

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem

Arterial pressure control for nursing military professionals

El estrés y otros factores de riesgo entre profesionales militares de enfermería

Jorge Luiz Lima da Silva ¹, Rodrigo Pereira Lima ², Rodrigo Pereira Costa Taveira ³, Felipe dos Santos Costa ⁴, Rafael da Silva Soares ⁵

ABSTRACT

Objective: Determine which risks factors for hypertension that military nursing professionals identify in their lifestyle; classifying blood pressure levels of professionals. **Method:** Quantitative, based on descriptive research. **Results:** This study included 40 military professionals in nursing. The following risks factors were identified for hypertension in the study population: using of hormonal contraceptives (8.0%), smoking (7.0%), alcoholic beverages (2.0%), physical inactivity (21.0%), stress (25.0%), excessive salt intake (11.0%), obesity (8.0%) and high calorie and high protein diet (18.0%). The classification of blood pressure of the subjects revealed that 70.0% showed pressure values considered normal or optimal, values between 12.5% and 17.5 % were considered borderline hypertension prove. **Conclusion:** This study indicates the needs for changes in professionals' lifestyle, because the risks factors associated with blood pressure levels may contribute to the onset of hypertension into analyzed population. **Descriptors:** Blood pressure, Hypertension, Nursing, Military nursing.

RESUMO

Objetivo: Verificar quais os fatores de risco para a HAS que os profissionais militares da área de enfermagem identificam em seu estilo de vida; classificar os níveis pressóricos dos profissionais. **Método:** Quantitativo, embasado em pesquisa descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 40 profissionais militares da área de enfermagem. Foram identificados os seguintes fatores de risco para a HAS na população estudada: uso de contraceptivos hormonais (8,0%), tabagismo (7,0%), etilismo (2,0%), sedentarismo (21,0%), estresse (25,0%), consumo excessivo de sal (11,0%), obesidade (8,0%) e dieta hipercalórica e hiperprotéica (18,0%). A classificação da pressão arterial dos sujeitos revelou que 70,0% demonstraram valores pressóricos considerados normais ou ótimo, 12,5% valores considerados limítrofes e 17,5% comprovaram HAS. **Conclusão:** O estudo denota a necessidade de mudanças no estilo de vida dos profissionais, pois os fatores de risco associados aos níveis pressóricos podem contribuir para o aparecimento de HAS na população estudada. **Descritores:** Pressão arterial, hipertensão, enfermagem, enfermagem militar.

RESUMEN

Objetivo: Los factores de riesgo para la hipertensión que los profesionales de enfermería militares identifican en su estilo de vida; clasificar a los niveles de presión arterial de los profesionales. **Método:** Cuantitativo, basado en una investigación descriptiva. **Resultados:** El estudio incluyó 40 militares profesionales en enfermería. Se identificaron los siguientes factores de riesgo para la hipertensión en la población de estudio: el uso de los anticonceptivos hormonales (8,0%), el tabaco (7,0%), alcohol (2,0 %), inactividad física (21,0 %), estrés (25,0 %), la ingesta excesiva de sal (11,0 %), la obesidad (8,0%) y alta en calorías y dieta rica en proteínas de alto (18,0 %). Clasificación de la presión arterial de los sujetos reveló que 70,0 % mostró valores de la presión que se consideran normales u óptima, los valores de 12,5 % y 17,5 % hipertensión limítrofe considerado demostró. **Conclusión:** El estudio indica la necesidad de cambios en el estilo de vida de profesionales, debido a que los factores de riesgo asociados a los niveles de presión arterial pueden contribuir a la aparición de la hipertensión en la población estudiada. **Descritores:** Presión arterial, hipertensión, enfermería, enfermería militar.

◆ Doutor em Saúde Pública (Flórida). Professor do Dep. Materno-Infantil e Psiquiatria da Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil. E-mail: jorgeluzlima@gmail.com 2 Enfermeiro- UFF. Marinha do Brasil 3 Enfermeiro. Especialista em Controle de Infecção nos Serviços de Saúde- UFF, RJ, Brasil 4 Enfermeiro especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela UNIFESP, Brasil 5 Enfermeiro - Hospital Municipal Souza Aguiar, Brasil.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicamento anti-hipertensivo. ¹ É diagnosticada quando se detecta níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual (aleatória, ocasional).²

Dados do Ministério da Saúde do Brasil demonstram que há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, sendo que 35,0% dos portadores têm 40 anos ou mais. Estima-se que 4,0% das crianças e adolescentes também sejam portadoras, mostrando que seu aparecimento está cada vez mais precoce. A hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo devido a sua morbimortalidade. ¹

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco mais importantes para o aparecimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40,0% das mortes por acidente vascular encefálico; 25,0% das mortes por doença arterial coronariana e, quando associado ao diabetes, é responsável por 50,0% dos casos de insuficiência renal terminal. Tendo como critério de diagnóstico de HAS as cifras acima mencionadas, a prevalência na população urbana adulta do Brasil varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi realizado. ¹

Em relação ao paciente hipertenso, a motivação para evitar o abandono do tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente dos hipertensos também apresenta outras co-morbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada. ¹

Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como: cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, pode não provocar sintomas, entretanto, pode matar quando ocorrem sintomas, decorrentes de complicações. ³

Alguns autores são radicais em relação à doença, afirmando que a HAS é chamada de "assassina silenciosa", pois geralmente não causa qualquer tipo de sintoma durante muitos anos até que um órgão vital seja afetado. ⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷ Essas pressões anormalmente elevadas cursam na maioria das vezes assintomática. A pressão arterial elevada pode acarretar lesões, por vezes, irreversíveis ao organismo humano. Tendo em vista que os sintomas podem aparecer

somente após anos de injúrias aos órgãos vitais, a mais eficaz medida para evitar que a patologia leve a incapacidade ou até mesmo a morte é, sem dúvida, a prevenção.⁸

A contribuição de fatores genéticos para formação da HAS está bem estabelecida na população. Porém, até o momento, inexistem variantes genéticas que, possam ser utilizadas para estabelecer o risco individual de se desenvolver HAS. Hábitos de vida inadequados também são importantes: a obesidade, a ingestão excessiva de sódio (em forma de sal de cozinha, ou alimentos com alto teor de sódio) ou de bebida alcoólica e a inatividade física podem contribuir para o aparecimento da hipertensão arterial. A pressão arterial também tem relação direta e linear com a idade, onde a prevalência de HAS é superior a 60,0% na faixa etária acima de 65 anos. Em relação ao gênero, embora seja mais elevada nos homens até 50 anos e invertendo-se a partir da quinta década de vida a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante. Em relação à etnia, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor diferente de branca.⁹

A mensuração da PA deve ser realizada em toda avaliação, seja por médicos de qualquer especialidade ou demais profissionais de saúde.² Dentro disso o enfermeiro atua no controle da HAS, onde, além da mensuração da pressão arterial, tem como ação preventiva a educação em saúde, esta última realizada em consulta de enfermagem. A educação em saúde pode ajudar esses indivíduos a se adaptarem à doença, prevenir complicações e aprender a resolver os problemas relacionados à patologia.

A educação para saúde é uma responsabilidade fundamental do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção da doença; e assistência às pessoas para lidar com os efeitos residuais da doença.¹⁰

Num estudo identificaram-se fatores de risco em trabalhadores de enfermagem de um hospital geral onde, 28,8% dos técnicos faziam uso do tabaco, o IMC e o nível de estresse se apresentaram em maior nível nos auxiliares e os mais hipertensos foram os enfermeiros (29,7%).¹¹

O profissional militar da área de enfermagem, além de se enquadrar nos índices de incidência e prevalência nacionais, possui um componente significativo que pode desencadear ou precipitar o surgimento da doença. A busca bibliográfica que antecedeu a construção do trabalho mostrou uma escassez de material de referência sobre este grupo. Percebe-se que área profissional militar possui características próprias, como o alto risco de morte (atribuído principalmente aos policiais), a própria rigidez mantida pela disciplina e hierarquia, dentre outros fatores peculiares desses profissionais como o estresse.

A Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) “é uma instituição permanente, organizada com base na hierarquia e na disciplina, destinada à manutenção da ordem pública no Estado”. A autoridade e a responsabilidade crescem de acordo com o grau hierárquico de seus integrantes. Segundo o artigo 12, parágrafo 2º do Estatuto da PMERJ (1981): “[...] a disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo policial-militar e coordenam seu funcionamento regular e harmônico, traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do dever por parte de todos e de cada um dos componentes desse organismo”.¹²

Diante das circunstâncias que tangem a profissão militar, este estudo busca relacionar a ocupação dessa distinta classe profissional à prevalência da HAS. Estas peculiaridades,

aliadas aos fatores estressantes inerentes à profissão de enfermagem descritos na literatura, impulsionaram a realização do estudo.

Diante do exposto, é objetivo deste estudo descrever os fatores de risco relacionados à HAS referidos pelos profissionais militares da área da saúde e classificar os níveis pressóricos dos profissionais de acordo com os consensos atuais relacionando-os aos fatores de risco identificados.

O estilo de vida influencia diretamente os fatores de risco, daí sua relevância e levantamento minucioso de hábitos que são considerados prejudiciais à saúde. É necessário conhecer o estilo de vida e contribuir para que ele seja favorável à manutenção da saúde e qualidade de vida.³

Por ser assintomática na maior parte do seu curso, seu diagnóstico e tratamento são negligenciados e parte dos pacientes aderem ao tratamento, havendo baixa adesão. É de fundamental importância para o processo terapêutico e para a prevenção da hipertensão que haja modificações de estilo de vida.^{1,13-14}

A taxa de abandono e grau mais alto de falta de aderência ao tratamento anti-hipertensivo cresce conforme o maior o tempo decorrido após o início da terapêutica. A detecção precoce e a prevenção primária são as formas mais eficazes de evitar as doenças e devem ser as principais metas dos profissionais de saúde. Dentro disso, a enfermagem se destaca, pois, vai utilizar a educação para a saúde que é uma característica do cuidado de enfermagem.²

Entre as diversas atividades que o enfermeiro deve desempenhar podemos citar: capacitar os auxiliares e agentes comunitários; desempenhar a consulta de enfermagem, abordando assuntos como fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, aderência e possíveis intercorrências ao tratamento e, quando necessário, encaminhar o indivíduo ao médico; estabelecer, com a equipe, estratégias que consigam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos em consenso e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe.

1

A inclusão de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, professores de educação física, é vista como muito enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle da HAS.¹

Adequada alimentação, principalmente quanto ao consumo de sal, controle do peso, praticar atividades físicas, uso excessivo de álcool e tabagismo são fatores de risco que se não abordados e controlados adequadamente, mesmo com o uso contínuo de medicamentos não se conseguirá alcançar os níveis desejados de pressão arterial.¹

Com isso, ressalta-se a importância de estudos que identifiquem fatores de risco em populações específicas, a fim de trazer a discussão para o meio acadêmico e voltar aos participantes do estudo os resultados encontrados e propostas mitigadoras.

MÉTODO

Os sujeitos da pesquisa foram 40 profissionais militares do quadro de enfermagem de todas as categorias (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). O cenário do estudo foi o Hospital da Polícia Militar localizado no município do Estado do Rio de Janeiro.

No primeiro contato, foram explicados os propósitos da pesquisa e apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Cada participante preencheu o documento, pois em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos o Conselho Nacional de Saúde Brasileiro (Resolução CNS 196/96, de 16 de outubro de 1996) exige que o sujeito integrante do grupo a ser pesquisado conheça o estudo e dê consentimento às regras do mesmo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Antônio Pedro no ano de 2005, registrado sob o número 044\06, bem como foi autorizado pelos órgãos superiores militares responsáveis pelo hospital.

O instrumento utilizado foi o formulário com roteiro de perguntas estruturado com perguntas abertas e fechadas com quatro seções, quadros divididos por assuntos. Uma seção inicial contou com a caracterização dos sujeitos que visou identificar a idade, sexo, categoria profissional e cor da pele. A seção seguinte indagou sobre o histórico familiar e se o profissional era portador de HAS. Caso houvesse parentes hipertensos na família do participante, deveria ser anotado o grau de parentesco. E caso fosse portador da doença, deveria informar se alguma vez havia sofrido picos hipertensivos e se fazia tratamento medicamentoso.

Uma terceira etapa de coleta de informações abordou os fatores de risco para a HAS, e os participantes deveriam informar aqueles que reconhecessem em seu estilo de vida. Na última parte do questionário, foi indagado sobre a frequência de aferição da pressão arterial realizada pelos sujeitos.

Após entrevista, foram verificados os valores da pressão arterial. Esta aferição foi realizada sem pretensões diagnósticas, pois segundo o Ministério da Saúde do Brasil, para o diagnóstico em indivíduos com PA elevada em uma aferição devem-se repetir medidas de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a sua presença. Este estudo não teve fins diagnósticos, mesmo assim foram confirmados os valores posteriormente no próximo dia de trabalho. ¹

Além de duas medidas da PA, recomenda-se também que as aferições devam ser obtidas em ambos os membros superiores. E em caso de diferença, utilizar sempre o braço de maior pressão - procedimento adotado pelos investigadores. ²

Os participantes tiveram sua PA verificada na posição sentada como recomendam as referidas diretrizes. Em seguida, cada participante foi informado que sua pressão deveria ser reavaliada, levando-se em consideração os critérios de seguimento fornecidos pelas VI DBH para confirmação dos valores mensurados. Foram fornecidas informações adicionais sobre os fatores de risco e sinais/ sintomas de HAS em panfletos criados pelos autores da pesquisa. ²

Cabe ressaltar que, excetuando-se as aferições da pressão arterial realizada ao final da entrevista, todas as informações foram autodeclaradas pelos sujeitos, evitando desta forma quaisquer deduções do entrevistador.

Os formulários foram analisados de maneira a correlacionar as variáveis encontradas. Este tipo de análise permitiu avaliar a relação entre duas variáveis, um fator de risco (variável independente) e uma doença (variável dependente).

Para a análise dos dados, primeiramente, foram apuradas as informações referentes aos fatores de risco associados à HAS - tanto os não modificáveis, quanto os modificáveis -, em seguida, os níveis pressóricos foram classificados de acordo com os valores propostos pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Posteriormente, aqueles que apresentaram níveis elevados de PA tiveram seus fatores de risco agrupados e tabelados. O passo seguinte foi analisar os achados referentes aos portadores declarados de HAS e sua relação com o tratamento da doença.^{9,15}

Os dados foram organizados em gráficos e tabelas numéricas para facilitar a interpretação. Buscou-se relacionar os achados com o referencial teórico sobre o tema, ressaltando a importância da identificação dos fatores de risco para HA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 40 profissionais militares da área de enfermagem que participaram do estudo, 12 sujeitos (30,0%) possuíam idade entre 20 e 30 anos, 22 (55,0%) idade entre 31 e 40 anos e apenas 6 (15,0%) estavam acima de 41 anos. No que tange ao gênero, 25 profissionais (62,5%) eram mulheres, enquanto somente 15 (37,5%) eram homens. Profissionalmente, 10 sujeitos (25,0%) eram enfermeiros, 25 (62,5%) técnicos de enfermagem, e 5 (12,5%) auxiliares de enfermagem.

Observa-se a elevada proporção de técnicos de enfermagem e considerável parcela de enfermeiros na população estudada. O número de profissionais manteve-se conforme o padrão geral relatado por Daher (2000), onde afirma que a enfermagem ocupa, na equipe de saúde, aproximadamente 50,0% da força de trabalho em saúde onde aqueles com formação de nível superior ocupam o menor percentual.¹⁶ Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, o total de profissionais de enfermagem em todo Brasil são 1.449.583, onde desse total correspondem a categoria de enfermeiros 287.119 profissionais (19,81% do total), técnicos de enfermagem 625.862 profissionais (43,18% do total), auxiliares de enfermagem 533.422 profissionais (36,80% do total), parteiras 106 profissionais (0,01% do total) e não informados 3.074 profissionais (0,21% do total).¹⁷

Apurou-se que 32,5% dos participantes demonstraram valores pressóricos considerados normais, 50,0% valores considerados limítrofes e 17,5% comprovaram HAS. Destes, 15,0% evidenciaram HAS estágio 1 e 2,5% HAS estágio 2.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde, em 2002, demonstram prevalência, entre os maiores de 20 anos, de 11,0 a 20,0%. Percebe-se, então, a proximidade dos resultados deste estudo das estatísticas nacionais.¹⁸

De maneira geral as duas metas de pressão arterial sistólica e diastólica reconhecidas pelas diretrizes brasileira, americana, europeia e canadense são abaixo de 140/90 mmHg para a população de hipertensos de baixo risco e de 130/80 mmHg para pacientes diabéticos ou com doença renal.¹⁹

No quadro de Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) em serviço ativo, a enfermagem integra o quadro de auxiliares de saúde. Porém, auxiliares e técnicos de enfermagem fazem parte do corpo de praças, sendo a diferença entre essas categorias a graduação hierárquica. O enfermeiro, no entanto, por possuir nível superior, integra o quadro de oficiais da PMERJ, responsáveis pelo exercício de funções de Comando, de Chefia e de Direção.¹²

Fatores de risco associados à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A determinação da HAS depende de interação complexa de fatores. Esses fatores genericamente são chamados de fatores de risco. Estas características podem ser definidas como aspectos integrantes da vida humana, contribuintes para um resultado perigoso, neste caso a própria doença.

Os fatores de risco identificados foram divididos em duas grandes subcategorias: os não modificáveis e os modificáveis. Os fatores não modificáveis são aspectos biológicos que fogem da capacidade de modificação por parte do indivíduo. Ao contrário, os fatores de risco modificáveis são passíveis de modificação, podendo o sujeito controlá-los, bastando afincamento e determinação. A compreensão das características mutáveis e imutáveis da HAS é necessária para que se possa discutir a interação entre os diversos aspectos que compõem o complexo síndrome da doença.^{1,2,8}

Fatores de risco não modificáveis

Foram considerados no presente estudo como fatores de risco não modificáveis a idade, o sexo, a cor da pele e os antecedentes familiares para a doença. Estes fatores estão fora do estilo de vida, contudo o influenciam no surgimento da doença, devido ao aspecto genético; logo, não podem ser esquecidos na análise da PA.

O primeiro fator de risco constante dos aspectos biológicos analisado é a idade. A idade é um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HAS, devido a alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento.⁸ Pode-se evidenciar que o trabalhador acima de quarenta anos é uma prioridade para ações de intervenção que possam favorecer a prevenção primária e secundária de HAS e DM. Nessas ações, deve-se dar atenção especial à alimentação e à prática de exercícios físicos, favorecendo o controle da obesidade e da dislipidemia.²⁰

A tabela 1 demonstra a distribuição percentual da idade dos sujeitos tendo como média a faixa etária de em que a doença começa a demonstrar os sinais e sintomas ou, em alguns casos, lesões em órgãos-alvo, já que a história natural da HAS possui correlação direta

com indivíduos em idade superior a 40 anos. Do total de 40 entrevistados, 25 eram do sexo feminino (62,5%) e apenas 15 do sexo masculino (37,5%).

A variável idade, quando correlacionada com o sexo demonstra certo grau de influência recíproca no que tange à HAS. A HAS é mais prevalente no homem até aproximadamente os 45 a 50 anos, quando passa, então a prevalecer nas mulheres devido às mudanças hormonais relacionadas ao climatério.^{8,20,21} Ainda em relação ao gênero, a prevalência foi de 30,0% em mulheres e de 35,8% em homens, sendo semelhante à de outros países. Segundo este estudo, em uma revisão sistemática realizada de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, pode-se constatar uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.²²

Tabela 1: Fatores de risco não modificáveis para HAS citados por profissionais militares da área da enfermagem em 2006.

FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS	n	%
Idade dos profissionais		
Menos de 40 anos	8	20,0
Mais de 40 anos	32	80,0
Sexo		
Masculino	15	37,5
Feminino	25	62,5
Cor da pele auto-referida		
Branca	19	47,5
Negra	4	10,0
Parda	12	30,0
Morena	4	10,0
Morena clara	1	2,5

n= número de vezes que foi citado o fator de risco pelos profissionais de saúde

Em ambos os sexos a frequência da hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte.⁸ Em outro estudo, a insuficiência cardíaca (IC) ocupou a terceira posição nos atendimentos de emergência cardiovascular do SUS em Salvador, onde 55,0% dos homens e 67,5% das mulheres apresentaram PAS \geq 140 mmHg e 46,0% dos homens e 65,5% das mulheres tinham PAD \geq 90 mmHg, mostrando uma maior frequência de mulheres com PA acima dos pontos considerados normais.²³

A enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina. Historicamente, as profissões que aglutinavam maior proporção de força de trabalho feminino tinham correlação com a extensão da função reprodutiva da mulher, como o ensino e a enfermagem. Essa desvalorização social de algumas profissões acaba por prejudicar todo o processo produtivo da enfermagem que possui a maioria de sua mão de obra feminina. Acrescenta-se a isso a tripla jornada de trabalho a que estão submetidas muitas mulheres: trabalho produtivo remunerado, trabalho doméstico de cuidado das crianças e dos trabalhadores e trabalho relativo à geração de novos sujeitos sociais sem a participação masculina.²⁴

Em relação à HAS, alguns fatores de risco são exclusivos das mulheres. Por exemplo, o uso de contraceptivos hormonais e a menopausa. Os efeitos decorrentes do climatério na pressão arterial são difíceis de serem avaliados, já que sofrem influências de diversos fatores,

tais como envelhecimento, índice de massa corpórea, classe social e tabagismo. Acredita-se que os hormônios ovarianos podem ser responsáveis pela pressão arterial mais baixa em mulheres pré-climatério e também pelo aumento da pressão arterial em mulheres menopausadas.²⁵

Outro fator de risco não modificável analisado é a cor da pele. Na caracterização da cor da pele dos sujeitos, optou-se por uma abordagem isenta de “pré-conceitos”. Para isso, na entrevista, a questão cor da pele solicitou aos profissionais uma autodefinição sobre a variável investigada.

A população brasileira se autodefine através de quase duzentas cores. A variável cor da pele, portanto, é um dado subjetivo que depende da auto-identificação do indivíduo.²⁶

Em estudo sobre os impactos da HAS e seus fatores de risco na etnia negra, caracterizaram o grupo, selecionando para constituir a amostragem apenas os indivíduos declarados negros e pardos. As autoras inferem que os índices de morbi-mortalidade relacionados com os agravos da HAS são mais elevados, principalmente, nas ditas “minorias sociais”, entre elas a etnia negra. Tomando-se por base a categorização de etnia proposta, e tendo em vista as características semelhantes no que se refere à cor da pele dos entrevistados declarados morenos e morenos claros com as características da cor parda, nota-se a superioridade deste grupo somado, perfazendo 52,5% do total, contra apenas 47,5% dos indivíduos declarados brancos.²⁷

Os níveis de PA tendem a ser mais elevados, inexplicavelmente, em pessoas de cor da pele escura, o desenvolvimento da HAS ocorre de forma mais precoce e grave em comparação ao restante da população. Existem, na literatura sobre o assunto, alguns mecanismos possivelmente responsáveis por essas diferenças da PA em grupos étnicos distintos, como por exemplo, a menor excreção renal de sódio e potássio pelos negros. Porém, todas as explicações, ainda hoje são incipientes.⁸

A prevalência e a gravidade da hipertensão, nos negros, são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. No Brasil os miscigenados são predominantes, podendo diferir dos negros quanto às características da hipertensão¹. Em relação à miscigenação, no Brasil, não se conhece com exatidão, o seu impacto sobre a HAS.²

O último fator de risco não modificável para a HAS abordado foi o histórico familiar. É importante ressaltar que do total de 40 participantes, 31 apresentavam pelo menos um parente hipertenso. Agrupando-se os indivíduos que possuem pai e/ou mãe hipertensos, obtém-se uma parcela de 63,0%, demonstrando um elevado grau de herança genética.

Dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal.²⁸ A grande importância da hereditariedade no aparecimento da HAS diz respeito à correlação com os outros fatores de risco para a doença. “A predisposição genética favorece as interações com os demais fatores de risco, expressando-se a HAS mais freqüentemente nos indivíduos com história familiar positiva”.⁸

Fatores de risco modificáveis

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: controle do consumo de sal e álcool, alimentação saudável, ingestão de potássio e luta contra o sedentarismo e tabagismo. ²

Os fatores de risco modificáveis identificados no estudo foram: uso de contraceptivo hormonal, tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse, ingestão de sal, obesidade e alimentação hipercalórica/hiperprotéica (tabela II).

Assim como a caracterização por cor da pele, a identificação dos fatores de risco modificáveis também foi autodeclarada pelos sujeitos. Os fatores de risco possuem relação direta com o estilo de vida de cada pessoa. Rouquaryol “define estilo de vida como hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo”. ²⁹Esses hábitos e comportamentos definirão, em longo prazo, a expectativa de vida de cada ser humano. A qualidade de vida está diretamente relacionada com a percepção que cada pessoa tem de si e dos outros, do mundo que está a sua volta, podendo ser avaliada mediante critérios apropriados, como a educação, a formação de base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde. ³⁰A seguir, serão descritos os fatores de risco referidos pelos participantes em seu estilo de vida, cada participante pôde referir mais de um item.

Tabela 2: Fatores de risco modificáveis para HAS citados por profissionais militares da área da enfermagem em 2006.

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	n	%
Contraceptivo hormonal	9	8,0
Tabagismo	3	7,5
Etilismo	1	2,0
Sedentarismo	8	21,0
Estresse	10	25,0
Ingestão de sal	4	11,0
Obesidade	3	8,0
Alimentação hipercalórica e hiperprotéica	7	18,0

n= número de vezes que foi citado o fator de risco pelos profissionais de saúde

Contraceptivo hormonal

Das 25 mulheres participantes do estudo, 9 delas (36,0%) faziam uso de contraceptivo hormonal. Em um estudo, o *Nurse's Health Study* acompanhou prospectivamente 68.297 enfermeiras pré-menopáusicas normotensas, por período de quatro anos, com objetivo de monitorar o desenvolvimento de hipertensão. Foi constatado que as enfermeiras que usavam contraceptivos orais apresentaram 80,0% mais chance de desenvolver hipertensão ao serem comparadas com as que nunca tinham usado essa forma de contracepção. Porém, com a retirada da medicação, esse risco foi eliminado quase que totalmente. ³¹

Outro estudo transversal analisou a associação entre contraceptivos orais e controle da pressão em 171 mulheres hipertensas, onde observou que os sujeitos que faziam uso de anticoncepcionais orais tinham pior controle da PA e tendiam a ter hipertensão mais grave do que as que faziam uso de outras práticas contraceptivas ou as que não os usavam. ³²

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a HAS é duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais, especialmente entre as mais idosas e obesas. ¹ Os contraceptivos orais (CO) não devem ser usados por mulheres fumantes acima dos 35 anos, principalmente se portadoras de HAS não controlada, lúpus eritematoso sistêmico e história prévia de doença tromboembólica, pois seu uso está associado a complicações cardiovasculares maiores, embora não seja freqüente, a HAS induzida por CO. Deve-se monitorar a PA de seis em seis meses ou quando a mulher não se sentir bem e ainda, se a PA se elevar significativamente, suspender o seu uso, providenciando outro método contraceptivo alternativo. Caso não haja outra forma de aplicação de contracepção, manter o contraceptivo oral e considerar o uso de anti-hipertensivos para controle da PA. ² O III Consenso Brasileiro de Hipertensão considera os contraceptivos hormonais como possíveis causadores de hipertensão arterial. Afirma ainda que “embora não haja contra-indicação formal, o uso de anticoncepcionais orais deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de hipertensão arterial. Em mulheres com mais de 35 anos e fumantes irreduzíveis, o anticoncepcional oral está formalmente contra-indicado [...]”. ⁴

Tendo como base as recomendações do III CBH, quanto às contra-indicações de contraceptivos, notou-se que das 9 mulheres que declararam fazer uso do medicamento, uma fumava e outra se definia como obesa. A faixa etária dessas mulheres encontrava-se em uma média de 31 anos. ⁴

Os contraceptivos hormonais orais podem induzir a HAS, mas a interrupção da utilização do medicamento por aproximadamente três meses, tende a restabelecer os níveis pressóricos aos valores normais³³. Caso a PA não retorne aos valores normais dentro de três meses, tratar adequadamente e proceder à investigação diagnóstica apropriada. ²

Tabagismo

A proporção de fumantes entre os entrevistados foi de 7,0%. O uso do tabaco foi constatado superiormente nos homens. Do total dos fumantes, 87,5% eram homens e 12,5% mulheres. Porém, o tabagismo está mais relacionado à elevação da PA em mulheres do que em homens. Em avaliação feita por MAPA, a PA sistólica de hipertensos que fumam foi consideravelmente mais elevada que em não-fumantes, mostrando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Isso mostra que os hipertensos que fumam devem ser insistentemente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas específicas. ¹

O III CBH ressalta que “ainda que a pressão arterial e a freqüência cardíaca se elevem durante o ato de fumar, o uso prolongado de nicotina não se associa a maior prevalência de hipertensão. Além do risco aumentado para a doença coronariana associada ao tabagismo, indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco 5 vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes. Adicionalmente, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de

drogas anti-hipertensivas. ” Logo, fumar pode contribuir para um prognóstico ruim para hipertensão e seus agravos. ⁴

Mesmo que não se considere o uso do tabaco como sendo um fator de risco, em contrapartida, o tabagismo está associado a muitas mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. É comprovadamente um fator de risco real não só para o câncer de pulmão, enfisema e bronquite, como também para doença coronariana, cerebral e vascular periférica. O fator vasoconstrição é o mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose. Em relação à coronariopatia, aproximadamente 40% do aumento de risco desaparecem após cinco anos de interrupção do hábito, porém, sejam necessários vários anos a mais para que sejam atingidos os níveis da pessoa que nunca fumou”. ³⁴

A nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica. Aumenta também a capacidade orgânica em formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. ³³

Etilismo

Assim como o uso do tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas é muito comum no Brasil. Contudo, na população estudada, apenas 2,0% demonstraram a ingestão de bebidas alcoólicas. O fato de a entrevista ter sido realizada em um ambiente de trabalho militar pode ter influenciado na resposta. O consumo de álcool eleva a PA tanto agudo quanto cronicamente. ³⁵

“Padrões de consumo e comportamento são os principais fatores de risco para HAS, dentre eles o consumo excessivo de bebidas alcoólicas”. ⁸

O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, mas quando o consumo é suspenso, os níveis pressóricos retornam ao normal. ³³

O etilismo se não evitado, deve ser controlado. Os consumidores de álcool são instruídos a ingerir bebidas alcoólicas em um limite de 30 g álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (6,0% de álcool, 650 ml), = 2 taças de vinho (12,0% de álcool, 150ml) = 2 doses (40,0% de álcool, 50 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente), sendo a metade dessa quantidade permitida para as mulheres. Essa orientação foi feita, pois, em indivíduos hipertensos, o consumo de álcool, agudo e dependentemente da dose, apesar de reduzir a PA, provoca elevação algumas horas após seu consumo. ²

Sedentarismo, hábitos alimentares e obesidade

Sedentarismo, precários hábitos alimentares e obesidade caminham juntos no sentido contrário à saúde. Portanto, é quase impossível analisar um separado dos outros dois. O sedentarismo aliado ao consumo de alimentos hipercalóricos e hiperprotéicos tende a gerar obesidade. Por estarem intimamente ligados, estes três aspectos do estilo de vida foram analisados buscando-se uma relação direta.

Em relação ao sedentarismo, 21,0% dos sujeitos consideram este fator de risco como sendo integrante do seu estilo de vida, sendo o segundo mais declarado pelos participantes. Num estudo identificou-se que 27,7% estavam com nível de colesterol acima 200mg/dl. ¹¹ O sedentarismo é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular nas sociedades

modernas. Os incrementos trazidos pela revolução tecnológica facilitaram a vida dos indivíduos em todo o mundo, na mesma proporção que trouxeram o comodismo e a inatividade física. O controle remoto, os elevadores, os vidros elétricos dos carros são alguns exemplos presentes no cotidiano.²⁵

Quanto à alimentação, 18,0% dos sujeitos a reconhecem como sendo hipercalórica e hiperprotéica. Dificilmente, hoje em dia, os indivíduos almoçam em sua casa alimentos saudáveis como há alguns anos atrás. Em parte, isto se deve à correria da vida moderna e a inclusão maciça das mulheres no mercado de trabalho. Ao invés de se alimentarem de forma correta, as pessoas optam por fazer lanches, em sua maioria, muito calóricos (caloria vazia) e com gorduras em excesso. Assim, uma dieta equilibrada deve conter baixo teor de gordura, principalmente saturadas, baixo teor de colesterol e sódio e elevado teor de potássio e fibras.

36

A dieta exerce um papel importante no controle da hipertensão arterial. A dieta com menor teor de sódio (< 2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio) baseada, por exemplo, em frutas, verduras e cereais integrais, assim como, quantidade reduzida de gorduras saturadas, por exemplo, mostrou ser capaz de diminuir a pressão arterial em hipertensos.¹

Os obesos remontam 8,0% do total dos sujeitos da pesquisa. O Ministério da Saúde do Brasil afirma que o excesso de peso é um fator predisponente para a HAS. Estima-se que 20,0% a 30,0% da prevalência de HAS pode ser explicada por essa associação. A obesidade central ou andróide, caracterizada pela distribuição de gordura com localização predominantemente no abdome, parece ser um fator preditivo maior para as doenças cardiovasculares do que a obesidade generalizada, uma vez que está associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. A diminuição da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, que é explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.¹

Uma pesquisa feita sobre ocorrência de hipertensão arterial em militares da Força Aérea Brasileira (FAB) demonstrou que entre os sujeitos obesos, a prevalência foi o dobro da averiguada entre indivíduos com sobrepeso e o triplo a de indivíduos eutróficos.³⁷

Tomando a obesidade como produto da interação entre sedentarismo e precários hábitos alimentares, os dados obtidos foram analisados no sentido de verificar a associação do total de obesos com os outros dois fatores.

Tabela 3: Associação entre fatores de risco

OBESIDADE, SEDENTARISMO E MÁ-ALIMENTAÇÃO	%
Obesidade + sedentarismo	67,0
Obesidade + má alimentação	78,0
Obesidade + sedentarismo + má-alimentação	44,0

Do total de obesos, 67,0% demonstraram sedentarismo associado, 78,0% afirmam ter alimentação hipercalórica e hiperprotéica e 44,0% evidenciaram ter os três fatores de risco associados ao seu estilo de vida. Nota-se, portanto, apesar de um número reduzido de obesos

entre a população estudada, uma estreita relação entre hábitos alimentares desequilibrados, falta de exercício físico e excesso de peso. Os três fatores de risco independentes são considerados como preditivos para a HAS. Estudos epidemiológicos indicam que a obesidade é um importante e independente fator de risco para hipertensão. Considerando-se a tripla associação de fatores, percebem-se os perigos a que está exposta a população obesa estudada.³⁸

“O exercício físico crônico de baixa a moderada intensidade provoca alterações autonômicas importantes que acabam influenciando, sobremaneira, os níveis pressóricos. Por essa razão, o exercício físico regular deve ser incluído como uma conduta não-farmacológica no tratamento da hipertensão arterial”.³⁹

A prevalência de hipertensão arterial entre os indivíduos que praticavam atividade física regularmente foi 52,0% menor em relação aos indivíduos sedentários.³⁷

A recomendação da atividade física se baseia usando parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo como é realizado. Onde, a atividade física deve ser praticada por pelo menos 30 minutos, tendo uma intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana de forma contínua ou acumulada. Ressalta-se que o efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela desempenhada de maneira contínua, ou seja, os trinta minutos podem ser realizados em uma única etapa ou em duas de 15 minutos ou em até três sessões de 10 minutos.¹

Indivíduos obesos devem iniciar programas de exercícios físicos regulares, desde que tenham sido submetidos a uma avaliação clínica prévia e sua interrupção deve ocorrer na presença de sintomas. Em hipertensos, o treinamento não deve ocorrer se as pressões arteriais sistólica e diastólica estiverem superiores a 160 e/ou 105 mmHg, respectivamente.² Além de diminuir a pressão arterial, o exercício físico pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral. Além disso, devem iniciar práticas alimentares equilibradas e com teores moderados de gorduras, colesterol e sódio.

Estresse

Estresse é definido como uma “relação entre a pessoa e o ambiente que é percebida pela pessoa como sobrecarregando ou sobrepujando seus recursos e colocando em risco seu bem-estar”.⁴⁰ Os diferentes modos pelos quais os indivíduos percebem, interpretam e reagem aos fatores considerados estressantes condicionam a variação na adaptação comportamental e determinam quem é que reage de maneira insatisfatória, tornando-se hipertenso. Assim, pessoas podem reagir diferentemente, de modo que uma sucessão de eventos estressantes pode ser intolerável para uma pessoa e suportável para outra. Desta forma, para se conceituar o estresse tem que se considerar as propriedades da pessoa em relação ao ambiente.³

De todos os fatores de risco declarados, o estresse ficou em primeiro lugar denotando 25% do total de profissionais. O estresse pode aumentar a pressão arterial, mas não está comprovado o seu papel na gênese da hipertensão. Uma consideração importante no que tange às tensões no trabalho é a questão do gênero. O estresse foi citado como integrante do estilo de vida por 72% das mulheres e por 67% dos homens. Em pesquisa, apontou-se 19,1% como estressados, mostrando um valor semelhante ao do estudo.¹¹

O estresse apresenta uma grande incidência nos dois sexos, porém é maior nas mulheres. Isto pode ser explicado pela questão da tripla jornada de trabalho que diminui o seu tempo de lazer e impede que elas usufruam momentos de relaxamento.

Dois estudos sobre reatividade cardiovascular, sendo um com 58 pacientes com HAS e outro com 80 adultos, mostraram que o hipertenso exibe aumentos de pressão significativos ao ser submetido a sessões experimentais de estresse emocional. Sendo que no último estudo observou-se um maior aumento pressórico quando o hipertenso era levado a expressar de maneira direta os seus sentimentos.⁴¹

Percebe-se que existem vários modos de interpretação o estresse e as consequências deste. Observa-se nos relatos que o estresse pode ser definido como um sintoma de doença ou o contrário, como agente causador da doença.⁴²

Dessa forma, urge a necessidade de se realizar trabalhos que enfatizem o papel do enfermeiro, bem como de todos profissionais de saúde, na prevenção e detecção precoce da hipertensão arterial e da diminuição do estresse no trabalho.⁴³

A jornada do profissional de enfermagem é estressante devido às próprias características do trabalho. Quando se traz o foco para os profissionais militares, percebe-se que a rigidez e hierarquia podem influenciar ainda mais no estresse desse profissional e, conseqüentemente, contribuir para alterações nos níveis de pressão arterial, pois “existem inúmeras razões que estão mais relacionadas ao modo de viver de cada um, que se apóiam na cultura, nas crenças e nos valores que são compartilhados coletivamente. Essa combinação de aspectos individuais e coletivos, associada a outros fatores de diferentes naturezas, como é o caso das reações emocionais provocadas pelo enfrentamento de determinadas situações, ou mesmo da compreensão que se tem da própria vida, ajuda a compor um quadro demonstrativo do quanto é complexo pensar a saúde e falar de um modo de viver saudável”.

18

“O estudo da inter-relação entre estresse mental e HA é complexo, pois muitas outras variáveis (fatores genéticos, dieta, exercício físico, peso etc.) podem influenciar no aparecimento da hipertensão, devendo, portanto, ser controladas para que se possa avaliar a real contribuição dos fatores psicoemocionais na gênese da doença. A dificuldade em controlar essas variáveis interatuantes pode explicar em parte a variabilidade dos achados relatados. Outra dificuldade seria a quantificação do estresse”.³

A prevalência de hipertensão arterial pode ser até cinco vezes maior em alguns grupos de indivíduos que trabalham ou vivem em situações estressantes, quando comparados com aqueles afastados dessas situações. Observações clínicas sugerem que hipertensos e indivíduos com predisposição para desenvolver hipertensão apresentam mais estresse e respondem de forma diferente a ele.^{3,11,37}

Consumo de sódio

O abuso na utilização de sal (cloreto de sódio) na alimentação foi referenciado por 11,0% dos entrevistados. A HAS pode ter seu mecanismo patológico desencadeado por uma hipersensibilidade genética do sistema regulador da PA, que face a presença de quantidades médias ou altas de sal e/ou estresse provocaria a doença. Ou seja, basta uma ação continuada dos fatores ambientais (sal e estresse) para provocar a síndrome.²¹

Baseado no exposto pode-se verificar a associação entre a ingestão de sal e o estresse entre os sujeitos. Do total, quase 62,0% demonstraram ingerir sal em excesso na alimentação e ainda se consideraram estressados. Em relação ao gênero, 77,0% dos que declararam consumo excessivo de sal eram mulheres, enquanto 23,0% eram homens.

Ao lado do controle de peso e da atividade física regular, reduzir a ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto na prevenção da hipertensão, pois se associa à menor elevação anual da PA.²

Classificação dos valores pressóricos dos sujeitos

A última das etapas de análise dos dados foi à verificação da PA dos participantes do estudo. A tabela 4 demonstra as classificações obtidas na aferição da PA dos participantes logo após a entrevista.

Tabela 4: Classificação da PA dos sujeitos segundo Ministério da Saúde do Brasil (2006)

CLASSIFICAÇÃO	N	%
Normal (< 120/< 80)	13	32,5
Pré-hipertenso (120-139/80-89)	20	50,0%
▼ HIPERTENSÃO ▼		
Estágio 1 (leve) (140 - 159/90 - 99)	6	15,0%
Estágio 2 (moderada) ($\geq 160 / \geq 100$)	1	2,5

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabeleceu o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situaram-se em categorias diferentes, a maior foi utilizada para a classificação do estágio.

A HAS é comprovadamente uma condição multifatorial. Para se compreender melhor o panorama múltiplo de fatores que interferem no aparecimento da doença, aqueles indivíduos que apresentaram níveis pressóricos alterados a partir da classificação limítrofe tiveram seus fatores de risco quantificados e agrupados. Daqueles que apresentavam níveis alterados de PA, 17,0% demonstraram até dois fatores de risco associados, 33,0% de três a quatro, e 50,0% comprovaram de cinco a seis fatores de risco associados.

A quantificação levou em consideração apenas a associação numérica. A experiência prática mostra que pacientes hipertensos geralmente possuem vários fatores de risco, contribuindo para o complexo síndrome da HAS. Fato este observado também nos dados obtidos com o estudo.

CONCLUSÃO

O estudo versou sobre a HAS, ma doença crônica que atinge milhares de pessoas em todo o mundo. Como toda doença crônica, a HAS não tem cura, mas seus prejuízos ao organismo podem ser evitados. Porém, o controle precoce da doença - alvo principal da abordagem multiprofissional - é difícil, visto que para isso o estilo de vida de cada indivíduo deve ser conhecido e o incentivo a mudanças positivas deve ser realizado. Então, por exemplo: dizer a uma pessoa que sempre foi sedentária que ela precisa praticar exercícios físicos pode não causar grandes efeitos, na medida em que o seu organismo “acostumou-se” com esta condição. Por isso, o desafio da prevenção e controle da doença é conseguir que os portadores entendam sua condição de doente e participem ativamente deste processo, seja evitando hábitos de vida perigosos ou simplesmente aderindo ao tratamento proposto. Bem como, antes mesmo do surgimento da doença os hábitos de vida negativos sejam controlados ou eliminados.

A visão de que se deve esperar ficar doente para ser tratado deve eliminada da sociedade, pois até mesmo os profissionais de saúde, muitas vezes, por influência do sistema que atende a doença, termina por negligenciar o conhecimento científico e sua capacidade de planejamento e gestão sobre sua própria saúde.

Em relação ao primeiro objetivo do trabalho, variados fatores de risco foram identificados na população estudada. Quanto aos fatores considerados não-modificáveis, nota-se uma superioridade de indivíduos de etnia negra, mulheres e em idade jovem (abaixo de 40 anos). Destes três, apenas a cor da pele preocupa no que tange ao surgimento da HAS, isto porque, apesar de um grande número de mulheres, a idade colabora para a prevenção da doença. Contudo, mais da metade dos entrevistados possuem pai e/ou mãe hipertensa. Estes fatores identificados não podem ser evitados ou prevenidos. Porém, há a necessidade de que os profissionais compreendam suas características genéticas e entendam que os demais fatores de risco para a doença encontram terreno fértil em seus organismos, numa proporção maior do que aqueles que não os possuem.

Dos fatores de risco modificáveis, o estresse foi o mais encontrado como constante do estilo de vida dos profissionais. Destes, um quarto do total referiu possuir um cotidiano estressante. Em segundo lugar, o sedentarismo aparece com mais de 20,0%, valor próximo ao da má-alimentação declarada pelos profissionais militares. Estresse, sedentarismo e alimentação desequilibrada parece ser uma constante do cotidiano dos participantes. Apesar de um grande número de sedentários e indivíduos que praticam uma dieta desregulada, entretanto o percentual de obesos não chegou a 10,0%.

O tabagismo foi declarado por 7,0% dos entrevistados, sendo a maior parcela de indivíduos do sexo masculino. Muitos autores não consideram o uso do tabaco como fator de risco para a HAS e sim como um fator de prognóstico para a doença. Contudo, independente do gênero, o uso do tabaco deve ser gradativa e repetidamente desestimulado por meio de aconselhamentos e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Considerando o gênero, entre as mulheres o uso de contraceptivos hormonais foi de 36,0%. Deste percentual, poucas mulheres consideram-se obesas e/ou fumavam concomitantemente. Apesar disto, as alterações hormonais no organismo de mulheres, que fazem este tipo de tratamento, podem levar a um aumento no número de hipertensas de duas a três vezes em relação às que não utilizam o medicamento. Levando-se em consideração que

a idade desta população se encontrou em uma média de 31 anos, fica fácil perceber que, se medidas no sentido da interrupção do uso de contraceptivos hormonais não forem tomadas, em alguns anos o índice de hipertensos nestas mulheres pode se elevar exponencialmente.

O acréscimo de sal nos alimentos não foi indicado como um hábito constante. Porém, fica a dúvida em relação à quantidade real de consumo de sal, pois conceitos de pouco, muito e médio são variáveis de pessoa para pessoa. Assim, estudos devem ser realizados no sentido de se encontrar uma medida caseira que expresse realmente os valores permitidos para o consumo.

O etilismo foi o fator de risco menos citado pelos sujeitos. Mas, assim como na medida real de sal na alimentação, fica a dúvida da quantidade real da ingestão de bebidas alcoólicas.

Os dados demonstram um estilo de vida perigoso, que além de contribuir para a incidência de HAS pode estar ligado a inúmeras doenças cardiovasculares, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio e o AVE. Dessa forma, o estudo demonstrou que, se os estilos de vida dos profissionais não forem mudados, o aparecimento de HAS nesta população é quase dado como certo.

Quanto ao segundo objetivo, considerando-se como ponto de corte uma PA acima de 140 / 90 mm Hg, os indivíduos que apresentavam níveis tencionais elevados encontrou-se uma faixa de quase 18,0%. No Brasil, a HAS atinge uma parcela de 20% da população total. Ou seja, os dados do estudo ratificam os índices nacionais para a HAS. Contudo, o que preocupa é a presença de muitos fatores de risco associados para a doença.

De todos os entrevistados, metade referiu mais de cinco fatores de risco associados. E a prática clínica demonstra que, em indivíduos hipertensos dificilmente encontra-se apenas um fator de risco presente. Portanto, os profissionais estudados necessitam de orientações precisas sobre os aspectos nocivos da HAS. Essas orientações podem ser implementadas através de programas de educação em saúde. A realização de palestras específicas sobre o assunto, a distribuição de panfletos explicativos, a criação de eventos regulares sobre prevenção e controle da HAS e a monitorização freqüente dos fatores de risco com ênfase na modificação do estilo de vida, podem ser medidas que contribuirão para a busca de uma melhor qualidade de vida para os profissionais.

A contribuição da instituição Polícia Militar e de seus sujeitos foram de fundamental importância para a realização e conclusão deste estudo. Acredita-se que o trabalho subsidiará outros estudos na busca da prevenção e controle da HAS em trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 2 Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.
- 3 Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Rev. Eletr. Enferm. 2004; 6(3): 330-335.
- 4 Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Endocrinol Metab. 1999; 43(4): 257-286.
- 5 Sociedade Mineira de Cardiologia. Hipertensão: assassina silenciosa. Interativa. 2009; 2(6): 5-7.
- 6 Borges BLC. Comprometimento da função renal em pacientes cadastrados no programa hiperdia do município de Dourados, Mato Grosso do Sul-Brasil, 2009 [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
- 7 Magrini DW, Martini JG. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. Glob. 2012; 11(26).
- 8 Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
- 9 Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Diretrizes para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial. Arq Bras Cardiol. 2001; 77(4): 384-389.
- 10 Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Histórico e cuidados aos pacientes com hipertensão. In: _____. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 862-874.
- 11 Maia CO, Goldmeier S, Moraes MA, Boaz MR, Azzolin K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2): 138-142.
- 12 Rio de Janeiro. Lei n. 443, de 1º de julho de 1981. Dispõe sobre o estatuto dos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.
- 13 Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Bras. Med. Fam. e Com. 2006; 2(7): 165-176.
- 14 Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife (PE, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(2): 623-633.
- 15 Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemia e diretriz de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2001; 77 (supl.3): 1-48.
- 16 Daher DV. Por detrás da chama da lâmpada. Niterói: Ed. UFF; 2000.

- 17 Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Business Intelligence. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais. Brasília: Cofen; 2011.
- 18 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 19 Neves MF, Kasal DAB. O que dizem as diretrizes brasileira, americana, europeia e canadense em relação às metas? *Rev Bras Hipertens*. 2010; 17(3):178-181.
- 20 Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arq. Bras. Cardiol*. 2006; 87(4): 471-479.
- 21 Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1):31-35.
- 22 Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension*. 2009; 27(5): 963-975.
- 23 Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001; 8(4): 383-92.
- 24 Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2005; 39(4): 450-459.
- 25 Irigoyen MC, Lacchini S, De Angelis K, Michelini LC. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? *Rev Soc Bras Cardiol Estado de São Paulo*. 2003; 13(1): 20-45.
- 26 Praxedes RR. Cor e segregação no Brasil. *Rev Espaço Acadêmico*. 2003; 3(27).
- 27 Cruz ICF, Lima R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovasculares. *Rev Enferm UERJ*. 1999; 7(1): 41-44.
- 28 Barreto-Filho JAS, Krieger JE. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica? *Rev. Soc. Bras. Cardiol. Estado de São Paulo*. 2003; 13(1): 46-55.
- 29 Rouquaryol MZ, Filho NA. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. *Epidemiologia e saúde*. 5 Ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2003. p. 15-31.
- 30 Leal CMS. Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Universidade dos Açores; 2008.
- 31 Chasan-Taber L, Willet WC, Manson JE et al. Prospective study of oral contraceptives and hypertension among women in the United States. *Circulation*. 1996; 94(3): 483-489.
- 32 Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*. 2003; 67(1): 19-24.
- 33 Carvalho JGR. Hipertensão arterial secundária. *Medicina Ribeirão Preto*. 1996; 29: 220-231.
- 34 Friedewald W.T. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. In: Gill et al. *Cecil tratado de medicina interna*. 20 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 189-191
- 35 Oparil S. Hipertensão arterial. In: Gill et al. *Cecil tratado de medicina interna*. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 285-301.
- 36 Nettina SM. Prática de enfermagem. 7 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- 37 Wenzel D, Souza JMP, Souza SB. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5): 789-795.
- 38 Mano R. Manuais de cardiologia. Disponível em: <www.manuaisdecardiologia.com/>. Acessado em: 10, 15, 20, 21 e 27 de maio de 2006.
- 39 Brum PC, Silva GJJ, Moreira ED, Ida F, Negrão CE, Krieger EM. Exercise training increases baroreceptor gain sensitivity in normal and hypertensive rats. *Hypertension*. 2000; 36: 1018-1022.

40 Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

41 Lipp MEN. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. Rev Bras Hipertens. 2007; 14(2): 89-93.

42 Vicente NG, Ferreira LA, Rezende MP et al. Percepção do estresse ocupacional por bombeiros militares de uma cidade do interior de Minas Gerais. J. Res.: Fundam. Care Online 2013. Jul./Set. 5(3):75-84.

43 Tibúrcio MP, Torres GV, Enders BC et al. Análise contextual da mensuração da pressão arterial na prática clínica. J. Res.: Fundam. Care. Online 2013. Jul./Set. 5(3):328-336.



Recebido em: 03/04/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/09/2015
Publicado em: 07/01/2016

Endereço de contato dos autores:
Jorge Luiz Lima da Silva
Universidade Federal Fluminense - Rua Dr. Celestino, 74, Niterói - RJ
(21) 2629-9484
E-mail: jorgeluilima@gmail.com