justifica-se por ter sido a técnica mais utilizada em estudos da mesma índole.

Verificou-se que a prevalência de HTA é bastante elevada, sendo de 62,4%, não existindo diferenças significativas entre sexos. Este valor difere da média nacional, e também dos valores encontrados a nível mundial e europeu, sendo bastante mais elevado. ^(1, 19, 20 e 21)

Segundo Espiga de Macedo e seus colaboradores, a prevalência de HTA a nível nacional é de 42,1±1,2%.⁽¹⁾ A diferença entre as duas percentagens pode estar relacionada com o facto da amostra recolhida no presente estudo ser constituída

principalmente por indivíduos com idades superiores a 66 anos de idade e influenciada pelo método de recolha.

O valor de prevalência de HTA obtido neste estudo foi substancialmente superior ao verificado nos Estados Unidos da América (28%), Canadá (27%), Suécia (38%), Itália (38%), Inglaterra (42%), Espanha (47%) e Alemanha (55%)⁽²⁰⁾. Estima-se que a prevalência mundial seja de 26,4%.⁽²²⁾

As diferenças obtidas entre este estudo e os referidos anteriormente, pode justificar-se pelo facto da recolha não ter sido aleatorizada, mas sim recolhida por conveniência no entanto percebe-se pelo valor da prevalência que o mesmo é bastante elevado.

Analisando a prevalência de HTA a nível regional, a taxa obtida para a região centro é de 45,4% segundo o estudo de Espiga de Macedo⁽¹⁾, sendo este valor similar ao encontrado no estudo Valsim.⁽²¹⁾ No entanto, se analisarmos o estudo AMALIA⁽¹⁹⁾ verifica-se que para a mesma região este valor é significativamente mais baixo (23,7%), podendo estar relacionado com o facto da forma de recolha da amostra deste estudo que obteve os dados por inquérito, enquanto que o segundo obteve os valores de pressão arterial por medição.

Para avaliar o tratamento e controlo da HTA do estudo aqui descrito utilizaram-se os mesmos critérios descritos em estudos similares. Dos indivíduos hipertensos estudados, 79,3% estavam medicados e desses 49,2% tinham valores de pressão arterial dentro dos valores da normalidade aquando da recolha da amostra. Mais uma vez, estes valores são superiores aos verificados noutros estudos semelhantes, segundo o estudo de Espiga de Macedo 39,1% dos inquiridos estava sob terapêutica anti-hipertensora e desses apenas 11,2% tinham a hipertensão arterial controlada.⁽¹⁾

A nível dos indivíduos sob terapêutica médica verifica-se que o valor obtido é superior ao de países como Inglaterra (24,8%), Alemanha (26,1%), Suécia (26,2%), Espanha (26,8%), Itália (32%), Canadá (36,4%) e Estados Unidos (52,5%), sendo que o valor obtido no presente estudo está mais próximo deste último.⁽²⁰⁾

Analisando a prevalência de indivíduos com HTA controlada, verifica-se que o valor obtido é superior ao de países como Espanha (18,7%), Suécia (21%), Itália (28,1%) e Alemanha (29,9%). No entanto é similar ao de países como a Inglaterra (40,3%), Canadá (47,3%) e Estados Unidos (54,5%).⁽²⁰⁾

Verificou-se que a prevalência de HTA aumenta com a idade, principalmente a partir dos 65 anos de idade, tal como noutros estudos realizados. ^(1,19,21)

Pode-se ainda concluir que até ao grupo etário dos 35-44 anos, tanto a PAD como a PAS aumenta de forma mais ou menos proporcional. A partir deste grupo etário a PAD mantém-se relativamente constante até aos 65-74 anos, começando a diminuir a partir daqui. Já com a PAS verifica-se que esta vai aumentando com a idade, com excepção dos 35 aos 54 anos em que se verifica que existe uma ligeira diminuição o que se pode correlacionar com estudos similares. ^(1, 5 e 21)

Utilizando o modelo de regressão logística verificou-se que existe relação da HTA com a idade. Outros estudos mostram que esta relação demonstra o facto de a idade se encontrar significativamente relacionada com a ocorrência de HTA. ^(23 e 24)

Foi encontrada uma elevada taxa de excesso de peso e obesidade entre os indivíduos estudados, sendo esta de 27,4% e 46% respectivamente. Conclui-se que 73,4% dos indivíduos apresentaram excesso de peso ou obesidade. O valor encontrado é superior ao descrito num estudo realizado a nível nacional que demonstrou que em Portugal a prevalência de obesos é de 14,5% e excesso de peso de 35%. ⁽²⁷⁾ No estudo AMALIA verifica-se que para a região centro 53,3% dos indivíduos apresentaram excesso de peso ou obesidade ⁽¹⁹⁾, ainda num outro estudo verificou-se que a prevalência de indivíduos com excesso de peso ou obesidade foi de 42%. ⁽²⁸⁾ Se compararmos os valores obtidos com os de alguns países da Europa verifica-se que na Grécia, Inglaterra, Alemanha, República Checa e Húngria a taxa de obesidade varia entre 20 e 29,9% ⁽²⁷⁾, o que nos indica que a taxa de obesidade na cidade é muito elevada.

Podemos assim concluir, através da análise univariada, que existe uma relação significativa com a obesidade, assim um indivíduo obeso tem um risco 3 vezes maior de desenvolver HTA do que um indivíduo com peso normal, correlacionando-se mais uma vez com outros estudos da área científica. ^(23, 24, 25 e 26)

Ainda em relação à análise univariada podemos verificar que ficou evidenciado que os indivíduos com hipercolesterolemia e diabetes têm maior predisposição para desenvolver HTA, pois um indivíduo com hipercolesterolemia tem quase duas vezes mais probabilidade de desenvolver HTA, tal como os indivíduos diabéticos.

Avaliando a prevalência de hipercolesterolemia verifica-se que a o valor obtido (38,7%) é ligeiramente superior ao verificado no estudo AMALIA, em que a

prevalência para a zona centro foi de 21,4% e a o valor nacional de 19,3% ⁽¹⁹⁾, num outro estudo percebe-se que esta prevalência é muito superior, 68,5% ⁽²⁹⁾, esta diferença significativa entre os dados dos dois estudos realizados em Portugal pode dever-se ao facto dos dados do estudo AMALIA terem sido obtidos através de questionário.

Mas se compararmos o valor obtido no presente estudo verifica-se que é semelhante ao observado nos Estados Unidos (39%) e na Holanda (32%). ⁽²⁹⁾

Quanto à diabetes foi encontrada uma prevalência de 23,1%, apesar de não existirem muitos estudos destes dados em Portugal o que encontramos indica-nos uma prevalência nacional entre 5 e 9,9%, sendo de 9,1% para a região centro ^(19 e 30) já na Europa sabe-se que a prevalência é de 7,8% ⁽³¹⁾, estes valores encontram-se muito abaixo do encontrado na cidade de Castelo Branco.

Embora neste estudo não se tenha verificado correlação significativa entre o tabagismo e a ocorrência de HTA, observou-se que este tem uma prevalência de 15,7% o que não corresponde ao encontrado no estudo AMALIA onde a prevalência nacional de tabagismo é de 16,3% e na região centro de 12,8%. ⁽¹⁹⁾ No entanto num outro estudo foi encontrada uma prevalência muito superior ao já descrito (44,8%) ⁽³²⁾, dados estes que vão ao encontro do Plano da Saúde e Gestão Nacional 2004/2010. ⁽³³⁾

No que diz respeito ao existir história familiar de HTA esta não obteve correlação significativa com a existência da mesma.

Segundo a OMS, cerca de 60% da população mundial não têm níveis de actividade física adequados. ⁽³⁰⁾ Estudos demonstram que Portugal é um dos países da União Europeia com maior nível de sedentarismo. O estudo PAN-European Survey, demonstrou que cerca de 61% dos inquiridos não despendiam semanalmente nenhuma hora para a realização de actividade física ⁽³⁴⁾, enquanto um outro obteve uma prevalência de 60,2% de indivíduos que não praticavam qualquer actividade física. ⁽²⁸⁾

Num estudo qualitativo, realizado em crianças na cidade de Castelo Branco por Serrano, evidenciou-se uma elevada percentagem de sedentarismo quando estas realizavam actividades lúdicas dentro de casa em relação às fora de casa. Este facto deve-nos preocupar, pois as doenças cardiovasculares surgem de um acumular de vários factores de risco que desde cedo se praticam. ⁽³⁵⁾

Com os resultados aqui obtidos não se verificou relação entre os níveis de actividade física e a ocorrência de HTA. No entanto, dos indivíduos inquiridos apenas 31,6% realizavam algum tipo de actividade física.

Em suma, pode-se concluir que existe uma elevada prevalência de HTA na população de Castelo Branco, sendo este um factor preocupante. Ressalta-se a importância dos factores de risco, como a idade, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes que se relacionam significativamente com a presença ou o risco de virem a desenvolver HTA.

Em relação aos factores de risco, verifica-se que embora os valores difiram ligeiramente dos encontrados noutros estudos, estes são muito elevados nesta população, o que deve ser preocupante para as autoridades da saúde da cidade.

Ficou demonstrado que a hipertensão arterial é um grave problema de saúde Pública na população de Castelo Branco e que os resultados apresentados têm interesse para a população desta cidade, servindo para que as entidades competentes adoptem medidas com vista à prevenção, principalmente dado a elevada prevalência de factores de risco modificáveis, promovendo assim a saúde cardiovascular.

Seria interessante desenvolver o estudo a nível do Concelho e até quem sabe do Distrito, de forma a perceber quais são as zonas do distrito com maior prevalência de HTA e quais os factores de risco com maior índice nos vários Concelhos.

Em futuros estudos deve tentar obter-se um número de indivíduos equitativo de ambos os sexos e ainda tentar recolher a amostra de uma mais aleatória.

BIBLIOGRAFIA

1 - Macedo M. E., Lima Maria J., Silva A. O., Alcântara P., Ramalinho V., Carmona J., Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. Rev Port Cardiol 2007; 26 (1): 21-39

2 - Macedo M. E., Lima M. J., Silva A. O., Alcântara P., Ramalinho V., Carmona J., Estudo da Prevalência Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal, Simpósio da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 6 de Maio de 2004.

3 - Oliveira Frédéric M. de, Pereira T., Pocinho M., Figueiredo J., Conde J., Pressão Arterial e Factores de Risco Cardiovascular: Estudo de uma amostra do concelho de Coimbra. Federación Argentina de Cardiología 2007

4 - Barbosa José B., Silva Antonio A. M., Santos A. M., Júnior F. C. M., Barbosa M. M., et al. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Factores Associados em São Luís – MA. Arq Bras Cardiol 2008;91(4):260-266

-
- 5 - Chobanian Aram V., Bakris George L., Black Henry R., Cushman William C., Green Lee A., et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure
- 6 - Santos-Neto Leopoldo L., Toledo Maria, Medeiros Patricia, Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral. *Brasília Med* 2005; 42(1/2): 24-30
- 7 - Joffres MR, Hamet P, Rabkin SW, Gelskey D, Hogan K, Fodor G., Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *CMAJ*. 1992 Jun 1;146(11):1997-2005.
- 8 - González-Villalpando C, Stern MP, Haffner SM, González Villapando ME, Gaskill S, Rivera Martínez D., Prevalence of hypertension in a Mexican population according to the Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *J Cardiovasc Risk*. 1999 Jun;6(3):177-81.
- 9 - Olatunbosun ST, Kaufman JS, Cooper RS, Bella AF., Hypertension in a black population: prevalence and biosocial determinants of high blood pressure in a group of urban Nigerians. *J Hum Hypertens*. 2000 Apr;14(4):249-57.
- 10 - Egan BM, Lackland DT, Cutler NE. Awareness, knowledge, and attitudes of older americans about high blood pressure: implications for health care policy, education, and research. *Arch Intern Med*. 2003 Mar 24;163(6):681-7.
- 11 - Rodrigues Rafael S., Brasil Ingrid S. Os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica em indivíduos idosos (revisão de literatura). XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba
- 12 - Brandão M. P., Pimentel F. L., Silva C. C., Cardoso M. F., Factores de risco Cardiovascular numa População Universitária Portuguesa. *Rev Port Cardiol* 2008; 27 (1): 7-25
- 13 - Sarraf-Zadegan N, Boshtam M, Mostafavi S, Rafiei M Prevalence of hypertension and associated risk factors in Isfahan, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 1999 Sep;5(5):992-1001.
- 14 - Jardim PC, Gondim Mdo R, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, Scala LC. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*. 2007 Apr;88(4):452-7.
- 15 - Sadeghi M, Roohafza HR, Kelishadi R. Blood pressure and associated cardiovascular risk factors in Iran: Isfahan Healthy Heart Programme. *Med J Malaysia*. 2004 Oct;59(4):460-7
- 16 - Echeverría RF, Carbajal HA, Salazar MR, Riondet B, Rechifort V, Quaini M. [Prevalence of high normal blood pressure and progression to hypertension in a population sample of La Plata] *Medicina (B Aires)*. 1992;52(2):145-9.
- 17 - WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific perspectives: redefining obesity and its treatment. Health Communications Australia: Melbourne., 2000
- 18 - Mancia Giuseppe, Backer Guy, Dominiczak Anna, Renata Cifkova Renata, Fagard Robert, Germano Giuseppe, Grassi Guido, *et al*, 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, *Journal of Hypertension* 2007, 25:1105–1187
- 19 - Perdigão C., Duarte J.S., Rocha E., Santos A., Prevalência e caracterização da Hipertensão Arterial em Portugal. Implicações numa estratégia de Prevenção. Uma análise do Estudo AMALIA, *Revista Factores de Risco*, Nº13 ABR-JUN 2009 Pág. 14-22
- 20 - Maier K. W., Cooper R. S., Banegas J. R., Giampaoli S., Hense H. W. *et al*, Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States, *JAMA*. 2003;289:2363-2369

-
- 21 – Dias N., Martins S., Belo A., Fiúza M., Prevalência e padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo Valsim, *Rev Port Cardiol* 2009; 28 (5): 499-523
- 22 – Kearney P. M., Whelton M., Reynolds K., Mountner P., Whelton P.K., He J., Global Burden Of Hypertension: Analysis Of Worldwide Data, *The Lancet* 2005; 217-223
- 23 - Carneiro G., Faria A.N., Ribeiro Filho F.F., Guimarães A., Lerário D., Ferreira S. R.G., Zanella M.T., Influência Da Distribuição Da Gordura Corporal Sobre A Prevalência De Hipertensão Arterial E Outros Fatores De Risco Cardiovascular Em Indivíduos Obesos, *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 306-11
- 24 – Hajjar I., Kotchen T.A., Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000, *JAMA*. 2003;290(2):199-206
- 25 – Brown C. D., Higgins M., Donato K.A., Rohde F.C., Garrison R., Obarzanek E., *et al*, Body Mass Index and the prevalence of Hypertension and Dyslipidemia OBESITY RESEARCH Vol. 8 No. 9 December 2000
- 26 - Rahmouni K, Correia ML, Haynes WG, Mark AL., Obesity-associated hypertension: new insights into mechanisms, *Hypertension*. 2005 Jan;45(1):9-14. 27 – Queiroz M. J., *Saúde em Mapas e Números*, Setembro 2006, nº21
- 28 - Afonso C., Mendonça D., Vaz de Almeida M., *Saúde, actividade física e peso corporal: contributo para o seu conhecimento numa amostra da população adulta Portuguesa*, *Revista da associação Portuguesa dos Nutricionistas* 2001; 1:24-30
- 29 - Costa J., Borges M., Oliveira E., Gouveia M., Carneiro A., Incidência e Prevalência da Hipercolesterolemia em Portugal: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Parte I, *Rev Port Cardiol* 2003;22 (4) :569-577
- 30 - Vaz D., Santos L., Carneiro A., *Fatores de Risco: Conceitos e Implicações Práticas*, *Rev Port Cardiol* 2005;24 (1) :121-131
- 31 - Paiva I., Baptista C., Ribeiro C., Leitão P., Carvalheiro M., *A Diabetes Na Quarta Idade A Nossa Realidade*, *Acta Med Port* 2006; 19: 79-84
- 32 - Fraga S., Sousa S., Santos A., Mello M., Lunet N., Padrão P., *et al*, *Tabagismo em Portugal*, *ArquiMed*, 2005, 19(5-6): 207-229
- 33 – *Gestão da Saúde e o Plano Nacional 2004/2010*. *Caderno de Economia*. (Julho – Setembro). p. 34 – 40.
- 34 - *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2002. - 208
- 35 – Serrano J.J., *Mudanças Sociais e Estilos de Vida no Desenvolvimento da Criança*, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, 2003