

A elevação da pressão arterial em uma comunidade carente¹

121

Francisca Elisângela Teixeira Lima
Deirejane Maria de Araújo
Elaine Cristina da Silva Alves
Maria Gerceleide de Araújo
Thereza Maria Magalhães Moreira
Thelma Leite de Araújo

RESUMO:

Uma constante nos dias atuais é a elevação dos níveis de pressão arterial (PA) na população. Assim, objetivou-se investigar a elevação da PA em uma população, relacionando fatores genéticos e ambientais. O estudo descritivo exploratório constou de 112 pessoas de uma comunidade periférica da região metropolitana de Fortaleza, que atenderam espontaneamente a um programa de detecção precoce da hipertensão. Foi aplicado um formulário e verificada a PA conforme a American Heart Association. Os resultados evidenciaram que 77,7% da amostra era do sexo feminino e 22,3% do masculino. Destes, 16 mulheres (18,4% do total deste sexo) e cinco homens (20% de seu total) apresentavam níveis de PA $\geq 140 \times 90$ mmHg. Das 21 pessoas identificadas com elevação de PA, 13 (61,9%) tinham 45 anos e mais de idade. A elevação dos níveis pressóricos foi mais freqüente nos não brancos masculinos. No que se refere à ocupação, a exacerbação dos níveis de PA prevaleceu em aposentados (50%). Conclui-se que os níveis pressóricos elevados foram encontrados predominantemente em homens, não brancos, pessoas de 45 anos, de mais idade e aposentados.

Unitermos: Enfermagem - Hipertensão - Prevenção.

1. Trabalho desenvolvido no Projeto "Cuidando de pessoas com alterações da pressão arterial." da Universidade Federal do Ceará / UFC, apoio CNPq.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica de natureza multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial (PA) elevada (5). Seus níveis variam entre as pessoas e oscilam durante o dia devido a fatores como posição, tônus muscular, medo, atividade, temperatura e idade (11).

A enfermagem tem desempenhado importante papel no controle da hipertensão arterial (HA) prestando cuidado aos indivíduos hipertensos com o intuito de controlar a pressão arterial e evitar possíveis complicações. Além disso, desenvolve programas educativos e de acompanhamento para indivíduos que apresentam fatores de risco para desencadeamento da HA, contribuindo para promoção e recuperação de sua saúde.

A comprovação do diagnóstico da HA advém quando, em pelo menos duas oportunidades, a aferição da pressão arterial (PA) mostrar a PAD ≥ 90 mmHg e/ou a PAS ≥ 140 mmHg. Havendo grande variação das cifras tensionais, será necessária nova aferição em outra ocasião para que se estabeleça ou descarte o diagnóstico (12). Esses níveis de pressão arterial (PA) são arbitrários, pois não há uma linha divisória entre normotensão e hipertensão baseada apenas em aferições da PA. A interpretação correta deve considerar os níveis de PA mensurados e os fatores envolvidos como sexo, idade e raça.

Em média, 20% da população adulta apresenta hipertensão, sendo que 95% destes casos são de hipertensão primária, que não tem uma causa identificável.

Calcula-se que 15% das pessoas na faixa etária de 20 anos e mais são hipertensos, evidenciando que, cerca de 12 milhões de brasileiros apresentam hipertensão (3). Destes, apenas em 5% dos casos a hipertensão é decorrente de uma causa orgânica identificável, sendo denominada, neste caso, de hipertensão secundária. Esta frequentemente está relacionada à ingestão de drogas (anticoncepcionais e corticóides) e a doenças renais, entre outras (6).

Nos EEUU, o Instituto Nacional de Coração, Pulmões e Sangue estima que 50% das pessoas hipertensas não sabem que o são (13). A HA constitui grave problema de saúde pública no Brasil, tanto pela sua prevalência no país como pela detecção quase sempre tardia da doença. Medidas de controle poderiam ter importante papel na detecção precoce, necessária à prevenção da morbidade e mortalidade, profilaxia de complicações, retenção de custos com tratamentos farmacológicos crônicos e melhoria da qualidade de vida.

Dois terços dos óbitos causados por doenças cardíaco e cerebrovasculares estão relacionadas à hipertensão associada a outros fatores de risco a que a população adulta está exposta (3). Apesar da etiologia desconhecida, existem fatores constitucionais e ambientais que podem ser considerados como influentes na origem da HA. Os fatores constitucionais, também chamados inevitáveis, são idade, sexo, raça, história familiar e obesidade. Os fatores ambientais, também denominados evitáveis, são tabagismo, alcoolismo, estresse, sedentarismo, uso de drogas, alta ingestão de sal e gordura, dentre outros.

A associação entre certos traços constitucionais e exposição a determinadas condições ambientais aumenta a probabilidade de ocorrência da doença, embora muitas vezes haja uma causa básica sem a qual a doença não se desenvolve. Considera-se necessário haver um ou mais fatores ambientais desencadeantes para que uma ou mais predisposições genéticas tenham importância (6 e 2). Deve-se associar esses fatores aos achados clínicos para uma interpretação correta da aferição dos níveis pressóricos.

Estudando os fatores genéticos relacionados à HA, Carvalho (2) refere que a média dos valores da PA nas diversas faixas etárias de uma mesma população aumenta com a idade, o que não foi observado em estudos realizados com índios Yanomamis no Brasil.

Entre jovens do sexo masculino, a prevalência de elevação da PA é referida pela literatura como em torno de 10%. Esta prevalência é menor nos jovens do sexo feminino. A HA tem pior prognóstico no homem que na mulher por conta do risco de coronariopatia, mais freqüente no homem, em contraste com os riscos de acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, idênticos em ambos (6).

Obesidade e hipertensão atuam sinergicamente sobre o coração, aumentando o risco de insuficiência cardíaca. Ambas as pressões, sistólica e diastólica, elevam-se com a obesidade, sendo que tanto o obeso é propenso à HA como o hipertenso é propenso à obesidade (7).

Dados estatísticos do Ministério da Saúde (8) revelam que mulheres apre-

sentam mais problemas de peso excessivo que homens. Entretanto, o padrão de distribuição da gordura tem maior valor preditivo de morbidade e mortalidade que a quantidade total de gordura. A distribuição de gordura no sexo feminino é predominantemente na região glútea e áreas anexas, não causando grandes riscos à saúde, enquanto que a gordura depositada no abdome, como ocorre mais nos homens, propicia o surgimento da HAS. Assim, apesar do excesso de peso ser mais freqüente em mulheres, é nos homens que ocorrem as maiores complicações.

A hipertensão primária é uma doença familiar, onde mutações genéticas interagindo com fatores ambientais podem originar um descontrole da PA. Essa interação é complexa e a contribuição dos genes é qualitativa e quantitativamente variável. Ao longo do tempo, a hipertensão primária afeta vários membros de uma família. É raro não haver antecedentes familiares, com níveis de parentescos até 2º grau (6).

Estudando os fatores ambientais, observou-se que as doenças cardiovasculares podem ser agravadas pelo "stress". A sociedade funciona como geradora de estresse (6).

Tem sido demonstrado também que o fumo acentua a aterosclerose, aumentando a PA (9). Essa relação entre fumo e doenças causadas por ele depende do tempo, freqüência, padrão de inalação e tipo de cigarro. Segundo estudo epidemiológico, 25% das mortes atribuídas às doenças cardiovasculares podem ser distúrbios do fumo.

O álcool também tem sido associado à pressão arterial elevada. Estudos

têm demonstrado que, quanto mais alta a ingestão de álcool, maior a prevalência da hipertensão nessa população e mais alta a média de sua PA. O álcool pode induzir hipoglicemia pela interferência com a gliconeogênese hepática, o que causaria hipoglicemia e poderia conduzir à elevação transitória da PA como rebote (6).

O sal, quando consumido de forma exagerada, é considerado um dos fatores que mais tem contribuído para o caráter endêmico da hipertensão arterial. Cinco gramas de cloreto de sódio são suficientes ao metabolismo humano/dia (6), no entanto uma dieta normal contém bem mais que esse valor.

A elevação dos lipídios no sangue também está freqüentemente associada à HA, pois o colesterol, quando menor que 200 mg/dl, não causa problemas, mas, em excesso, pode obstruir artérias e evoluir para um infarto (9).

Existem evidências ainda da contribuição do café para o aumento da PA. A cafeína associada a um dos inibidores da monoamino-oxidase/IMAO (drogas que inibem a enzima que inativa a noradrenalina e a adrenalina, deixando generosas quantidades dessas catecolaminas nas terminações nervosas, propiciando o aumento da PA) poderá liberar catecolaminas, causando um episódio hipertensivo (6). Para que haja o controle da HÁ, é necessário o conhecimento dos fatores que a influenciam e os meios que auxiliam em seu controle. Assim, decidiu-se estudar a influência dos fatores constitucionais e ambientais na elevação dos níveis de PA.

Diante do exposto, tomou-se como objetivo geral: investigar a elevação dos

níveis pressóricos em uma determinada população, analisando os fatores constitucionais e ambientais predisponentes para hipertensão. E como objetivos específicos: relacionar a incidência da elevação da pressão arterial com as variáveis idade, sexo, antecedentes familiares e categorias branco e não-branco e investigar a influência dos fatores ambientais como ingestão de cafeína, alimentos ricos em lipídios e cloreto de sódio e consumo de álcool, fumo, atividade ocupacional, obesidade e exposição ao estresse para a hipertensão arterial numa população.

Metodologia

Esse estudo exploratório-descritivo trabalha a análise quantitativa dos dados. Realizou-se no período de julho a agosto de 1997, em uma população de baixa renda de um conjunto habitacional da região metropolitana de Fortaleza-CE. Escolheu-se essa comunidade pela disponibilidade de um local adequado para a aferição da PA, apoio dos líderes comunitários para realização do trabalho e por se tratar de uma comunidade carente de orientação e assistência à saúde, especialmente relacionada à hipertensão.

A população foi composta por 112 pessoas, de ambos os sexos e idade entre 15 e 76 anos que atenderam, espontaneamente, a um convite para avaliação dos valores de PA, objetivando a detecção precoce da HAS. A amostra compôs-se de 21 pessoas (18,75%) selecionadas por apresentarem níveis de PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg.

Os dados foram coletados mediante a aplicação de um formulário fechado (anexo I), que constou de identificação do cliente, dados pessoais relacionados à idade, sexo, ocupação, cor, peso, estatura, prática esportiva, antecedentes familiares (até 2º grau) de problemas cardiovasculares, uso de medicação hipo/hipertensora, hábitos de fumo, ingestão de bebidas alcóolicas, café, dieta habitual e temperamento. Nas mulheres acima de 45 anos, foi indagada a existência ou não de menstruação e o uso de reposição hormonal. A todas as mulheres questionou-se sobre o uso de contraceptivos orais. Após a verificação da Frequência Cardíaca (FC) e da Pressão Arterial (PA), os valores en-

contrados na primeira e segunda aferições da PA eram registrados, mas considerados para estudo somente os da segunda aferição.

Para a convocação da população do estudo, foi realizada divulgação de um programa de verificação da PA, visando a detecção precoce da hipertensão. Foi utilizada uma faixa exposta na entrada do conjunto habitacional e houve exposição de cartazes em escolas e comércios. A coleta foi realizada tanto na escola com em conselhos comunitários locais e nos próprios domicílios, durante os meses de julho e agosto de 1997. A fonte utilizada para coleta foi primária, sendo o questionário tipo cédula.

Como técnica para aferir a PA, utilizou-se os procedimentos recomendados pela American Heart Association (10) descritos a seguir:

Técnica de verificação:

- * Inicialmente, fazia-se a localização da artéria braquial mediante palpação e depois colocava-se o manguito com a parte central da bolsa sobre a artéria palpada. O manguito era preso não deixando bolsas e adequando-se à circunferência do braço;
- * Ao palpar-se o pulso radial, inflava-se o manguito rapidamente até 70 mmHg e, a partir daí, aumentava-se de 10 em 10 mmHg, anotando o ponto de desaparecimento do pulso;
- * Esperava-se de 15 a 20 segundos, colocando-se o diafragma do estetoscópio na fossa antecubital de forma firme, mas sem comprimir;
- * Inflava-se o manguito rapidamente até 30 mmHg acima de PAS palpada e então desinflava-se num ritmo de 2 mmHg por segundo;
- * Registrava-se o ponto onde ouvia-se o primeiro som seguido por, pelo menos, dois batimentos regulares e o ponto onde o som desaparecia;
- * Após anotar os valores encontrados, aguardava-se 1 minuto e repetia-se a medida. Caso os resultados tivessem mais de 6 mmHg de diferença, a verificação era refeita.
- * Material utilizado:
Esfigmomanômetro com manômetro aneróide Tycos e estetoscópio.

Preparação do cliente:

1. Orientação do cliente sobre o procedimento e indagação sobre controles anteriores e valor da PA habitual;

2. Solicitação para que sentasse, encostando as costas na cadeira, com pernas descruzadas e pés apoiados no chão;

3. O braço a ser utilizado era apoiado em uma superfície firme, elevado ao nível do coração (4º espaço intercostal) e levemente fletido;

4. Observação das condições da roupa, procurando evitar que apertasse o braço ou dificultasse a colocação do manguito. Dava-se preferência ao braço descoberto.

Obs: As conversas eram evitadas durante o procedimento, realizado em local silencioso.

Análise e discussão dos resultados

Mesmo considerando a PAS ≥ 160 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg para a HA, serão abordados indivíduos nos limites de normalidade, pois a prevenção dos fatores de risco inclui pessoas com HA já manifesta e aquelas em uma faixa limítrofe.

No estudo, demonstrou-se a relação entre elevação dos níveis pressóricos e idade. Observamos que, das 21 pessoas identificadas com elevação da pressão arterial, 13 (61,9%) tinham 45 anos e mais, confirmando dados que mostram que, à medida em que a idade do indivíduo avança, a elevação da PA torna-se mais freqüente.

O Departamento de Saúde dos Estados Unidos (6) afirma que, entre 20 e 30 anos, a HAS atinge menos de 5% da população desse grupo etário; entre 40 e 50 anos, a população atingida sobe para 20% e, acima de 70 anos, quase 50% da população tem hipertensão.

Em relação à caracterização da amostra quanto aos níveis da elevação da PA, identificou-se que há predominância de ambas as pressões (PAS e PAD) elevadas, uma vez que dez (48%) dos entrevistados apresentam valores iguais ou superiores a 140x90 mmHg em PAS e PAD, respectivamente, enquanto seis (28%) apresentam elevação somente da PAS e cinco (24%) somente da PAD.

Apesar de ser a elevação conjunta das cifras sistólicas e diastólicas os determinantes do diagnóstico de hipertensão, é importante que todas as pessoas com elevação da PAS e PAD sejam orientadas sobre os fatores de risco da HAS e quanto à necessidade do controle da PA, visando a detecção precoce da anormalidade dessa.

Estudos epidemiológicos recentes evidenciaram que a PAS elevada está mais relacionada com ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), coronariopatia e insuficiência cardíaca que a PAD (11).

TABELA I

Amostra caracterizada quanto a sexo e faixa etária, Fortaleza, JulAgo/1997.

Faixa Etária	n		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	Fi	Fr	Fi	Fr	Fi	Fr
25 - 35	03	14	02	40	01	06
35 - 45	05	24	01	20	04	25
45 - 55	06	29	01	20	05	31
55 - 65	04	19	0	0	04	25
65 - 75	03	14	01	20	02	13
Total	21	100	05	100	16	100

Na Tabela I observa-se que a ocorrência de valores elevados da pressão arterial, quando considerados ambos os sexos, foi maior na faixa etária de 45 a 54 anos (29%) e menor nas duas faixas limites de 25 a 34 anos (14%) e de 65 a 74 anos (14%). Considerando as faixas etárias superiores a 45 anos, observa-se que 62% da amostra se encontra neste patamar.

Verifica-se que o comportamento dos níveis de PA diferem no sexo masculino, onde houve o maior percentual de pessoas com PA elevada (40%) na faixa de 25 a 34 anos, com ausência de elevação da PA na faixa etária de 55 a 64 anos, sendo que nas demais o percentual foi igual. Já no sexo feminino, o maior percentual está na faixa etária de 45 a 54 anos (31%), seguido por 35 a 44 anos e 55 a 64 anos, com 25%.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde/OMS (8), a hipertensão até os 45 anos é mais freqüente no homem que na mulher da mesma idade e, após esta faixa etária, ela passa a ser mais comum na mulher. Porém, as estudadas tiveram um maior percentual do que os homens a partir de 35 anos e não dos 45, como relata a literatura, o que pode ter sido influenciado pela guinada que so-

freu a vida das mulheres nas últimas décadas, com jornada dupla de trabalho, dentro e fora de casa, o que pode antecipar esta elevação dos 45 para os 35 anos. Além disso, é cada vez mais precoce o uso da pílula anticoncepcional pelas mulheres.

A amostra também foi evidenciada quanto ao aumento dos níveis de pressão arterial e ocupação exercida por esta. Constata-se que 50% (três) dos aposentados demonstraram exacerbação dos níveis de PA. Isto pode advir da idade, já que todos têm idade avançada, o que já é um fator predisponente relevante, como também pelo possível sedentarismo, pois verificou-se que, dentre os aposentados que não revelaram elevação da PA, 67% praticavam esportes mais de três vezes por semana, enquanto, dos que apresentaram hipertensão, apenas 33% praticavam esportes esporadicamente.

Observa-se que pessoas com ocupações de estudante, vendedor, professor e desocupados (sem idade avançada e com prática de esportes) não apresentaram níveis elevados da PA. Ressalta-se que o estudo foi aleatório e dele participaram apenas quem atendeu ao convite; assim, os dados não podem ser generalizados.

TABELA II

Comparação dos valores de pressão arterial entre brancos e não brancos
Fortaleza, 1997

Categoria	PA \geq 140x90mmHg		PA \leq 139x89mmHg		TOTAL
	Fi	Fr	Fi	Fr	
Branco feminino	9	19%	38	81%	47
Ñ-Branco feminino	7	17%	33	83%	40
Branco masculino	0	00	7	100%	7
Ñ-Branco masc.	5	28%	13	72%	18

A TABELA II relaciona a elevação de níveis tensionais entre brancos e não-brancos (pardos e negros). Constatou-se que a elevação da PA foi mais freqüente nos não-brancos do sexo masculino, já que cinco (28%) tinham níveis elevados de PA, enquanto que nos homens brancos nenhum apresentou HA, caracterizando a predominância da doença nos homens não-brancos. Ela é

quase duas vezes mais prevalente nos negros que nos brancos, havendo maior gravidade no negro que no branco (6). No sexo feminino, brancos e não-brancos apresentaram, respectivamente, 9(19%) e 7(17%) pessoas com elevação da PA. Isso pode ser decorrente da presença de um número maior de mulheres brancas (47) em relação às não brancas (40).

TABELA III: Amostra caracterizada quanto a hábitos e HAS, Fortaleza, 1997.

Consumo	Cafeína		Tabagismo		Etilismo		Lipídeos		Estresse	
	Fi	Fr	Fi	Fr	Fi	Fr	Fi	Fr	Fi	Fr
SIM	20	95%	07	33%	07	33%	14	67%	05	24%
NÃO	01	05%	14	67%	07	67%	07	33%	16	76%
TOTAL	21	100%	21	100%	21	100%	21	100%	21	100%

Na Tabela III analisa-se o consumo de cafeína e lipídeos, a freqüência do tabagismo e alcoolismo e a presença do estresse, relacionando-os com o aumento da PA. Na amostra, verifica-se que 20 (95%) pessoas referem uso de café em quantidades que variam de meia (1/2) xícara a uma e meia (1 e 1/2) garrafa/dia, enquanto apenas uma (05%) refere não usar café. A cafeína dará origem a um episódio hipertensivo se vier associada

a um dos inibidores da monoaminoxidase. Isso potencializa o aumento da PA. Como 95,23% dos entrevistados referiram uso de café, estão sujeitos a essa potencialização, que será maior ou menor dependendo da freqüência e quantidade consumidas (6).

Quanto ao consumo de fumo e álcool, sete (33%) pessoas referiram o tabagismo e o alcoolismo, enquanto 14 (66,67%) negaram tal prática, sendo que

os fumantes não eram os mesmos alcoólatras, necessariamente. O que leva a crer que, para os não fumantes, o aumento da PA está relacionado a outros fatores e para os fumantes o aumento da PA dependerá ainda da quantidade e frequência de consumo, pois, apesar de não se aprofundar muito no assunto, a literatura relata a influência do fumo sobre o aumento da PA, levando em conta o número e o tempo de consumo (6). Apesar da maioria não referir o uso de álcool, isso não significa que o álcool não tenha influência sobre a HA. A literatura relata influência do álcool não só sobre o aumento de PA como também sobre o efeito dos medicamentos usados no controle da doença. Essa influência sobre a PA vai depender da quantidade de álcool consumido por dia (5 g de etanol). O álcool pode induzir a hipoglicemia, que poderá aumentar a PA (6 e 9). Na amostra estudada não foi possível avaliar a influência do álcool sobre a PA, mas foi despertado o interesse para realização de um estudo mais aprofundado sobre o assunto.

Em relação ao consumo de lipídeos, observa-se que 14 (67%) pessoas fazem uso de gordura, enquanto sete (33%) a dispensam em sua dieta. Apesar de não referirem quantidade, a maioria citou uso de lipídios, o que confirma que uma dieta rica em lipídeos pode elevar a taxa de

colesterol e provocar aumento da PA e, muitas vezes, o infarto (9).

Quanto ao estresse, cinco pessoas (24%) mostraram níveis de tensão emocional elevados, enquanto 16 (76%) não referiram tensão emocional. Apesar de, na maioria dos entrevistados, o "stress" não ser aparentemente o fator responsável para o aumento da PA, não se pode dizer que ele não influencia, pois isso dependerá de como cada um reage ao fator "stress". A literatura é clara ao relacionar o stress com o aumento da PA. É bom lembrar que pessoas aparentemente calmas podem viver sob tensão e que a HA atinge também pessoas tranqüilas (1).

Quanto à presença de problemas cardiovasculares hereditários, constatou-se que, das pessoas com elevação da pressão arterial, quatro (19%) delas não sabiam se tinham familiares com hipertensão, pois haviam perdido contato com os mesmos, sete (33%) relataram que não tinham antecedentes familiares com hipertensão e dez pessoas (48%) informaram que tinham parentes até 2º grau com problemas cardiovasculares e alterações da PA. Miyao e Furusho (6) relatam que a distribuição da PA em membros de uma mesma família está significativamente relacionada com o parentesco de 1º grau (pais, irmãos e filhos).

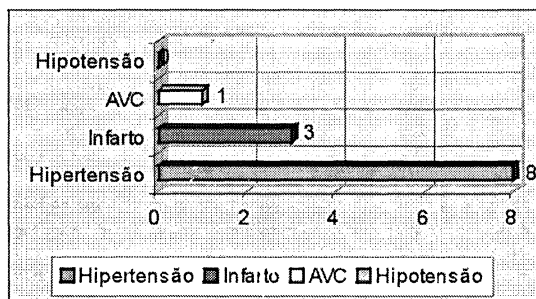


GRÁFICO 1:

Amostra caracterizada quanto aos problemas cardiovasculares na família e elevação dos níveis pressóricos, Fortaleza, Julho-Agosto/1997.

No Gráfico 1 analisamos a amostra caracterizada quanto aos tipos de problemas cardiovasculares hereditários. Consta-se que, entre as pessoas que possuem antecedentes familiares com alteração da PA, não foi relatada hipotensão entre os familiares, havia um

caso de AVC, três de infarto e oito casos de hipertensão, sendo significativa a relação entre hipertensão e infarto do miocárdio. É importante que a enfermeira leve em consideração esses dados no planejamento de ações educativas junto à população.

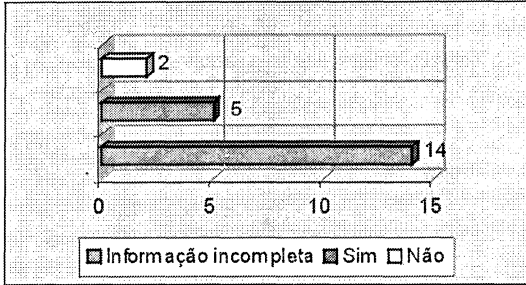


GRÁFICO 2:

Amostra caracterizada quanto à obesidade, Fortaleza, Julho-Agosto/1997.

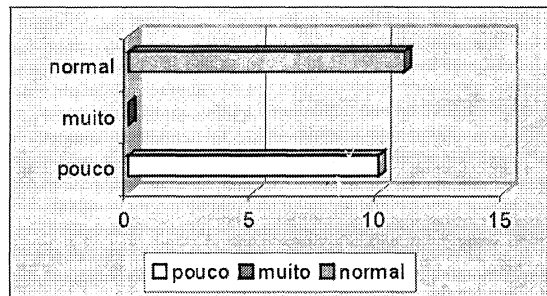
No Gráfico 2 expomos a amostra caracterizada quanto à obesidade. Das 21 pessoas com elevação da PA, duas não são obesas, cinco são obesas, e 14 pessoas não foi possível detectar se eram ou não obesas, pois elas não sabiam informar sua estatura, impossibilitando calcular o índice de massa corpórea (IMC), o qual é obtido pela divisão do

peso em quilogramas pelo quadrado da altura em centímetros. Deve ser considerado obeso o indivíduo cujo resultado do IMC for maior ou igual a 25.

O Ministério da Saúde (3) relata que 27 milhões de adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso (IMC ≥ 25), sendo 11 milhões homens e 16 milhões mulheres.

GRÁFICO 3:

Amostra relacionada ao consumo de sal, Fortaleza, Jul-Ago/1997.



No Gráfico 3 a amostra foi caracterizada quanto à quantidade de sal consumida pelas pessoas com elevação na PA, classificando-os em pouco, muito ou normal. Das 21 pessoas com aumento de PA, dez (48%) referiram o uso de pouco sal, nenhuma o uso de muito cloreto de sódio (sal de cozinha) e 11 (52%) o consumo normal de sal. Levando-se em conta a impossibilidade de medir essa quantificação, esse conceito tornou-se subjetivo, pois o que para alguns pode ser considerado pouco para outros pode não o ser.

A água contida no organismo pode ser retida pelo sódio, componente do sal (1). Pesquisas demonstram que em populações com uma ingestão aumentada de sal (26 g/dia), como é o caso do Norte do Japão, a prevalência da HA chega a 38% da população (6). Assim, não se deve esquecer que o sal deve ser usado moderadamente, não ultrapassando 5g/dia (equivalente a 2g de sódio), quantia correspondente a duas colherinhas de café.

Considerações finais

Ø Verificou-se que 20% dos homens revelaram níveis de PA iguais ou superiores a 140x90 mmHg, indicando prevalência da elevação nos níveis tensionais

Ø Das 21 pessoas com elevação da PA, 13 (61,9%) tinham 45 anos ou mais, mostrando que o aumento dos níveis pressóricos é mais freqüente à medida que a idade avança.

Ø Constatou-se que 50% dos aposentados revelaram exacerbação dos níveis pressóricos e que ocupações estudentes não se relacionaram à elevação da PA.

Ø A elevação da PA foi mais freqüente nos indivíduos não-brancos do sexo masculino.

Ø Verificou-se que os homens entre 25 e 35 anos (40%) possuem mais alteração de PA, enquanto há mais mulheres com elevação da PA entre 45 e 55 anos (31%);

Ø A elevação da PA nos indivíduos não-brancos (57%) foi maior que nos brancos (43%).

Ø No estudo, 48% da amostra possuem antecedentes com problemas cardiovasculares, sendo os mais apresentados: hipertensão arterial e infarto do miocárdio, respectivamente.

Ø O estudo da relação obesidade-HA foi prejudicada devido a informações incompletas, porém, entre os dados completos, predominou a elevação de PA em pessoas obesas (24%).

Ø Na amostra, identificou-se os fatores ambientais ingestão elevada de cafeína e o consumo maior de lipídios. Não foi identificada relação entre níveis elevados da PA e "stress", o etilismo, o tabagismo e o consumo de cloreto de sódio.

Evidencia-se a necessidade de ampliação da amostra e desenvolvimento de abordagens que incluam observação do ambiente, pois a aplicação de questionário isolado facilita o falseamento de respostas. Estudos nesse âmbito são necessários pela deficiência de informação e dificuldade de acesso aos programas, dificultando a adesão ao mesmo.

Observou-se resistência na população em relação à verificação da PA, pois muitas pessoas pensavam que, por não aparentar sintomas, não precisavam controlar a PA. Outras não queriam descobrir a doença por não terem como se tratar, se necessário. Evidencia-se a carência e dificuldade de acesso a um programa de controle da PA pelas pessoas da amostra.

Constatou-se, pela observação, a influência da pouca instrução dos clientes para ausência de cuidados básicos de atenção primária e cidadania, reforçando a necessidade de reflexão acerca disso e de que mais pessoas se empenhem na luta para levar orientações objetivas sobre a influência e os riscos que os fatores ambientais exercem sobre a HAS às pessoas. A educação em saúde ainda é a melhor opção nesse caso. Para continuidade desse trabalho, planeja-se uma oficina sobre autocuidado para a clientela compreendida nesse estudo.

ARTERIAL PRESSURE INCREASE IN A NEEDING COMMUNITY

ABSTRACT: Arterial pressure (AP) increase among people has become very common nowadays. Thus, an investigation was conducted in order to examine AP increase in a group, establishing a relationship between genetic and environmental factors. This descriptive and exploratory survey consisted of examining 112 people from a community on the outskirts of Fortaleza, who spontaneously attended to a program of early detection of hypertension. A questionnaire was distributed and the AP was verified according to the American Heart Association directions. Results showed that 77,7% of the sample were females and 22,3% were males. Of these, 16 women (18,4%) and 5 men (20%) present an AP level of $\geq 140 \times 90$ mmHg. Out of the 21 people identified with AP increase, 13 (61,9%) were 45 years of age or older. The increase of pressure levels was more frequently seen in retired people (50%). Conclusion shows that high pressure levels were found predominantly in non-white males, 45 year old (or older) people and retired people.

Keywords: Nursing – Hypertension – Prevention.

EL AUMENTO DE LA PRESION ARTERIAL EN UNA COMUNIDAD POBRE

RÉSUMEN: En los días actuales, es frecuente el aumento de los niveles de presión arterial (PA) en la población. Así, se objetivó investigar el aumento de la PA en una población, relacionando factores genéticos y ambientales. El estudio descriptivo exploratorio tuvo la participación espontánea de 112 personas de una comunidad periférica de la hipertensión. Los resultados evidenciaron que 77,7% de la muestra eran del sexo femenino y 22,3% del masculino.

Dieciséis mujeres (18,4% del total) y cinco hombres (20% de su total) presentaron niveles de la PA $\geq 140 \times 90$ mmHg. De las 21 personas identificadas con el aumento de los niveles de presión fue más frecuente en hombres no blancos. En cuanto a la ocupación, el agravamiento de los niveles de presión elevados fueron encontrados con predominancia en hombres, no blancos, personas con más de 45 años y pensionistas.

Palabras Clave: Enfermería – Hipertensión – Prevención

Referências bibliográficas

1. BERNARDES, O. A inimiga silenciosa. Revista Saúde é Vital, 1997, v.168, p.26-37.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Controle da HA uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: NUTES, 1993.
3. _____ Coordenação de doenças cardiovasculares. Doenças cardiovasculares no Brasil. Brasília. Ministério da Saúde/SUS, 1993b, 36p.
4. FILHO, E. T. C., CURIATI, J. A Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. Revista Brasileira de Medicina v.53, n.10,out.1996.
5. Hipertensão arterial sistêmica. Ciclo de atualização científica, série 3. São Paulo: Boehringer de Angeli, 1996.
6. LUNA, R. L. Hipertensão arterial. São Paulo: MEDSI, 1989, 301p
7. MARTINEZ, T. L. da R. et al. Obesidade e coração. Revista SOCESP. São Paulo. v.6, n.4, p.447-451, jul/ago. 1996
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da HA. 1988, 88p.

9. MION Jr., D. Pressão alta, orientação para vencer esse problema. Rev. Tec Art 1994, p.10.
10. PERLOFF, D. et al. Human blod pressure determination by sphygmomanometry. Circulation, v.88, n.5, p.2460-2470, nov. 1993, p.1.
11. PORTO, C. C., RASSI, S. Sistema cardiovascular. In: PORTO, C. C. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. 1144p. parte 6, seção 1, p.293-382.
12. OPARIL, S. Hipertensão arterial. In: CECIL, R. L. Tratado de medicina interna. 19 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993, p.258-274, v.1.
13. SMELTZER, S. C., BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 4v. v.2, unidade 7, p.650-660

As Autoras

Francisca Elisângela Teixeira Lima

Bolsista de Iniciação Científica do CNPq/PIBIC, acadêmica de Enfermagem do 8º semestre.

Deirejane Maria de Araújo

Bolsista de Iniciação Científica do CNPq, acadêmica de Enfermagem do 8º semestre.

Elaine Cristina da Silva Alves

Bolsista do PROIM, acadêmica de Enfermagem do 8º semestre.

Maria Gerceleide de Araújo

Bolsista de Extensão da UFC, acadêmica de Enfermagem do 8º semestre.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará / UFC,
Bolsista da CAPES.

Thelma Leite de Araújo

Doutora, Adjunto do DENF / UFC, Coordenadora do projeto "Cuidando de pessoas com alterações da pressão arterial."