

Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em hospital público*

Epidemiological profile of arterial hypertension in patients treated in public hospital

Kelly Cristina Borges Tacon¹, Hugo Campos Oliveira Santos², Eduardo Camelo Castro³

*Recebido Hospital de Urgências de Goiânia. Goiânia, GO.

• Este artigo é parte de especialização de Kelly Cristina Borges Tacon Universidade Estadual de Goiás (UEG).

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença mais comum na população brasileira e constitui sérios riscos de doenças cardiovasculares. Estima-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico da HAS em pacientes atendidos em um hospital público, bem como identificar os fatores de riscos mais frequentes nesses pacientes.

MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, através da análise de prontuários de pacientes atendidos no período de maio a julho de 2010 no Ambulatório de Cardiologia no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). Foi utilizada média e desvio-padrão para planificação dos dados e posteriormente foram tratados estatisticamente utilizando os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, a ANOVA e o teste de Kruskal-Wallis para análise dos grupos.

RESULTADOS: Foram analisados 103 prontuários de pacientes com média de idade de 59,41 ± 14,12 anos, sendo 52% sexo feminino. Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) foram sedentarismo 27%, história

de DCV na família 20%, idade acima de 60 anos 16% e obesidade (41,1%), índice de massa corpórea de 27-29, porém não houve diferença significativa entre os fatores de risco. Porém quando se avaliou a variável trabalho entre o estágio 3 de HAS e os normotensos houve diferença significativa ($p < 0,004$), onde se percebe que a maioria se encontra em idade produtiva e não trabalha.

CONCLUSÃO: Modificar os fatores de risco é essencial a esses pacientes, visto que a HAS ainda representa um grave fator de risco para DCV.

Descritores: Epidemiologia, Fatores de risco, Hipertensão, Prevalência.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Systemic hypertension (SH) is the most common disease in our population and constitutes a serious risk of cardiovascular disease. It is estimated that approximately 30 million Brazilians are afflicted by the disease. The aim of this study was to analyze the epidemiology of SH in patients from a public hospital and identify risk factors more frequent in these patients.

METHOD: This is a descriptive retrospective study, by analyzing medical records of patients treated between May to July 2010 the Cardiology Outpatient Clinic at HUGO Hospital in Goiânia. We used mean and standard deviation of data for planning and subsequently were treated statistically using the Chi-square and Fisher Exact tests, ANOVA and Kruskal-Wallis test for analysis of the groups.

RESULTS: We analyzed medical records of 103 patients with mean age 59.41 ± 14.12 years, 52% female. The main risk factors for cardiovascular disease were 27% sedentary lifestyle, family history of cardiovascular disease (CVD) at 20%, age above 60 years 16% and obesity (41.1%). Body mass index 27-29, but no difference significant between the risk factors. But when we evaluate the work variable between stage 3 hypertension and normotensive significant difference ($p < 0.004$), where we can see that most are in their productive years and does not work.

CONCLUSION: Modifying risk factors is essential in these patients, whereas hypertension still represents a serious risk factor for CVD.

Keywords: Epidemiology, Hypertension, Prevalence, Risk factors.

1. Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória da Universidade Estadual de Goiânia (UEG); Mestranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil

2. Especialista em Controle de Qualidade de Medicamento da Universidade Federal de Goiânia; Especialista em Tecnologia Industrial Farmacêutica (UFRJ). Mestre em Ciências Farmacêuticas (UFG). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

3. Médico Ginecologista e Obstetra. Professor de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Professor do Curso de Pós Graduação em Reprodução Humana da PUC-GO. Goiânia, GO, Brasil.

Apresentado em 03 de agosto de 2010

Aceito para publicação em 16 de novembro de 2010

Fontes de fomento: nenhuma

Endereço para correspondência

Kelly Cristina Borges Tacon

Rua 208 A, nº115/102 B – Vila Nova

74635-050 Goiânia, GO.

Fone: (62) 8197-1091

E-mail: kellytaconn@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

INTRODUÇÃO

Nas décadas de 1960 e 1970, três fatores de risco eram considerados determinantes para a ocorrência da doença arterial coronariana (DAC): a hipercolesterolemia (gorduras saturadas), o fumo e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). No Brasil, a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) mantiveram relativamente estável em valores elevados em 1970 e foi declinante no período mais recente¹. Na década de 1980 a hipercolesterolemia perdeu espaço, sendo substituída por baixos níveis de HDL, elevados níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL), triglicérides (TG), obesidade central e resistência à insulina².

Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo sejam causadas pela HAS³. No Brasil, 32,6% dos óbitos com causa confirmada estão relacionados às DCV⁴, sendo que em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório⁵.

A DCV é uma doença multifatorial e poligênica que resulta de causas ambientais como excesso de peso, obesidade, tabagismo, sedentarismo, estresse; doenças crônicas associadas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemias, doenças inflamatórias/autoimunes, doenças renais e pancreatite); infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV); doenças hereditárias como dislipidemias (hipercolesterolemia familiar, hiperlipidêmica combinada, hipertrigliceridemia familiar); fatores genéticos e doenças hereditárias raras como as do metabolismo^{6,7}.

Dentro da escala de estratificação de riscos para coronariopatias a hipertensão tem como critério definido quando a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg ou diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, confirmadas por mensurações feitas em duas ocasiões diferentes, ou sob medicação anti-hipertensiva⁸.

O presente estudo se justifica em conhecer o perfil epidemiológico da HAS tendo em vista o planejamento de ações em saúde preventivas, terapêuticas e assistenciais melhorando a qualidade de vida dessa população.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), protocolo número 029/2009, realizou-se este estudo retrospectivo, descritivo de análise de prontuários de pacientes com HAS atendidos no período de maio a julho de 2010 no Ambulatório de Cardiologia do HUGO. O HUGO é regulamentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), integra a relação dos serviços públicos do estado de Goiás com características de atendimento terciário à saúde e recebe no que se refere aos cuidados em HAS e outras doenças cardiovasculares, pacientes de todo o estado e de regiões circunvizinhas.

Os critérios de inclusão foram apresentar diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em qualquer estágio; pacientes de ambos os sexos e sem limite de idade; ter passado, por pelo menos, uma consulta no ambulatório de Cardiologia no ano de 2010. Os critérios de exclusão definidos foram prontuários incompletos, com mais de três variáveis ausentes; prontuários de pacientes com diagnóstico a esclarecer.

A seleção dos prontuários foi realizada através de consultas realizadas

por agendamento dos pacientes para o ambulatório de Cardiologia, sendo incluídos, 103 prontuários selecionados por conveniência.

O instrumento de pesquisa foi um questionário estruturado com dados sobre o perfil sócio-demográfico, presença e classificação da HAS, fatores de risco associados, antecedentes familiares e hábitos de vida desse paciente. Foram considerados hipertensos adultos acima de 18 anos com diagnóstico de HAS em tratamento. Para a análise realizada foram considerados dados da história clínica contida no prontuário.

Os resultados foram submetidos tabulados no *software Microsoft Office Excel* em média e desvio-padrão. Posteriormente foram tratados com análise estatística pelo programa GraphPad InStat 3.0. Os testes do Qui-quadrado e o Exato de Fisher foram empregados na comparação de proporções, conforme o número de casos. Para as variáveis quantitativas, utilizaram-se a Análise de Variância (ANOVA) *one-way*, seguida pelo pós-teste de Tukey, e o de Kruskal-Wallis, seguido pelo pós-teste de Dunn. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

No presente estudo a média de idade variou entre 18 e 100 ($59,41 \pm 14,12$) anos, sendo que os pacientes do sexo feminino apresentavam média de idade de $58,83 \pm 11,58$ anos e o sexo masculino de $60,12 \pm 16,43$ anos, onde não foi observada diferença significativa. Os fatores de risco encontrados foram sedentarismo (27%), história de DCV na família (20%), idade acima de 60 anos (16%), dislipidemia (11%), diabetes *mellitus* (9%), tabagista (8%), etilista (7%), estresse (2%) (Gráfico 1).

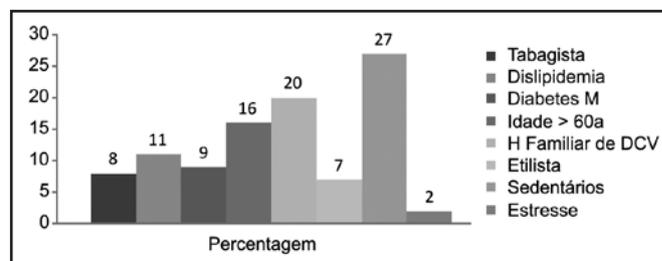


Gráfico 1 - Distribuição, por fatores de risco, dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica

DCV = doenças cardiovasculares

A tabela 1 mostra as características clínicas e os fatores de risco de DCV de acordo com a estratificação para classificar a HAS⁹. Quando se comparam essas características, observou-se que houve diferença significativa tanto na PAS quanto na PAD ($p < 0,0001$), sendo que a média pressórica geral da população estudada foi de PAS ≤ 152 mmHg e PAD ≤ 92 mmHg, o que se pode considerar como hipertensão, pois estão fora do limite de normalidade da classificação da pressão arterial pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁰.

Quando se analisou a variável trabalho observou-se que os pacientes considerados normotensos apresentaram maior prevalência 45% ($p < 0,004$), enquanto nos outros três estágios, verificou-se prevalência de 26% estágio 1, 19% estágio 2 e 10% estágio 3. A PAS apresentou-se em níveis mais elevados nos indivíduos estágio 3 de HAS ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Características clínicas e fatores de risco associados a DCV estratificados pela classificação da hipertensão (SBC, 2007)

Variáveis	Características da Amostra								Valor de p
	Normotensos		Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nº de Pacientes	46	45	31	30	18	17	8	8	NS
Sexo									
Feminino	20	37	17	32	12	22	5	9	NS
Masculino	26	53	14	29	6	12	3	6	
Idade (anos)									
18 - 39	6	86	0	0	1	14	0	0	NS
40 - 59	22	49	11	24	7	16	5	11	
> 60	18	35	20	39	10	20	3	6	
Média da PA*									
PAS	114 ± 13,67		143 ± 12,41		164 ± 4,78		188 ± 30,59		*0,0001
PAD	73 ± 9,62		86 ± 0,18		96 ± 10,34		116 ± 26,15		*0,0001
IMC*	27/4,87		29/5,46		28/5,75		28/5,27		NS
Trabalham									
Sim	18	44	15	36	6	15	2	5	*0,004
Não	28	45	16	26	12	19	6	10	
Prática de atividade física									
Sim	8	73	1	9	21		0	0	NS
Não	38	41	30	33	16	17	8	9	
Etilistas									
Sim	10	34	7	30	5	22	1	4	NS
Ex e não etilista	36	45	24	30	13	16	7	9	
Tabagistas									
Sim	10	40	9	36	2	8	4	16	NS
Ex e não tabagista	36	46	22	28	16	21	4	5	
História de DCV na família									
Sim	31	48	19	29	8	12	7	11	NS
Não	15	39	12	32	10	26	1	3	
Estresse									
Sim	3	38	3	38	1	12	1	12	NS
Não	43	45	28	30	17	18	7	7	

* Valores expressos em média e desvio-padrão; PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; IMC = índice de massa corpórea; DCV = doenças cardiovasculares; NS = Não significativo

*Teste de Tukey-Kramer, ($p < 0,05$) considerado significativo.

No estudo em questão quando se avaliou a história familiar como fator de risco de DCV, foram encontrados 68 (52%) relataram possuir parentes com algum tipo de cardiopatia, 16 (12%) diabetes *mellitus*, 11 (8%) chagas e 36 (28%) outras doenças. Foram considerados para essa análise parentesco até 2º grau (Gráfico 2).

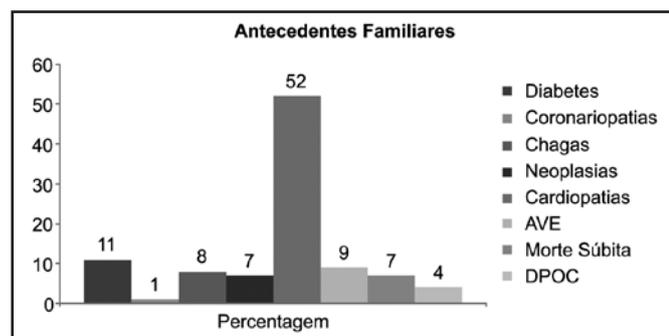


Gráfico 2 - Distribuição por doenças observadas na família
AVE = acidente vascular encefálico; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica

DISCUSSÃO

A prevalência foi no sexo feminino (52%) em relação ao sexo masculino (48) no presente estudo. A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década¹¹. Segundo os critérios referidos pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁹, de classificação da pressão arterial, observou-se que 45% dos pacientes normotensos, 30% estavam em estágio 1, 17% em estágio 2 e 8% em estágio 3 de hipertensão. O número de prontuários foi decrescente de acordo com a gravidade da HAS, ou seja, quanto mais grave o estágio de HAS menor o número de pacientes. Notou-se que os pacientes estratificados em estágio 1 e 2 apresentavam idade (>60 anos) enquanto os pacientes do estágio 3 e considerados normotensos apresentavam (40-59 anos). Isso fez pensar que por se tratarem de hipertensos e com fatores de risco associados em sua maioria obesos, sedentários e com história de DCV na família correm sério risco de eventos cardiovasculares.

Estudos demonstram que existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos¹¹. No presente estudo a média de idade variou entre 18 e 100 anos (59,41 ± 14,12), onde não foi observada diferença significativa¹².

Estes dados se correlacionam com outros estudos realizados, onde autores observaram que indivíduos do sexo masculino parecem estar sujeitos a um risco substancialmente mais elevado que as mulheres, porém esta diferença tende a diminuir com a chegada da menopausa¹³. No presente estudo a média de idade encontrada foi entre 57 e 66 anos, evidenciando, muitas vezes, uma fase pós-menopausa.

Os principais fatores de risco encontrados são o sedentarismo (27%), história de DCV na família (20%) e idade acima de 60 anos (16%). Tal achado reflete nos estudos através de inquérito realizado em 2004, para a avaliação dos resultados da estratégia em Goiânia sobre os fatores de risco cardiovascular, onde se encontrou uma tendência de aumento do sedentarismo¹⁴.

A média total dos fatores de risco encontrados foi de 2,32 ± 1,37, sendo 70 normotensos (2,34 ± 1,41), 44 hipertensos estágio 1 (2,52 ± 1,23), 30 hipertensos estágio 2 (2,06 ± 1,21) e 14 hipertensos estágio 3 (3 ± 1,69).

Considerando que a média geral de fatores de risco associados entre os pacientes n= 103 foi de (2,32 ± 1,37), pode-se observar que representaria fator de risco baixo para os pacientes normotensos, risco médio para hipertensos estágio 1 e 2 e risco muito alto para pacientes hipertensos estágio 3 de HAS⁹.

Dos 40,1% avaliados que continham a variável índice de massa corpórea (IMC) o menor foi dos pacientes considerados normotensos por essa pesquisa, porém já são considerados com sobrepeso. Estudo demonstra que o sedentarismo também constitui importante fator de risco, estima-se que sua prevalência seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira¹⁵. O mesmo foi encontrado no presente estudo onde houve um índice mais elevado de mulheres sedentárias (91%) em relação aos homens (86%).

A relação entre obesidade e hipertensão arterial também foi confirmada por outros estudos^{16,17}. A obesidade é reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial¹⁸.

Estilo de vida sedentário e inatividade física predis põem indivíduos a mais de 25 diferentes tipos de doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares e diabete *mellitus* tipo 2¹⁹. No presente estudo foi observada a presença de diabete *mellitus* correspondente a 9% das doenças associadas.

A associação de hipertensão com história familiar de doenças cardiovasculares nesses pacientes foi compatível com estudos relatados¹⁶.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, observou-se que a hipertensão arterial se manifesta comumente na terceira idade, porém se torna cada vez mais comum em jovens portadores de doenças coronarianas por se enquadrar em vários fatores de risco, principalmente excesso de peso e sedentarismo. Em relação à HAS, é, sem dúvida, o principal fator de risco modificável para DCV. Seu adequado controle, através de ações efetivas no âmbito da atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de se reduzir a prevalência desta doença.

REFERÊNCIAS

- Mansur AP, Favarato D, Souza MF, et al. Trends in death from circulatory diseases in Brazil between 1979 and 1996. *Arq Bras Cardiol* 2002;76(6):497-510.
- Achutti AC, Ladeia AM, Guimarães AC, et al. Epidemiologia das Ateroscleroses Coronária (DAC) e Cerebrovascular (AVC) in Aterosclerose: Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Módulo 2 2002;1(1) 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2002.
- Whitworth JA. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21(11):1983-92.
- Almeida FF, Barreto SM, Couto BR, et al. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. *Arq Bras Cardiol* 2003;80(1):41-50.
- Malta DC, Moura L, Souza FM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília; 2009. p. 337-62.
- Genest J, Mcpherson R, Frohlich J, et al. International Agency of Research in Cancer (IARC). Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Passive Smoking. Scientific Publications 1987;9(31).
- Collins GS, Altman DG. An independent external validation and evaluation of QRISK cardiovascular risk prediction: a prospective open cohort study. *BMJ* 2009;339:b2584
- American College of Sports Medicine. Diretrizes da ACSM para testes de esforço e sua prescrição. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens* 2007;89(3):24-79.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Rev Bras Hipertens* 2010;17(1):7-10.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JF, et al. Prevalence and socio-demographic factors in a hypertensive population in São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Arq Bras Card* 2008;91(1):29-35.
- Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens* 2001;8(4):383-92
- Pollock ML, Wilmore JH. Exercícios na saúde e na doença – avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. p. 39-42.
- Carnellosso MLC. Iniciativa Carment: resultados e tendências das prevalências dos fatores de risco cardiovasculares [tese]. Goiânia (GO): Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Centro Oeste / UNB / UFG / UFMS; 2008.
- Monteiro MF, Sobral Filho DC. Exercício físico e controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte* 2004;10(6):513-6.
- Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, et al. Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. *Arq Bras Cardiol* 1995;63(6):473-9.
- Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, et al. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004;83(5):429-33.
- Ferreira SRG, Sarno F. Hipertensão arterial e obesidade: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Hipertens* 2009;12(1):17-21.
- McGavock JM, Anderson TJ, Lewanczuk RZ. Sedentary lifestyle and antecedents of cardiovascular disease in young adults. *Am J Hypertens* 2006;19(7):701-7.