

# HIPERTENSÃO ARTERIAL: PERFIL DA MORBIDADE REFERIDA NA REGIÃO SUDOESTE DA GRANDE SÃO PAULO, 1989 - 1990.

Ana Luiza Lima SOUSA\*

---

SOUSA A.L.L.- Hipertensão Arterial: Perfil da Morbidade Referida na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989 - 1990. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.2, n.1, out-dez. 2000. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

---

**RESUMO** . Estudo sobre a hipertensão arterial, como morbidade referida pela população adulta da região sudoeste da Grande São Paulo, através de banco de dados primário gerado por inquérito domiciliar de saúde realizado em 1989-1990, com 9.842 domicílios visitados, e 10.199 entrevistas realizadas. A prevalência da hipertensão foi de 18%. Em todas as faixas etárias a prevalência no sexo feminino foi maior. A prevalência está subestimada do real, pois nem todos os hipertensos conhecem sua condição. Os resultados indicam que a estrutura dos serviços de saúde não correspondem as necessidades da população no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento de doenças crônicas.

**UNITERMOS:** Hipertensão Arterial; morbidade referida; prevalência.

**SUMMARY.** Sousa ALL. *Prevalence rates of referred Hypertension in the Metropolitan Area / São Paulo, 1989 – 1990, SP, Brazil. [USP Public Health Faculty].* The objective was to study the prevalence rates of referred Hypertension. A primary database was generated from a household health survey (1989 – 1990) when 10199 families were interviewed. The hypertensive population over 20 years of age was composed of 1681 persons. The prevalence of hypertension was 18%. The referred prevalence reflects the rate of case detection but underestimates its actual value.

**KEY WORDS:** Arterial Hypertension, etiological models.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares, constituídas por um conjunto de afeções com etiologias e manifestações clínicas diversas, têm merecido uma posição de destaque em muitos países, ocupando lugar de grande importância na estrutura da morbi-mortalidade. Independentemente do grau de desenvolvimento encontrado no país, essas doenças são a primeira causa de óbito na população adulta.

No final da década de 40, houve a redução das complicações cardíacas pela febre reumática e conseqüente queda da mortalidade específica. A doença isquêmica do coração e a doença cerebrovascular, no entanto, apresentavam índices crescentes destacando-se dentre as demais doenças cardiovasculares. Após algumas décadas registrando uma curva ascendente na mortalidade, começa a ser um declínio, principalmente em função do comportamento dessas últimas doenças.

Essa tendência iniciou-se nos Estados Unidos da América do Norte e Canadá, no final da década de 60, registrando uma redução de mais de 20% na mortalidade por Doença Isquêmica do Coração, entre 1968 a 1976. Países da América Latina, o Japão, Austrália, Nova Zelândia e quase toda Europa Ocidental têm apresentando a mesma tendência, principalmente a partir da

década de 60. (LOTUFO PA, LOLIO C A .,1995; LÓLIO CA, LAURENTI R., 1986).

Na Europa e EUA a doença coronariana representa o principal componente das Doenças Cardiovasculares, no chamado padrão ocidental. Já nos países do Leste Europeu e Japão acontece o oposto, com predomínio da doença cerebrovascular (LAURENTI R. O, 1986; CORDEIRO RF & COL,1993).

No Brasil essas doenças têm sido apontadas como principal causa de óbito desde os anos 50, sendo responsáveis por um terço de todas as mortes no país, e com essa taxa de mortalidade em crescimento. (Quadro 1 e Gráfico 1) (LOTUFO PA, LOLIO CA,1995; LAURENTI RO, 1986; CORDEIRO RF e col. 1993).

Quadro 1 - Mortalidade proporcional por Doenças Cardiovasculares nas capitais brasileiras de 1930 a 1989.

<b>ANO</b>	<b>TAXAS %</b>
1930	11.8
1940	14.5
1950	14.2
1960	21.5
1970	24.8
1980	30.8
1989	32.4

FONTES: BAYER & GOES DE PAULA, 1984; LOTUFO & LOLIO, 1995

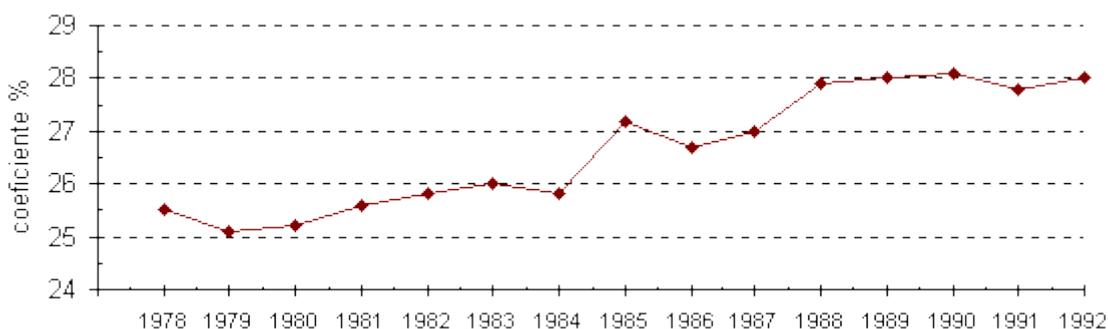


Gráfico 01 - Mortalidade proporcional (%) por doenças do aparelho circulatório - VII (CID-9) no Brasil, 1978 a 1992 (FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994a; 1994b; 1994c; 1994d).

Alcançar pois o controle sobre a taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares conduz obrigatoriamente ao controle da doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular. Nas doenças isquêmicas a intervenção direta sobre fatores de risco isolados é pouco eficaz, sendo mais indicado ações intervencionistas que consigam interferir de forma globalizada sobre o estilo de vida da população. Nas doenças cerebrovasculares, é reconhecida a

necessidade do diagnóstico e tratamento da hipertensão como essencial para o controle da mortalidade (LOTUFO PA, LOLIO CA, 1995; LAURENTI RO, 1986).

A hipertensão arterial é pois um importante fator de risco para o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares e renais, representando altos índices de incapacidade e mortes, independente da presença ou não de outros fatores. Muitas evidências sugerem que o desenvolvimento da hipertensão tenha um forte componente de fatores ambientais e de comportamento (PAGE LB, 1976; THE FIFTH REPORT, 1993).

A hipertensão predispõe o desenvolvimento de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, doença coronariana e doença arterial periférica (KANNEL WB, 1996).

Trata-se de uma enfermidade generalizada na América Latina, atingindo até 23% da população, com pequenas variações entre os países: México com 22% dos adultos, Equador estima-se 22% de hipertensos; Uruguai com 20%; Chile com 18.8% na região metropolitana e entre maiores de 15 anos; Costa Rica com 14.4% e Brasil com 17 a 18% de indivíduos hipertensos acima de 20 anos (INTERAMERICAN ASSOCIATION. 1996).

Os estudos sobre prevalência da hipertensão arterial na população brasileira geralmente são regionais, de abrangência restrita, e que por terem optado cada um por metodologia própria, não viabilizam comparação dos resultados. A maioria das informações tem estado na dependência de dados secundários, e análises indiretas, como as estatísticas de mortalidade, as estatísticas de morbidade hospitalar, e informações sobre incapacitações temporárias ou permanentes decorrentes. No entanto, apesar dessas limitações, são estudos que têm permitido conhecer um pouco mais sobre como se distribui essa morbidade em nosso país.

Levantamento recente feito sobre os estudos nacionais apresentam taxas de prevalência variando de 7.1% a 28.3% na dependência dos critérios adotados e da população investigada. Foram realizados estudos em Araraquara - SP (28.3%), São Paulo - SP (22.3%), Porto Alegre - RS (14.0%), Botucatu - SP (5.3%), Caseiros - RS (18.0%), Pelotas - RS (19.8%), Bangú - RJ (29.7%), Ilha do Governador no Rio de Janeiro (24.9%), Piracicaba - SP (32.7%), Firminópolis - GO (24.1%) (LÓLIO CA., 1990a, 1990b, e 1989; REGO RA e col., 1990; DUNCAN, BB e col., 1993; MUCCINI AR e col., 1993; BLOCH KV e col., 1994; PICCINI RX, VICTORA CG, 1994; SIQUEIRA-BATISTA R e col., 1994; SOUZA LM e col., 1988; SIMONATTO DMM e col., 1991; KLEIN CH, 1985; BASTOS HD e col., 1993; FUCHS FD e col., 1994; AYRES JEM, 1991; MOURA M e col., 1995).

A relação entre a hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular tem sido apontada aparentemente de forma semelhante. Existe uma correlação entre o aumento da prevalência e o avançar da idade. Populações mais idosas apresentam taxas mais elevadas. Pessoas com pressão arterial normal durante toda a vida, tem uma vida mais longa (KOCHAR MS, WOODS KD, 1990; CARVALHO JJM e col., 1983).

Apresenta-se ainda uma diferença na distribuição desse agravo quanto ao sexo, sendo que entre homens, antes dos 50 anos a prevalência é maior. Nas mulheres, após o início da menopausa, cresce o número de casos. O risco de desenvolver complicações associadas à hipertensão, é maior entre os homens (MESSERLI, FH e cols., 1987).

É discutido se a concentração da riqueza, que leva ao acesso aos bens materiais estaria determinando a hipertensão arterial ou seria a submissão e repressão na vida social dos trabalhadores. Acredita-se que são questões que devem ser elucidadas à luz das relações sociais e seus produtos: estresse, urbanização, acesso aos serviços públicos de saúde e educação, condições de moradia, etc. Sociedades mais privilegiadas apresentam menores prevalência (KOCHAR MS, WOODS KD, 1990; KLEIN CH, 1981; ANTONOVSKY A , 1968).

Diante da magnitude que representa a hipertensão arterial, entende-se que todos os esforços devem ser feitos no sentido de viabilizar estudos que sejam direcionados para o conhecimento desse agravo na população e possam indicar caminhos no planejamento dos serviços de saúde.

Os estudos que têm apresentado valores de prevalência utilizam-se de medições indiretas da pressão arterial e diferentes metodologias para a amostragem e critérios de normalidade. Os valores encontrados tem permitido discutir que de um terço a metade da população hipertensa desconhece seu diagnóstico. E daqueles identificados como hipertensos, somente a metade estaria sob tratamento (ACHUTTI AC e cols., 1988; ACHUTTI A, 1983).

As dificuldades para a realização de estudos de prevalência da hipertensão, utilizando-se da medida indireta da pressão arterial, estão presentes nas várias etapas do processo metodológico e principalmente na coleta dos dados.

Estudar a hipertensão arterial como morbidade referida pode permitir o acesso ao conhecimento de fatos antes obstaculizados pelas dificuldades metodológicas já discutidas. O perfil epidemiológico dessa morbidade e o padrão do uso dos serviços de saúde por essa população específica pode ser uma nova possibilidade. O que, em última análise, poderia significar redução de custos e incremento nos benefícios ofertados (CÉSAR CLG e col., 1996).

O presente trabalho tem pois, por objetivo estudar a hipertensão arterial como morbidade referida pela população adulta da região sudoeste da Grande São Paulo, através de banco de dados gerado por inquérito domiciliar de saúde.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foram utilizados nesse estudo, dados primários obtidos por entrevistas domiciliares, realizadas através do inquérito populacional "MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ERSA-12 1989/1990", em seis municípios da região sudoeste da Área Metropolitana de São Paulo. No caso específico desse estudo, os dados são utilizados segundo o recorte da hipertensão arterial como morbidade referida.

A área estudada é constituída pelos seguintes municípios: Taboão da Serra, Embu, Cotia (Vargem Grande Paulista), Itapeverica da Serra (São Lourenço), Embu-Guacú e Juquitiba. Atualmente dois outros municípios foram criados a partir dessa população, Vargem Grande Paulista, que se desmembrou de Cotia e São Lourenço, que antes pertencia a Itapeverica da Serra.

A coleta de dados foi realizada em um período de doze meses, com 9.842 domicílios visitados, e 10.199 entrevistas realizadas. O desenho da amostra com detalhes já foi objeto de publicações anteriores (CÉSAR CLG e col., 1996; GATTAS VL, 1996).

Os dados sofreram ponderação prévia a fim de que pudessem ser analisados. Isso foi feito levando em conta dados do censo do IBGE - 1991. Nesse estudo são apresentados alguns dados na amostra não ponderada e segue-se a análise dos valores na amostra ponderada.

A população de estudo considerada foram todos os maiores de 20 anos de idade que referiram hipertensão arterial quando questionados sobre a presença de alguma morbidade. Essa população foi analisada segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade, condição de classe, posição na família, município de residência e hipertensão arterial como morbidade referida.

A escolaridade foi analisada pela freqüência em anos no ensino formal, classificando-se como analfabetos aqueles que não freqüentaram escola e que não sabiam ler; primário; ginásio; secundário e superior.

Para análise da condição de classe foi utilizada a versão modificada da proposta de Bronfman e Tuirán (LOMBARDI, C e cols., 1988), apresentando as categorias: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado típico e não típico e subproletariado.

A posição na família foi considerada segundo ser ou não o chefe da família e utilizada as respostas dos chefes para a classificação familiar de escolaridade e condição de classe.

Os dados foram processados eletronicamente pelo Statical Package of Social Science (SPSS), sendo analisados , primeiramente quanto as distribuições e proporções e foi calculada a prevalência da hipertensão arterial segundo as variáveis especificadas.

## **RESULTADOS**

A amostra foi composta por 10199 indivíduos, sendo distribuídos em 48.7% (n = 4970) do sexo masculino e 51.3% (n = 5229) do sexo feminino. No total da amostra, 2987 (29.29%) eram chefes de famílias e 7212 (70.71%) não chefes de família .

A área estudada continha 552.672 habitantes. A razão de dependência (Razão de Dependência = (número de habitantes entre 0 |--- 15 anos) + (número de habitantes com 65 anos ou mais anos) / total de habitantes de 15 |--- 65 anos x 100) foi de 61.42%, e observou-se também que 35.33% da população tinha menos de 15 anos, e 4.38% mais de 60 anos. Os municípios que apresentaram

as maiores proporções de idosos ( $\geq 65$  anos) foram Juquitiba (4.9%) e Embu-Guaçu (3.9%). O município com maior proporção de jovens foi Embú com 37.5% menores de 15 anos.

A população maior de 20 anos foi de 298384 (54.0% do total), sendo 49.4% do sexo masculino e 50.6% do sexo feminino. A média da idade foi de 37.41 anos (mínimo de 20 e máximo de 98 anos), com desvio padrão de 13.48.

A escolaridade dessa população apresentou a distribuição conforme gráfico 2:

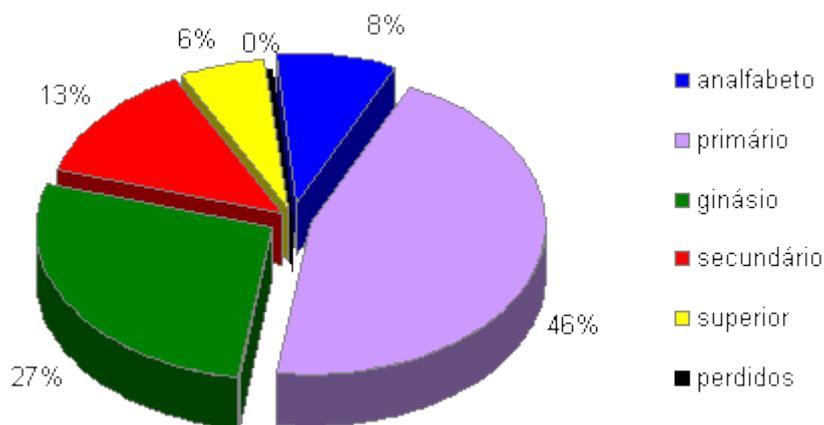


Gráfico 2 - Distribuição da população maior de 20 anos do ERSA - 12, segundo escolaridade. Região da Grande São Paulo - SP, 1989 - 1990.

Com relação à condição de classe 29.4% pertenciam ao proletariado tradicional e 33.9% ao proletariado não tradicional.

Juquitiba foi o município que apresentou a maior proporção de analfabetos (16.1%) e a maior proporção de sub proletariado como condição de classe (13.3%).

Com a intenção de conhecer a distribuição segundo os indivíduos entrevistados, foi realizada a análise dos dados considerando a posição na família. Com isso formou-se dois subgrupos numa tentativa de descrever os indivíduos que compõem essa população.

Os chefes de família estavam em sua maioria na faixa etária entre 25 e 50 anos (70.7%) e eram predominantemente do sexo masculino (86.6%). Nesse grupo o nível de escolaridade predominante foi o primário (51.2%) e a porcentagem de analfabetos foi de 7.9%. Os homens possuíam mais escolaridade do que as mulheres, sendo que 78.2% deles tinham escolaridade primário e ginásio.

Considerando a condição de classe, os chefes de família apresentaram 31.0% de proletariado e 34.8% de proletariado não tradicional. Nesse grupo há uma proporção maior de homens nas classes de proletariado tradicional (33.7%) e não tradicional (36.3%).

Os não chefes de família eram mais jovens, com 71.8% na faixa entre 20 e 40 anos e predominava o sexo feminino (79.0%). E, proporcionalmente, apresentaram maiores níveis de escolaridade, com 50.0% tendo ginásio ou mais anos.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial foi referida por 10.1% da população total, sendo 41% homens e 59% mulheres e desses, 91.7% informaram ter tido diagnóstico médico. Dentre as doenças crônicas questionadas, representou a maior proporção de queixas referidas

A prevalência da hipertensão arterial apresentou um crescimento diretamente proporcional crescente com a idade, alcançando o maior índice na faixa de 65 a 70 anos (52.2%). E em todas as faixas etárias a prevalência no sexo feminino sempre foi maior do que no sexo masculino. Para os homens a faixa etária que apresentou maior prevalência foi de 70 a 75 anos (43.5%).

A prevalência da hipertensão acima de 20 anos foi de 18%. Do total da população, 1935 indivíduos (amostra = 27) que referiram Hipertensão Arterial tinham menos de 20 anos de idade, o que representou 0.8% de prevalência nessa faixa etária.

A prevalência da hipertensão arterial apresentou-se maior entre os chefes de família (19.2%) quando comparados com os não chefes (17.1%), sendo que nos homens foi de 16.8% e nas mulheres foi de 34.8%..

O município que apresentou a maior prevalência da hipertensão arterial na população adulta ( $\geq 20$  anos) foi Embu com 20,9% e a menor prevalência foi em Itapeçirica com 15,8% de hipertensos. (Tabela 02)

Tabela 2 – Distribuição dos coeficientes de prevalência da hipertensão arterial referida segundo o município de residência. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990.

Municípios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)%
Taboão da Serra	220	778	15372	84542	18,5
Embu	364	1089	15057	76780	20,9
Itapeçirica da Serra	241	1054	7223	46381	15,8
Embu-Guaçu	310	1135	3500	18105	18,4

Juquitiba	257	1190	1972	9957	17,9
Cotia	289	1109	10574	62540	16,2
<b>Total</b>	<b>1681</b>	<b>6355</b>	<b>53698</b>	<b>298305</b>	<b>18,0</b>

- (1) número absoluto de hipertensos na amostra não ponderada
- (2) população total na amostra não ponderada
- (3) número de hipertensos na amostra ponderada
- (4) população total na amostra ponderada
- (5) prevalência (%) na amostra ponderada padronizada por idade

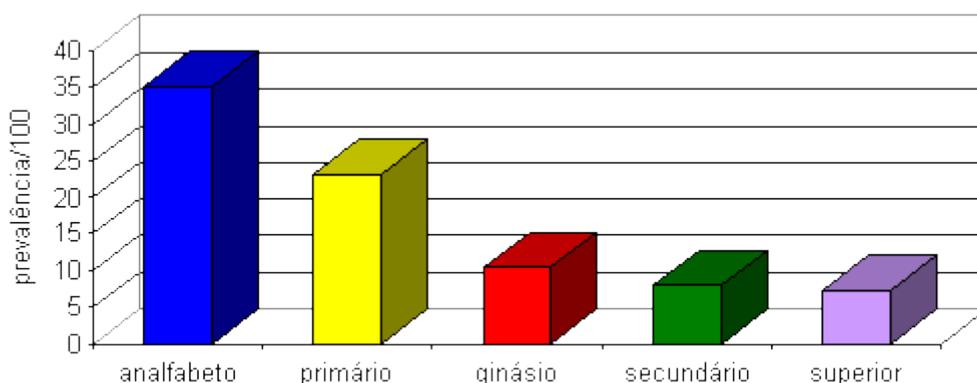


Gráfico 3 - Distribuição da prevalência da Hipertensão Arterial segundo escolaridade. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989 – 1990

A presença da hipertensão arterial foi maior nas faixas com menor escolaridade. Entre os analfabetos foi de 26,8% e entre aqueles com curso primário foi de 21,1%. Conforme aumenta o nível de escolaridade a prevalência é reduzida. (Gráfico 3)

Em relação à condição de classe as maiores taxas estiveram com o proletariado (30,7%) e proletariado não tradicional (33,4%).

## DISCUSSÃO

Os dados apresentados possibilitam o reconhecimento do comportamento da Hipertensão Arterial nessa região:

A) A prevalência de 18% encontrada na região do ERSA 12, reflete o esperado para os padrões nacionais. O seu diagnóstico é pouco procurado pela população por se tratar de doença pobre em sintomatologia e lenta em seu curso natural. Sabe-se que dentre as pessoas hipertensas, um terço a metade desconhece sua condição. Deve-se sublinhar que uma prevalência de 18% pode estar subestimando essa taxa, que poderia ser muito maior caso fosse

realizada uma investigação com busca ativa dos casos e verificação da pressão arterial (KANNEL WB, 1996; INTERAMERICAN ASSOCIATION. 1996; HYPERTENSION DETECTION, 1977; WHELTON PK , 1994).

Em estudo semelhante, utilizando-se de informações sobre morbidade referida, realizado no município de Botucatu -SP, a Hipertensão Arterial representou 5,3% do total de queixas referidas. Nessa mesma população foi realizado estudo posterior com medidas de pressão arterial e a prevalência foi de 12,3% na faixa etária acima de 16 anos (LEBRÃO ML e col., 1991; HABERMANN, FRANCISCO. (MIMEO)).

B) Entre os seis municípios do ERSA 12, a maior prevalência foi encontrada em Embu, com 20,9%. Em muitos trabalhos tem sido discutida a relação entre a prevalência da Hipertensão Arterial e questões do estresse psicossocial e local de residência (CARVALHO JJM e col., 1983).

Trabalhos realizados no Brasil, mostraram prevalência de 11.3% no Rio Grande do Sul e de 10.1% para o município de Volta Redonda - RJ. Ambos os estudos usaram os critérios da OMS, incluíram os controlados e consideraram a população de 20 a 74 anos. Em Araraquara - SP, a prevalência encontrada, de 28.3% em 1987, entre indivíduos de 15 a 74 anos e foi a maior taxa encontrada em estudos nacionais. Em trabalho realizado no interior do Brasil, considerando os controlados sob uso de alguma droga hipotensora, foi encontrada prevalência de 24.1% na população maior de 18 anos, segundo os critérios do JOINT. E já entre índios da tribo Xavante do Estado do Mato Grosso, não foi encontrado nenhum indivíduo hipertenso (n=50). A pressão máxima encontrada foi de 140x90 mmHg em um índio de 70 anos (LOLIO CA, 1990b; KLEIN CH, 1985; MOURA M e cols., 1995; KLEIN CH, 1981; CARNEIRO O, JARDIM PCV, 1993).

Nos EUA, nos anos de 1971-75, entre adultos de 25-74 anos, de ambos os sexos, a prevalência, segundo critérios da OMS, foi de 18%. Na Europa, Ásia e América a prevalência oscila: Grécia, 12%; Países Baixos, 33%; América do Norte, 20%; Norte do Japão, 39%; Colômbia, 9.2% (SUAREZ AR , 1985; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Existem comunidades tribais, como nas Ilhas FIJI, San Blas, Ilhas Cook, índios lanomamis, índios Cunas (Colômbia) e outras, onde a Hipertensão Arterial é muito baixa ou mesmo inexistente (PAGE LB, 1976; SUAREZ AR, 1985; MADDOCKS I, 1961).

C) As mulheres apresentaram maior prevalência da Hipertensão Arterial do que os homens em todas as faixas etárias. Sabe-se que entre o sexo feminino a prevalência tende a crescer após os 50 anos ou após a fase da menopausa. Antes disso, em faixas etárias anteriores tem-se registro de maior prevalência entre os homens. No entanto, no caso do presente estudo deve-se ressaltar que essa prevalência retratou os casos diagnosticados e não a prevalência real dos casos na região.

Apesar da detecção da Hipertensão não oferecer grandes dificuldades técnicas e ser possível ter melhorado as taxas de diagnóstico, os homens permanecem

desconhecendo sua situação. É conhecido que homens tem contato com o serviços de saúde do sistema menos do que as mulheres. O setor público cobre mais a população idosa, e convênios - empresa, a população economicamente ativa. Convém lembrar que o acesso aos serviços médicos de empresa nem sempre podem diagnosticar livremente os casos de Hipertensão Arterial, até mesmo a pedido dos próprios usuários que temem por sua situação empregatícia. Além disso deve-se considerar que habitualmente as mulheres apresentam mais queixas do que os homens e tendem a se preocupar mais em cumprir com o tratamento. E também que o horário de atendimento dos serviços de saúde privilegiam o sexo feminino e aqueles sem vínculo empregatício (HYPERTENSION DETECTION, 1977; LEBRÃO ML e cols., 1991; CÉSAR CLG & TANAKA OY, 1996; HANSSON L, ZANCHETTI A, 1995).

D) Os dados encontrados referentes ao comportamento da Hipertensão segundo faixa etária são consistentes com a literatura. O padrão da relação do aumento de pressão arterial com a idade apresenta tendências diferentes em subgrupos de populações. Nas faixas etárias mais jovens há pouca evidência de diferença de pressão entre os sexos, mas já na adolescência os homens tendem a apresentar níveis médios mais elevados. As diferenças mais evidentes entre os sexos surge entre os jovens e adultos de meia idade. Em grupos mais jovens a prevalência é maior para os homens e nos grupos mais velhos as mulheres tem maior prevalência. A pressão arterial aumenta com a idade, tanto em homens quanto em mulheres, com tendência a ser maior entre os homens adultos (até 45 anos), e a partir daí, a prevalência é maior entre as mulheres (LÓLIO CA, 1990a; MOURA M e cols., 1995; GINTER E, 1995; COSTA EA, 1983).

A correlação entre idade e pressão arterial já tem sido consistentemente documentada em diversos estudos em diferentes países, com culturas diversas e diferentes estágios de desenvolvimento econômico. *Cross-sectional surveys* realizados no Japão (1980), Austrália (1980), USA (1976 - 1980) e Itália (1976), comprovam a elevação da pressão arterial na medida em que são acrescidos anos de idade na população (PAGE LB, 1976; WHELTON PK, 1994).

Contrastando com isso, em populações isoladas há pouca evidência da mudança da pressão arterial com alterações na idade. O que vem indicar que mudanças relacionadas com a idade não são uma necessidade biológica. Tem sido observado que quando uma sociedade passa por processos de aculturação surge uma predisposição em aumentar a pressão arterial com a idade, principalmente quando são adotados estilo de vida ocidental. Quando são comparadas populações com pressão arterial baixa e de origem semelhante, que tem estado assimilando a cultura ocidental, a pressão arterial mostra elevação com a idade entre os grupos aculturados. E juntamente com as alterações na pressão, surgem também mudanças biológicas como alterações nos lipídios séricos. Isso parece encaminhar para uma resposta relativa ao meio ambiente e não especificamente a influências genéticas. Mudanças na dieta também parecem ter um papel muito importante (PAGE LB, 1976; WHELTON PK, 1994).

F) A presença da Hipertensão Arterial foi maior nas faixas com menor escolaridade. Existem estudos comprovando uma relação inversa da prevalência da Hipertensão Arterial com a escolaridade formal, com menores cifras tensionais nos maiores níveis de instrução. No entanto essa variável precisa ser associada com situação de moradia e estresse psicossocial (LÓLIO CA, 1990a; DRIZD T, DANNBERG A, 1986; COSTA EA, 1983; ROBERTS J, 1981).

Em estudo apresentado por Lólio et al, 1993, em Araraquara - SP, a prevalência ajustada (29.8%) foi maior no grupo dos analfabetos ou com menos de 4 anos completos de escolaridade. E no Rio Grande do Sul, em 1978 prevalência bruta entre os analfabetos também foi maior com taxa igual a 22.4% entre a população de 20 a 74 anos (LÓLIO CA, 1990b; COSTA EA, 1983).

G) A condição de classe que apresentou maior prevalência de Hipertensão Arterial foi aquela que está submetida a uma relação de exploração. Costa, <sup>(52)</sup> (1983) utilizando classificação do setor de atividade econômica do indivíduo encontrou prevalência de 2 a 3 vezes maior nos trabalhadores dos setores econômicos terciário e secundário do que entre os proprietários. Outros estudos tem apresentado resultados semelhantes (ANTONOVSKY A , 1968; LÓLIO CA e cols., 1993; RIBEIRO MBD e cols., 1981; GEIGER HJ, SCOTCH NA, 1963).

H) Quanto a posição na família, a prevalência da Hipertensão Arterial foi maior no grupo de chefes de família. Esse grupo era também o mais velho, tinha menos escolaridade em relação ao grupo de não chefes de família e maior proporção do sexo masculino. E mesmo quando considerada a prevalência da Hipertensão na família, os chefes apresentaram valores maiores que o padrão familiar. É discutido se o fato de acumular funções de prestígio e poder dentro da família pode ser fator agregante de estresse psicossocial e portanto, também deva ser considerado como categoria mediadora para a presença da hipertensão arterial.

## **CONCLUSÃO**

- A prevalência da hipertensão arterial permanece muito elevada apesar de existirem esforços no sentido de sua detecção, avaliação e tratamento. Essa prevalência, encontrada através de informações sobre morbidade referida, apresentou-se dentro dos limites esperados para uma população adulta, segundo o sexo e idade. No entanto, por se tratar de taxa construída a partir de diagnósticos já realizados por profissional, e considerando que a grande maioria dos hipertensos desconhece sua situação, pode-se estimar que a prevalência encontrada de 18% é na verdade representação subestimada da prevalência real para a mesma população na mesma área, ou seja a prevalência poderia ser igual a 30% ou mais, caso todos os hipertensos existentes fossem conhecedores de seu diagnóstico.
- Com relação ao que foi encontrado sobre as condições de classe dos hipertensos e escolaridade, pode-se afirmar que os resultados corroboram o que a literatura já tem apresentado. Deve-se ampliar a análise sobre tais

fatores considerando que podem ocorrer múltiplas interações mesclando os resultados e conduzindo à respostas equivocadas.

- A posição do indivíduo na família parece ser uma condição associada a maiores prevalências da Hipertensão arterial. Os chefes de família parecem estar sujeitos a mais situações que provocam sentimento de opressão e podem ser determinantes de estresse psicossocial nesses indivíduos.
- Há necessidade de ampliar o conhecimento sobre o uso dos serviços de saúde pela população portadora de morbidade crônica e do impacto desses serviços sobre as áreas onde estão situados e diretamente sobre morbidades específicas. Os resultados indicam que a estrutura dos serviços de saúde da região não correspondem as necessidades da população no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento de doenças crônicas.
- A utilização de dados de morbidade referida para o estudo da Hipertensão Arterial pode ser bastante útil do ponto de vista de sua operacionalização e para avaliação e planejamento de serviços de saúde. A acessibilidade ao diagnóstico e tratamento, o tempo de consulta, horário de atendimento são fatores que devem ser considerados na análise. Os resultados encontrados não diferem daqueles que utilizaram da medida da pressão arterial como mais uma variável de análise.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Lotufo PA, Lolio C A . Tendências de Evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do Estado de São Paulo. In: Monteiro C. A . (org.) **Velhos e Novos males da Saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças**. Ed. Hucitec - NUPENS/USP: São Paulo, 1995. pag.279 - 288.
1. Lólio CA, Laurenti R. Mortalidade por doença isquêmica do coração no município de São Paulo. Evolução de 1950 a 1981 e mudanças recentes na tendência. **Arq. Bras. Cardiol.** 1986; 46(3): 153 - 156.
2. Laurenti R. O Declínio das doenças cardiovasculares como causa de morte. (editorial) **Revista de Saúde Pública** 1986 ; 20 (5): 339-40.
3. Cordeiro RF, Fischer FM, Lima Filho EC, Moreira Filho DC. Ocupação e Hipertensão. **Revista de Saúde Pública** 1993; 27(5): 380-7.
4. Bayer GF, Goes de Paula S. **Mortalidade nas capitais brasileiras 1930 -1980**. RADIS-DADOS 1984; 2.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatísticas de Mortalidade**, 1989. Brasília, DF, 1994.
6. \_\_\_\_\_ . **Estatísticas de Mortalidade**, 1990. Brasília, DF, 1994
7. \_\_\_\_\_ . **Estatísticas de Mortalidade**, 1991. Brasília, DF, 1994
8. \_\_\_\_\_ . **Estatísticas de Mortalidade**, 1992. Brasília, DF, 1994
9. Page LB - Epidemiologic evidence on the etiology of human hypertension and its possible prevention. In:**Appraisal and reappraisal of cardiac therapy. American Heart Journal**, 1976; 91 (4): 527-534.

10. The fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Arch. Intern Med** 1993; 153: 154-183 .
11. Kannel WB. Pressão arterial como fator de risco cardiovascular. **JAMA** 1996; 4 (set/out): 689- 696.
12. INTERAMERICAN ASSOCIATION SOCIETY OF HYPERTENSION. Muita Hipertensão, pouco diagnóstico. **Updating**, 1996; Ano 1 (1): 2 -3 .
13. Lólio CA. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. *Revista de Saúde Pública*, 1990; 24 (5): 425-32.
14. Lolio CA. Prevalência da hipertensão arterial em Araraquara. **Arq. Bras. Cardiol.** 1990; 55(3):167-73.
15. Lolio CA - **Prevalência de hipertensão arterial no município de Araraquara**, SP, Brasil, em 1987. Tese de Doutorado apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina .1989. 238 p.
16. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C, Aventura LVO, Moncau JEC, Ramos LR - Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares **Rev. Saúde Pública**. 1990; 24(4):277-85.
17. Duncan, BB. Schmidt, MI. Polanczyk, CA. Homrich, CS. Rosa, RS. Achutti, AC. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em região metropolitana na região sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. *Rev. saúde pública*; 27(1):43-8, fev. 1993.
18. Muccini AR, Chinazzo C, Covatti E, Miola EC, Fornari F, Saraiva GA, Frighetto L, Nogueira SS, Lisboa HRK - Perfil dos diabéticos e hipertensos em Caseiros - RS / **Rev. Med. Hosp. São Vicente de Paulo**; 1993; 5(12):6-9.
19. Bloch KV, Klein CH, Souza e Silva NA . Nogueira, AR. Campos, LHS. Hipertensão arterial e obesidade na Ilha do Governador - Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.** 1994; 62(1):17-22.
20. Piccini RX, Victora CG - Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco **Rev. Saúde Pública**; 1994;28(4):261-7.
21. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Batista OL, Quintas LEM, Fernandes-dos-Reis S, Chiga ALV. - Estudo epidemiológico da hipertensão arterial e dos fatores de risco cardiovascular em Bangu, Rio de Janeiro, **Brasil.RBM Rev. Assoc. Med.** 1994; 51(4):345-52.
22. Souza LM, Borges Filho S, Carneiro EF - A hipertensão arterial na cidade do Rio de Janeiro . **Rev. SOCERJ**.1988; 1(1):5-13.
23. Simonatto DMM, Dias MD, Machado RL, Abensur H, Cruz J. -. Hipertensão arterial em escolares da grande São Paulo . *AMB Rev. Assoc. Med. Bras.* 1991;37(3):109-14.
24. Klein CH. Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda - RJ. **Cadernos de Saúde Pública**, 1985;1:58 - 70.
25. Bastos HD, Macedo Cs, Riyuzo MC - Pressão arterial: conceito de normalidade na infância. **Pediatr. mod**; 1993;29(3):223-4, 228, 230.
26. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC - Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.** 1994; 63(6):473-9.

27. Ayres JEM. Prevalência da Hipertensão Arterial na cidade de Piracicaba. *Arq. Bras. Cardiol.* 1991; 57(1): 33 - 36.
28. Moura M, Tiago EL, Ramos L, Regis C, Rezende V, Sousa ALL, Jardim PCBV - Arterial hypertension in the urban community of the interior of Brazil. *American Journal of Hypertension*, 8 (4) Part 2, 146 A 1995.
29. Kochar MS, Woods KD. **Controle da Hipertensão para enfermeiras e demais profissionais de saúde**. 2 ed. Organização Andrei Editora Ltda., 1990 317 p. (27)
30. Carvalho JJM, Silva NAS, Oliveira JM, Arguelles E, Silva JAF. Pressão Arterial e grupos sociais. Estudo epidemiológico. **Arq. Bras. Cardiol.** 1983; 40 (2): 115-120.
31. Messerli, FH. Et al. Disparate cardiovascular findings in men and women with essential hypertension. **Ann Int Med.** 1987; 107:158-161.
32. Klein CH. **Hipertensão Arterial em estratos geoeconômicos do Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 1981. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCCRUZ].
33. Antonovsky A . Social Class and the major cardiovascular disease. **Journal of Chronic Disease** 1968; 21: 65-106.
34. Achutti AC, et al. O controle da hipertensão arterial em Porto Alegre. Resultados de estudos populacionais de 1978 a 1988. **Arq. Bras. Cardiol.**, 1988; 51(1): 288.
35. Achutti, A . Hipertensão Arterial como problema de massa no Brasil : tratamento. **Ciência e Cultura**, 1983; 35(11): 1649-1654.
36. César CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás, VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidade urbanas brasileiras: metodologia. **Revista de Saúde Pública**, 1996; 30(2); 153-60.
37. Gattás VL. **Avaliação da cobertura vacinal e do uso de serviços de saúde para vacinação na região sudoeste da Grande São Paulo , 1989-1990**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996. (107p)
38. Lombardi, C. et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Rev. Saúde Pública**, 1988;22:253 - 65.
39. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group . Blood pressure studies in 14 communities. A two- stage screen for hypertension. **JAMA**, 237 (2): 2385 - 2391, 1977.
40. Whelton PK - Epidemiology of Hypertension. **The Lancet**, 1994; 344: 101-106.
41. Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C - Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil) - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983 - 1984. **Revista de Saúde Pública**, 1991; 25(6):452 - 60.
42. Habermann, Francisco. Nível pressórico e prevalência de Hipertensão Arterial em amostra da população urbana de Botucatu (SP). Relatório Projeto FINEP. (mimeo)
43. Carneiro O, Jardim PCV. Pressão arterial em Tribo Xavante. Comparação 15 anos depois. **Arq. Bras. Cardiol.** 1993; 61 (5): 279-282.
44. Suarez AR - **Epidemiologia de la hipertensión arterial**. Salud Uninorte, Barranquilla 1985; (Col.) 2(2): 95-102.

45. Drizd T, Dannberg A . Blood pressure levels in persons 18 - 74 years of age in 1976 - 80, and trends in blood pressure from 1960 to 1980 in United States. **Vital Hlth. Pstatist. Ser.** 1986;11, (234)
46. World Health Organization. Expert Committee on Arterial Hypertension, Geneva, 1978. **Report. Geneva, 1978.** (Technical Report Series, 628)
47. Maddocks I. Possible absence of essential in two complete pacific Island Population. **The Lancet**, 1961; 2:396.
48. César CLG & Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989 -1990. **Cadernos de Saúde Pública**, 1996;12(Supl.2): 59-70.
49. Hansson L, Zanchetti A - O estudo do tratamento ótimo da hipertensão arterial (HOT): dados de 12 meses sobre o controle da pressão arterial e tolerabilidade. Com enfoque especial à idade e sexo. **Blood Pressure**1995, 4: 313 - 319.
50. Ginter E - Cardiovascular risk factors in the former communist countries. Analysis of 40 European MONICA populations. **European Journal of Epidemiology**, 1995; 11: 199-205.
51. Costa EA. Hipertensão Arterial como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. **Ciência e Cultura**, 1983; 35(11) :1642-1649.
52. Roberts, J. Hypertension in adults 25 -74 years of age. United States, 1971 - 1975. **Vital Hlth Statist. Ser.**1981; 11(221).
53. Lólio CA, Pereira JCR, Lotufo PA, Souza JMP. Hipertensão Arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, 27 (5): 357 - 62, 1993.
54. Ribeiro MBD, Ribeiro AB, Stabile Neto C, Chaves CC, Kater CE, Iunes M, Saragoça MAS, Zanella MT, Anção MS, Marson O, Kohmann O, Franco RJS, Nunes SF, Ramos OL.- Hypertension and Economic Activities in São Paulo, Brazil. **Hypertension**, 1981;3: (6 - Suplp. II): II233- II237.
55. Geiger HJ, Scotch, NA. The Epidemiology of essential Hypertension. A review with special attention to psychologic and sociocultural factors. **Journal Chronic Disease**, 1963; vol. 16: 1151-1182.

## AUTORA

Ana Luiza Lima Sousa - Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; Dra. em Saúde Pública – Epidemiologia. Atualmente é Pró-Reitora de Extensão e Cultura da UFG.

[Topo da página](#)



A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença **Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional**.