

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO CONCELHO DE VILA VELHA DE RÓDÃO

PREVALENCE OF HYPERTENSION IN THE MUNICIPALITY OF VILA VELHA DE RÓDÃO

Ribeiro, Ana Rita¹; Coelho, Patrícia²; Pires, Joana³; Rodrigues, Francisco José Barbas⁴

1. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, BSc; anaritaribeiro01@hotmail.com

2. Sport, Health & Exercise Unit (SHERU), Qualidade de Vida no Mundo Rural (Qrural), Instituto Politécnico de Castelo Branco, Pb;

3. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, MSc, PhD Student;

4. Qualidade de Vida no Mundo Rural (Qrural), Sport, Health & Exercise Unit (SHERU), Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD

<https://doi.org/10.58043/rpbr.114>

Resumo

Introdução: As doenças cerebrocardiovasculares são um grande flagelo mundial, sendo as principais responsáveis pelas mortes em Portugal. A alta prevalência e incidência das doenças cerebrocardiovasculares estão diretamente ligadas a diversos fatores de risco que contribuem para um descontrolo da Pressão Arterial.

Objetivos: Este estudo tem como principal objetivo estudar a prevalência da Hipertensão Arterial no concelho de Vila Velha de Ródão e relacioná-la com outros fatores de risco cerebrocardiovasculares.

Material e Métodos: Estudo do tipo prospetivo, observacional e quantitativo, com recolha da amostra de forma aleatória por clusters, constituída por 795 indivíduos adultos com idades superiores a 18 anos e residentes na zona em estudo. Foram recolhidos dados antropométricos, da pressão arterial e aplicado o questionário da investigação. Foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para tratamento dos dados.

Resultados: Amostra constituída por 795 indivíduos, 53,1% do sexo feminino e 46,9% do sexo masculino. A idade mínima foi de 18 anos de idade e máxima de 99 anos, sendo a média de 56,98 anos e desvio-padrão de 18,521 anos. Verificou-se que nesta população os três fatores de risco mais prevalentes foram o sedentarismo com 80,3%; o IMC $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$ com 59,1% e a ingestão de álcool com 52,5%. A prevalência de Hipertensão Arterial neste concelho foi de 45% que teve relação estatisticamente significativo com todos os fatores de risco estudados, exceto a história familiar de doença cardíaca e o alcoolismo que foi marginalmente significativo.

Conclusões: Mais de metade da população é obesa ou tem excesso de peso. Existe uma significativa prevalência Hipertensão Arterial no concelho estudado.

Abstract

Introduction: Cerebrocardiovascular diseases are a major global scourge, being responsible for huge deaths. These are chronic, non-infectious diseases that develop silently throughout life. The high prevalence and incidence of Cerebrocardiovascular diseases are directly linked to several risk factors that contribute to uncontrolled blood pressure. Along these lines, the Beira Baixa Blood Pressure Program was created, which aims to assess blood pressure in the population residing in the Municipality of Vila Velha de Ródão, in order to make its inhabitants aware of this scourge.

Objectives: The main objective of this study is to evaluate Blood Pressure in the municipality of Vila Velha de Ródão and relate it to other cerebro-cardiovascular risk factors. It is also intended to alert the population to this problem by making them aware of the risks inherent in high blood pressure.

Material and Methods: Prospective, observational and quantitative study, with sample collection randomly by clusters, consisting of 795 adult individuals aged over 18 years and residing in the area under study. Anthropometric data and other information pertinent to this study were collected. The statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) was used for data processing.

Results: Sample made up of 795 individuals, 53.1% female and 46.9% male. The minimum age was 18 years and the maximum was 99 years, with a mean of 56.98 years and standard deviation of 18.521 years. It was found that in this population the three most prevalent risk factors were sedentary lifestyle with 80.3%; BMI $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$ with 59.1% and alcohol intake with 52.5%. The prevalence of Hypertension in this municipality was 45%, which was statistically significant with all the risk factors studied, except family history of heart disease and alcoholism, which was marginally significant.

Conclusions: More than half of the population is obese or overweight. There is a significant prevalence of Arterial Hypertension in the municipality studied

Palavras-Chave:

Pressão Arterial,
Hipertensão Arterial,
Fatores de Risco,
doenças cerebrocardiovasculares

Keywords:

Blood Pressure,
Arterial Hypertension,
Risk Factors,
cerebrovascular
diseases



Introdução

As Doenças Cerebrocardiovasculares (DCCV) são doenças crônicas e não infecciosas que se desenvolvem silenciosamente ao longo da vida como o caso do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (1,2), em 2019 foram responsáveis por cerca de 17,9 milhões de óbitos a nível mundial, tendo em Portugal atingido cerca de 33587 pessoas (3).

A alta prevalência e incidência das DCCV estão ligadas a diversos fatores de risco (FR) que contribuem para o descontrolo da PA. Em 2020, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge revelou um estudo na população portuguesa sobre a prevalência dos FR para as DCCV em que 71,3% dos indivíduos tinham uma dieta inadequada; 62,1% sofria de pré obesidade ou obesidade; 43,1% eram hipertensos; 29,2% eram sedentários; 25,4% eram fumadores; 18,8% consumiam álcool em excesso; 31,5% tinham hipercolesterolemia; 11,8% tinham histórico familiar para DCCV prematura e 8,9% eram diabéticos. Também foi concluído que aproximadamente 68% da população apresentava dois ou mais FR para as DCCV e 22% apresentava quatro ou mais FR, sendo os de maior relevância a Diabetes Mellitus (DM), hipercolesterolemia, a Hipertensão Arterial (HTA), a pré-obesidade/obesidade e o tabagismo (4).

A pressão arterial (PA) está descrita como a pressão que o sangue faz sobre as paredes internas das artérias, encontrando-se diretamente relacionada com o ciclo cardíaco, ou seja, sístole e diástole. A sua avaliação consiste em dois valores: Pressão Arterial Sistólica (PAS) quando o coração se contrai ocorrendo a injeção de sangue para dentro das artérias e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) que é quando ocorre o esvaziamento do coração.

Segundo as Guidelines de 2018 da European Society of Hypertension (ESH) e da European Society of Cardiology (ESC), os intervalos dos valores considerados normais da PAS e PAD são respetivamente, 120- 129 e 80- 84 (5). Os valores fora deste intervalo requerem uma atenção especial, uma vez que, predispõe para o aparecimento de patologias do foro cerebrocardiovascular. É importante a consciencialização da população para a adoção de um estilo de vida saudável de forma a evitar este tipo de eventos patológicos.

De acordo com a ESH e a ESC, a HTA é uma doença crónica, onde existe um aumento atípico da pressão

sanguínea na parede das artérias é um fator que predispõe para os riscos das DCCV, que por sua vez pode ser consequência de múltiplos fatores de risco. Quando descontrolada pode suscitar numerosas complicações como o EAM; insuficiência cardíaca, batimentos cardíacos irregulares ou insuficiência renal (6).

Objetivo

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a prevalência da HTA no Concelho de Vila Velha de Ródão e fazer a sua relação com fatores de risco cerebrocardiovasculares.

Materiais e Métodos

TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo prospetivo, observacional e quantitativo, com recolha da amostra de forma aleatória por clusters, constituída por 795 indivíduos adultos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Definiu-se como critérios de inclusão indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos e residentes no concelho de Vila Velha de Ródão.

PROTOCOLO DO ESTUDO

Os indivíduos das ruas selecionadas foram abordados nas suas habitações e convidados a participar no estudo de forma voluntária onde foi explicado minuciosamente o que ia acontecer e esclarecido os riscos e benefícios em participar no estudo e que a qualquer momento podia desistir, sem nenhuma consequência. Se aceitassem, os participantes tinham de assinar, obrigatoriamente, um consentimento informado e preencher um breve questionário, para avaliar os fatores de risco existentes, onde tiveram de responder a algumas perguntas para averiguar os fatores de risco.

Considerou-se como fatores de risco modificáveis a obesidade, presença de Patologia Cardíaca, presença de HTA, Hipercolesterolemia, DM, tabagismo, alcoolismo, a prática de exercício físico/ sedentarismo e a obesidade que foram as nossas variáveis qualitativas e como não modificáveis a hereditariedade, o sexo e a idade, sendo as nossas variáveis quantitativas. Depois iniciou-se a recolha de dados antropométricos como o peso e a altura. Na aferição do peso foi pedido ao sujeito para se descalçar e subir para a balança devidamente calibrada, para ser

registado o seu valor. Depois a medição da altura onde o indivíduo, em posição ortostática e encostado ao estadiómetro, com os braços pendentes ao longo do corpo, coluna direita, calcanhares unidos com as pontas dos pés afastadas e cabeça a 90° do chão e olhos num ponto fixo. O resultado desta leitura foi registado numa folha com os dados do sujeito. Posteriormente foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) onde os sujeitos foram agrupados em classes de acordo com a classificação da OMS (7), conforme tabela 1. Prosseguiu-se para a avaliação dos valores da PA com o indivíduo sentado, em repouso e relaxado. Esta foi avaliada três vezes com um intervalo de tempo de cinco minutos entre cada uma, sendo posteriormente contado para o estudo a média destes 3 momentos. O

protocolo para a avaliação da PA seguiu os passos:

- Pacientes sentados, relaxados e pernas não cruzadas com um tempo de repouso de pelo menos 5 a 10 minutos num local calmo e a uma temperatura normal;
- O tamanho da braçadeira foi ajustado de acordo com a circunferência do braço do indivíduo e avaliada no braço não dominante.
- Braços apoiados numa superfície de apoio à mesma altura que o coração.
- Palpou-se a artéria braquial e a braçadeira foi aplicada 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
- Os valores da PA foram obtidos de forma automática e posteriormente registados e categorizados de acordo com os valores apresentados na tabela 2.

Tabela 1 - Categorização do Índice de Massa Corporal

IMC (Kg/ m ²)	Referência
≤ 18,5	Baixo peso
18,5- 24,9	Peso normal
25 a 29,9	Excesso de peso
30- 34,9	Obesidade grau I
35- 39,9	Obesidade grau II
40 ou mais	Obesidade grau III

Fonte: Adaptado da Organização Mundial de Saúde (8)

Tabela 2- Classificação da Pressão arterial

Classificação da PA considerando medição no consultório (mmHg)		
Categoria	Sistólica	Diastólica
Ótima	<120	< 80
Normal	120- 129	80- 84
Normal alta	130- 139	85- 89
HTA grau 1	140- 159	90- 99
HTA grau 2	160- 179	100- 109
HTA grau 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

Fonte: Adaptado Sociedade Portuguesa de Hipertensão (9)



VARIÁVEIS RECOLHIDAS

Como mencionado, as variáveis deste estudo dividiram-se entre qualitativas e quantitativas, sendo as qualitativas: o Sedentarismo; Sexo; Tabagismo; Alcoolismo; Dislipidemia; Diabetes Mellitus; Hipercolesterolemia; Doenças cardiovasculares; Histórico familiar de doenças cardíacas; HTA medida; HTA geral; HTA controlada e não controlada e a HTA não diagnosticada e as quantitativas: Idade; Peso; Altura; IMC; Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica. Definiu-se como HTA geral, indivíduos que apresentaram valores médios da PA superiores ao da normalidade e com terapêutica anti-hipertensora associada. Quanto à HTA medida foram todos os indivíduos que apresentaram valores médios da PA independentemente se tinham ou não terapêutica associada acima da normalidade. Já a HTA medicada definiu-se os indivíduos que assumiram fazer medicação para a HTA. Na HTA não controlada considerou-se os indivíduos que afirmaram tomar medicação anti-hipertensora, mas com valores avaliados da PA fora dos intervalos de normalidade. Por fim, a HTA não diagnosticada considerou-se todos os indivíduos com valores médios de PA superiores ao limite normal e que não tinham associada qualquer terapêutica anti-hipertensiva. Para o alcoolismo, foi aplicado um questionário onde o indivíduo teve de responder se o consumo de álcool

era só às refeições; fora das refeições; às refeições e fora delas; ocasionalmente; já não bebe e todos os dias.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise descritiva os resultados foram expressos em números máximos e mínimos, médias, modas e desvio padrão. Após a verificação normal da distribuição da amostra, através do teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado teste Qui Quadrado de Pearson para um nível de significância de 95% e um $p \leq 0.05$.

Foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para tratamento dos dados.

PRINCÍPIOS ÉTICOS

Para recolha dos dados referentes a amostra o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Castelo Branco, codificado com o número 80/ CE- ESALD/2018. A equipa de investigação declara não ter nenhum conflito de interesse e ter respeitado a declaração de Helsínquia.

Resultados

Amostra constituída por 795 dos quais 422 indivíduos do sexo feminino (53,1%) e 373 indivíduos do sexo masculino (46,9%), com idade mínima de 18 anos, máxima de 99 anos e média de $56,98 \pm 18,521$ anos. No gráfico 1 está descrito a classe etária dos

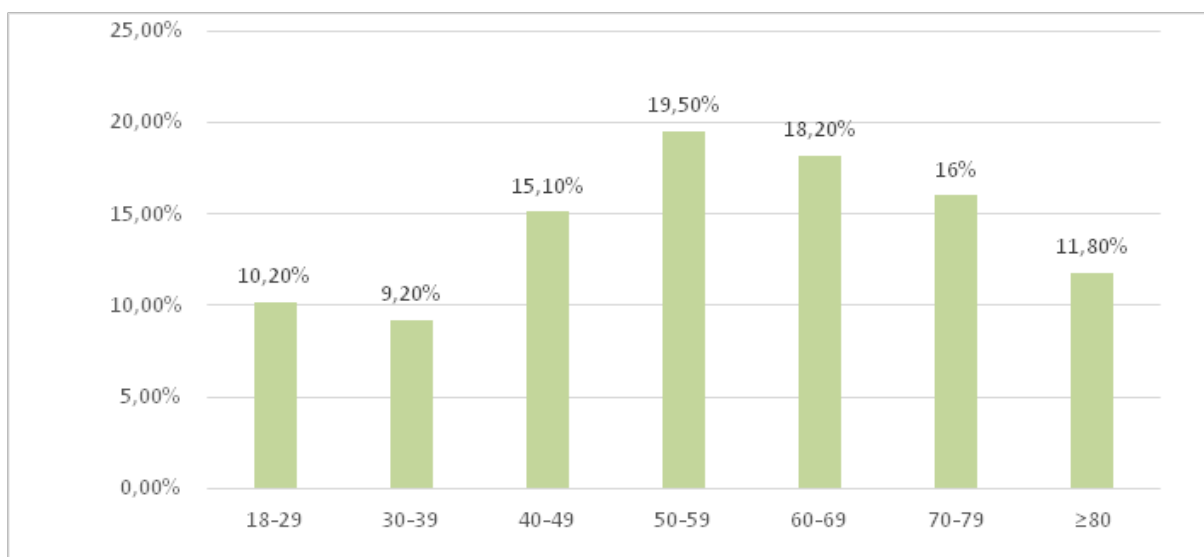


Gráfico 1- Distribuição da idade por Classe Etária
Legenda: %- percentagem

participantes, onde a classe etária mais prevalente foi entre os 50 e os 59 anos de idade com 19,5%.

Na análise do IMC, constata-se que o valor mínimo encontrado foi de 15,6 kg/m² e o máximo de 46,3 kg/m² com uma média de 26,4 kg/m² ± 4,7 kg/m². Como se pode observar no gráfico 2, a maioria dos indivíduos estudados apresenta excesso de peso (38,7%) e obesidade (20,4%), 40,9% dos indivíduos apresentam IMC dentro

da normalidade, sendo 38,3% correspondente a peso normal e 2,6% a baixo peso.

Na análise do gráfico 3 descreve-se os fatores de risco para as DCCV, podendo observar-se que os três fatores de risco mais prevalentes são o sedentarismo (80,3%); o IMC ≥ 25 Kg/ m² (59,1%) e a ingestão de álcool (52,5%). A percentagem de alcoolismo correspondeu aos indivíduos que responderam consumir álcool às

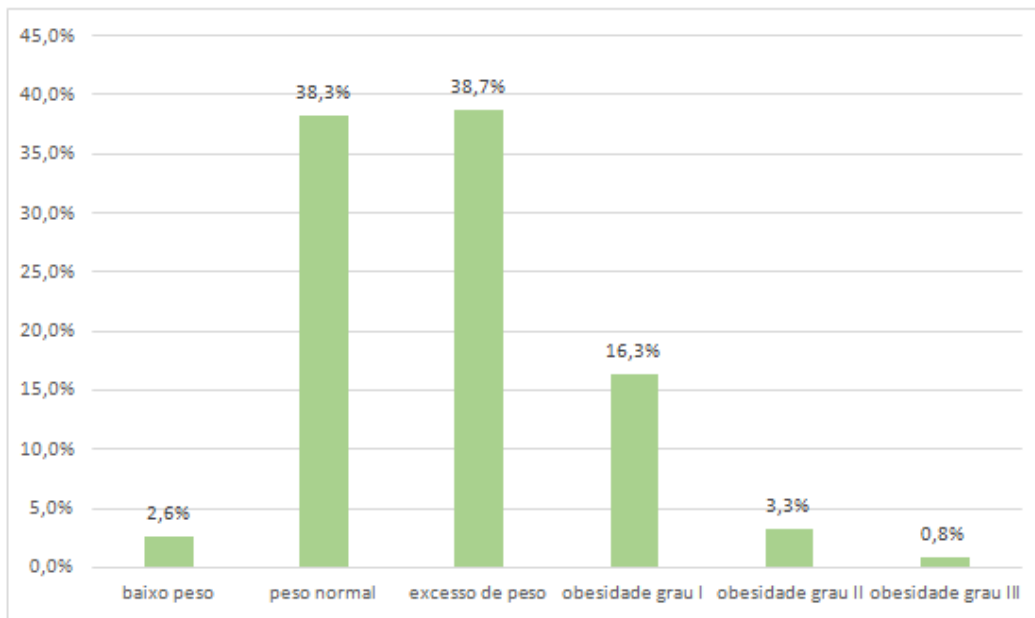


Gráfico 2 – Distribuição do Índice de Massa Corporal por classes
Legenda: %- percentagem

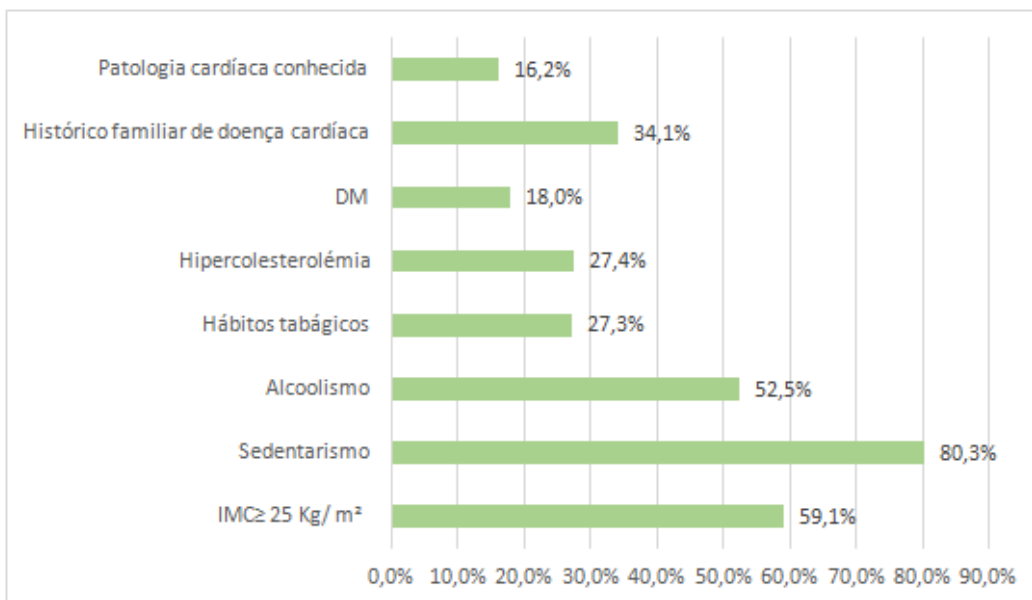


Gráfico 3- Fatores de Risco para Doença Cerebrocardiovascular
Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal; HTA- Hipertensão Arterial



refeições, fora das refeições; às refeições e fora delas; ocasionalmente e todos os dias.

Relativamente à análise da PA, a PAS teve um mínimo de 81 mmHg e um máximo de 178 mmHg, sendo a média considerada normal de 124 mmHg com um desvio padrão de 17,84 mmHg. Para a PAD, o valor mínimo foi de 42 mmHg, o máximo de 115 mmHg, com uma média de 77 mmHg e um desvio padrão de 11,39 mmHg.

Na tabela 3, e através da ajuda do teste qui-quadrado de *Pearson*, relacionou-se a HTA com os FR estudados em que se obteve relações estatisticamente significativas com todos os fatores de risco com exceção do histórico familiar de doença cardíaca e o alcoolismo que se mostrou marginalmente significativo.

Após a análise dos dados obtidos, verificou-se que a prevalência de HTA geral no concelho de VVR foi de

Tabela 3- Relação dos Fatores de Risco e a Hipertensão Arterial

Fatores de Risco	Significância
Classe etária	<0,001
Sexo	0,002
IMC	<0,001
Presença de patologia cardíaca conhecida	<0,001
História familiar de doença cardíaca	0,403
Diabetes Mellitus	0,004
Hipercolesterolemia	<0,001
Tabagismo	0,005
Alcoolismo	0,058
Sedentarismo	0,007

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal; HTA- Hipertensão Arterial

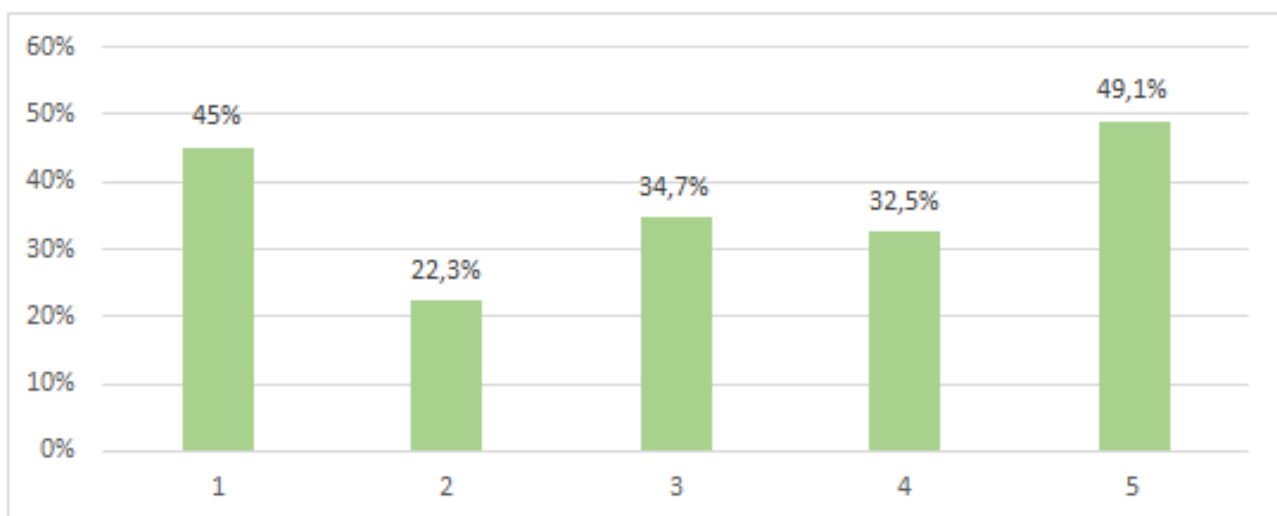


Gráfico 4- Distribuição da Tipologia de Hipertensão pela Amostra Estudada

Legenda: 1- HTA geral; 2- HTA medida; 3- HTA medicada; 4- HTA não controlada; 5- HTA não diagnosticada

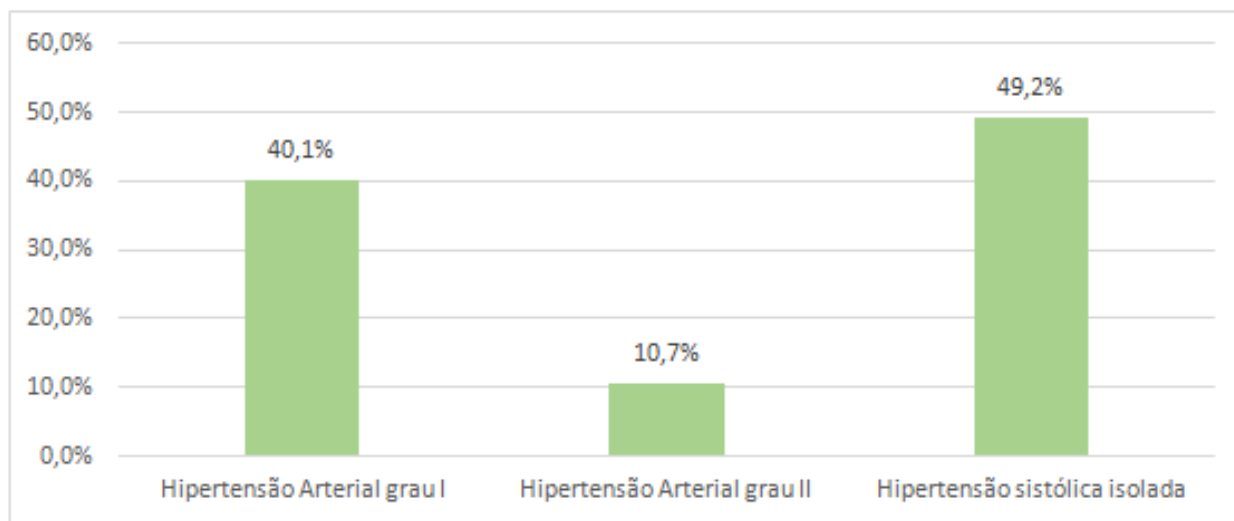


Gráfico 5- Distribuição da hipertensão arterial por classes
Legenda: %- percentagem

45%, sendo que no sexo masculino foi mais prevalente (53,1%) quando comparada ao sexo feminino (46,9%).

Ao fazer a relação entre a HTA geral com os FR verifica-se que foi nos grupos de idades entre os 60 e os 69 anos (25,4%) e os 70 e 79 anos (25,1%) que a HTA foi mais prevalente. Constatou-se ainda que 22,6% dos indivíduos inquiridos referiram ter patologia cardíaca conhecida e 37,4% tinham histórico familiar de doença cardíaca. Quando se relacionou o IMC com a HTA percebeu-se que indivíduos com excesso de peso apresentaram maior prevalência de HTA com 42,7% da amostra. No estudo do Tabagismo percebeu-se que 21,8% eram fumadores e 10,1% ex-fumadores. Os indivíduos que afirmaram consumir álcool também apresentaram maior valor de HTA quando comparados com os que não consomem bebidas alcoólicas (46,2%).

O gráfico 4, ilustra a análise descritiva das variáveis da HTA em estudo, onde podemos constatar que a prevalência de HTA Geral é de 45%, destes 34,7% dos indivíduos estão medicados (HTA medicada) e 65,3% não referiram ter terapêutica anti-hipertensora. Na aferição de quantos indivíduos medicados estavam controlados ou não controlados percebe-se que 32,5% não estão controlados, havendo uma percentagem elevada de indivíduos com a HTA controlada. Do total da HTA Geral obteve-se uma prevalência de 49,1% com indivíduos que desconheciam ter HTA.

Ao analisar a percentagem de HTA Geral através do Gráfico 5 percebe-se que 49,2% dos indivíduos com HTA têm hipertensão sistólica isolada, 40,1 integram-se na classe de HTA Grau I e 10,7% na HTA grau II.

Discussão

Ao longo dos anos, as DCCV têm constituído um severo e preocupante problema de saúde pública sendo responsáveis pelas grandes prevalências de mortalidade e incapacidade no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) adianta que em 2030 cerca de 23,6 milhões de pessoas morrerão por doenças DCCV (10). Em Portugal, no ano de 2020, o Instituto Nacional de Estatística (INE) revelou que a taxa de mortalidade por AVC foi de 9,2% (11439 pessoas) número este, que aumentou quando comparado com o ano de 2019. Patologias como o enfarte (28%) também causaram 34593 mortes na população Portuguesa (11).

A HTA é um fator que predispõe para os riscos do desenvolvimento das DCCV, que por sua vez pode ser consequência de múltiplos fatores de risco. No ano de 2015, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) afirmou que fatores de risco como a HTA predispõem significativamente para o desenvolvimento de outras patologias cardíacas e cerebrovasculares (12). Na análise dos resultados do estudo dos fatores de risco presentes nesta população; como a idade, o sexo,



a obesidade, tabagismo, DM, histórico familiar de Doença cardíaca, Hipercolesterolemia, Alcoolismo, tabagismo e sedentarismo são uma porta aberta para o desenvolvimento de HTA. Na relação do sexo com a HTA percebe-se que este tem uma relação estatística no desenvolvimento desta patologia, nomeadamente no sexo masculino que apresentou maior prevalência de HTA (53,1%), isto poderá estar relacionado com o facto do sexo feminino, antes da menopausa, ter um efeito hormonal protetor quando comparado com o sexo oposto, estando estes mais predispostos à HTA e a doenças degenerativas (13). Isto deve-se ao facto do estrogénio (principal hormona sexual do sexo feminino) ter um poder protetor para eventos cardiovasculares até à menopausa. Acredita-se que este efeito protetor está relacionado com vários mecanismos etiopatogénicos e que após a menopausa, com a diminuição desta hormona as mulheres ficam mais predisponíveis a alterações do perfil lipídico, obesidade e hipertensão arterial (14,15).

O envelhecimento das pessoas pode conduzir a alterações a nível vascular e cardíaco estando integralmente relacionado com o aparecimento da HTA (16). Esta, por sua vez, pode nas pessoas mais velhas ser interveniente de alterações associadas aos processos fisiológicos associadas ao envelhecimento tais como o espessamento da parede e aumento da rigidez arterial (que se deve ao aumento progressivo em consequência de alterações estruturais e funcionais das artérias); disfunção endotelial; aumento da atividade do sistema nervoso simpático, entre outros (17). De uma maneira geral, e pelos estudos encontrados as classes etárias com maior prevalência de HTA são as mais idosas, que variam entre os 65 e os 74 anos (18). Com os resultados encontrados pode-se afirmar que estes vão ao encontro dos resultados encontrados em outros estudos (16, 18) que mostram que em idades mais avançadas existem maiores prevalências de HTA.

A obesidade é uma doença crónica caracterizada pela acumulação excessiva de gordura corporal, provocada pelo consumo excessivo de calorias, em que não existe um gasto energético das mesmas transformando-se depois no aumento da massa gorda corporal.

À semelhança de outras pesquisas efetuadas e publicadas na comunidade científica, sobre a relação do IMC com a HTA (19), em VVR quando se comparou a prevalência de HTA nas classes de IMC verificou-se que em

indivíduos com classe de IMC abaixo dos 24,9% tiveram uma prevalência de 27,6% de HTA enquanto que indivíduos com IMC acima dos 25 Kg/m² apresentaram 72,4% de HTA. A adoção de uma dieta hipocalórica pode ajudar na redução de peso e têm sido uma medida eficaz e efetiva na monitorização da HTA (20). Em indivíduos com hipertensão, uma diminuição de peso facilita consequentemente uma diminuição dos valores da PA (19, 20), pelo que é importante haver elucidação da população para os benefícios da perda de peso.

Dado que VVR é uma região localizada no interior do país em que maior parte da alimentação é baseada em produtos regionais e muito rica em carnes suínas, caprinas e ovinos, e derivado à zona montanhosa e de pastoreio como os tradicionais enchidos levam à adoção dos maus hábitos alimentares que potenciam para o aparecimento de HTA através de vários mecanismos como por exemplo sensibilidade ao sal, em que há um aumento da microviscosidade das membranas das células nos indivíduo com hipertensão, que se reflete nas alterações da composição lipídica; o sistema renina-angiotensina aldosterona que participa na modificação vascular da resistência das artéria envolvidas na origem da HTA, entre outros (21).

Num estudo realizado na população Portuguesa verificou-se que 42,1% da população apresentava HTA, sendo que apenas 46,1% da população tinha conhecimento da PA elevada; 39,0% estavam sob efeito terapêutico anti-hipertensor e 11,2% estavam com os valores da PA controlada (22). Na análise dos dados da população de VV percebe-se que 51,20% tinha HTA diagnosticada e 48,80% indivíduos HTA não diagnosticada, percentagem muito similar à encontrada em outros estudos. Estes dados alertar-nos para a necessidade de manter a população informada para o rastreio da pressão arterial como forma de prevenir e tratar a hipertensão arterial.

A DM traz malefícios à saúde, provoca rigidez da parede das artérias a nível funcional e estrutural quando é comparada com os indivíduos sem presença de DM (23). Estudos de investigação referem que o risco de um indivíduo vir a desenvolver HTA é pelo menos duas vezes maior quando comparada à população geral (24). Na população Rodense, ao relacionar a DM com a HTA, observou-se que nos indivíduos diabéticos 22,3% apresentaram hipertensão arterial, relação que teve valor

estatístico significativo.

A hipercolesterolemia é caracterizada pela elevada acumulação de colesterol no organismo.

Num inquérito a nível nacional de Saúde com exame físico (INSEF), realizado na população portuguesa concluiu-se que entre os 25 e os 74 anos de idade, 52,3% dos indivíduos apresentaram colesterol igual ou superior ao valor recomendado (25). Neste estudo percebeu-se ainda que a prevalência de colesterol elevado ou tratamento farmacológico para reduzir os níveis de colesterol, sendo este proporcional com o aumento da idade, superior entre os 55 e os 64 anos (80,1%) seguindo-se as idades entre os 65 e os 74 anos com 79,2% (25). À semelhança de outros estudos já realizados, a prevalência de HTA está relacionada com indivíduos com hipercolesterolemia (19), também em VVR se verificou haver uma relação estaticamente significativa entre estas duas variáveis em que se observa que 37,2% da população com hipercolesterolemia estavam hipertensos.

O consumo de tabaco é umas das grandes ameaças na saúde pública levando à morte de cerca de 6 milhões de pessoas por ano (26). No Inquérito Nacional de Saúde, os investigadores revelaram que a prevalência de pessoas fumadoras em Portugal situa-se nos 20%, sendo maior no sexo masculino com 27,8% quando comparada ao sexo feminino (13,2%). No concelho de VVR, verificou-se que 27,3% da população de VVR têm hábitos tabágicos, valor este acima da percentagem nacional. Quando a HTA foi relacionada com o tabagismo percebeu-se que a este grupo tinha uma prevalência de 21,8% de HTA, o que também mostrou ter relação estatística entre as duas variáveis. Os resultados de investigação mostram que deverá haver mais sensibilização da população para esta problemática sugerindo-se mais consultas de apoio à cessação tabágica nos cuidados de saúde primários.

Segundo a OMS, o álcool contribui para mais de 3 milhões de mortes mundialmente (5,3% das mortes) e mostra-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de mais de 200 doenças e lesões, estando as doenças cardiovasculares incluída neste facto (27). Múltiplas pesquisas referem que o povo português são dos que ingerem bebidas alcoólicas, que pode levar à diminuição da esperança média de vida (27,28). Em VVR na relação entre a HTA e o alcoolismo, apesar

de haver uma relação marginalmente significativa ($p=0,058$), constatou-se que as pessoas que consomem mais álcool parece ser as que têm maiores taxas de HTA (53,8%).

Também o sedentarismo favorece o aumento da PA. Este fator de risco pode aparecer associado a outros fatores como é o caso da DM, da obesidade, e da hipercolesterolemia. No estudo deste concelho, os sujeitos que alegaram fazer atividade física tiveram menores valores de HTA, à semelhança de outros estudos encontrados na revisão da literatura efetuada (19).

Num estudo realizado no Brasil, ao relacionar a prevalência da HTA medicada com a HTA controlada, determinou-se que somente metade dos adultos mais velhos (50,7%) com medicação para a HTA apresentaram níveis da Pressão Arterial controlados, resultados estes inferiores a um outro estudo realizado no Canadá (66%) e superiores nos Estados Unidos (48%) (29). No estudo deste concelho contactou-se que 67,5% dos indivíduos apresentaram HTA controlada e 32,5% a HTA estava não controlada, havendo apenas 34,7% dos indivíduos com HTA medicados para a hipertensão arterial.

Devido aos estilos de vida adotados e ao stress vivido atualmente, a população tende, cada vez mais, a adotar uma alimentação descuidada e menos saudável o que conduz à grande preocupação dos profissionais de saúde com as populações. Em prol da comunidade e para haver mais informação surge o Programa da Pressão Arterial da beira Baixa (PPABB), onde está incorporada esta investigação, que tem sido considerado muito relevante para toda a comunidade, considerando o envelhecimento da população do interior e a distância dos cuidados de saúde dos grandes aglomerados em relação aos pequenos aglomerados populacionais dos concelhos em estudo.

Conclusão

De acordo com os resultados do nosso estudo, podemos inferir que no Concelho de Vila Velha de Rodão quase metade da população residente é hipertensa. Existe a necessidade de campanhas de sensibilização, rastreios e estudos para uma maior informação destas populações e aumento da consciencialização para os riscos do descontrolo da pressão arterial.



Referências Bibliográficas

- Souza, A. I. M., Hammerschmidt, F., Pedot, G., Viotto, G. M. K., Flôres, S. S., Matos, Y. V., & Silva, Z. B. da. (2021). A prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados / The prevalence of hypertension in adults and associated factors. *Brazilian Journal of Development*, 7(5), 51716–51721. <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.30281>
- De Saúde Pública, A. De E.E.C.E Mestrado em Enfermagem. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32562/1/MestradoEnfermagem_Comunitaria_e_de_Saude_Publica-Rute_Cristina_Nunes_Vitorino.pdf>.
- Fernandes, F., Doutora, A., Antunes De Almeida, Doutor, M., De, C., & Rodrigues. (n.d.). Efeitos da sazonalidade em doenças cardiovasculares: Uma Revisão Sistemática Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina (mestrado integrado). Retrieved March 16, 2023, from: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12738/1/9143_19542.pdf
- Ricardo, I. (n.d.). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2018;39(33):3021–104.
- World Health Organization. Hipertensão. WHO; 2021 Ago. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organization WH. BMI classification. Available from: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
- IMC: qual é o índice de massa corporal ideal e como calcular. (n.d.). Ge. <https://ge.globo.com/eu-atleta/nutricao/post/2022/08/17/veja-qual-e-o-imc-ideal-e-como-calcular.ghtml>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão :. (n.d.). [Www.sphta.org.pt](https://www.sphta.org.pt). from https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89#:~:text=Como%20se%20classifica%3F%20Considera-se%20que%20uma%20pessoa%20%C3%A9
- Doenças cardiovasculares - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. (n.d.). www.paho.org. <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
- Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte. Causas de morte - 2017. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destques&DESTAQUESdestboui=345373704&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Boletim Epidemiológico Observações. 2017;6(Supl 9):11-14
- A ética na terapia nutricional III. (n.d.). from <https://citeserx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=2608f68b5eaa668a1a30bd2d9e3c4aeaf62e8c26#page=54>
- Lubianca, J. N., Valle, F. H., & Fuchs, F. D. (2008). Menopausa e hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15, 222-224.
- Zanesco, A., & Zaros, P. R. (2009). Exercício físico e menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31, 254-261.
- Dalva, M., Carvalho, B., & Marcon, S. (n.d.). Artigo Original Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic 2 Lucimary Afonso dos Santos 3. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>
- Hipertensão Arterial e Envelhecimento Março de 2014. (n.d.). <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31964/2/Hipertens%C3%A3o%20Arterial%20e%20Envelhecimento.pdf>
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., Vargas, P., Prokopenko, T., Santos, A. J., Namorado, S., Gil, A. P., Alves, C. A., Castilho, E., Cordeiro, E., Dinis, A., Nunes, B., & Dias, C. M. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_relata%3F%20estado-de-saude.pdf
- Pinto, S., Coelho, P., Rodrigues, F., Pires, J., & Azevedo, J. (2022). Programa de pressão arterial da Beira Baixa - Concelho de Castelo Branco. *REVISTA PORTUGUESA de HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR*, 91, 18–27. <http://hdl.handle.net/10400.11/8252>
- Gus, M., Fuchs, D., & Alegre, P. (n.d.). Obesidade e Hipertensão Obesidade e Hipertensão Obesidade e Hipertensão Obesidade e Hipertensão Obesidade e Hipertensão Obesidade

- e Hipertensão. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/226247/000175491.pdf?sequence=1>
21. Marte, A. P., & Santos, R. D. (2007). Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*, 14(4), 252-7
22. De Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Rev Port Cardiol*. 2007 Jan;26(1):21-39.
23. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. (n.d.). Retrieved March 2, 2023, from <https://www.redalyc.org/pdf/408/40819112004.pdf>
24. Mendonça, L., Lima, F., & Oliveira, S. (2012). Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. *Escola Anna Nery*, 16(2), 340-346.
25. Estado de Saúde o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico INSEF. (n.d.). from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_relac3%b3rio_estado-de-saude.pdf
26. Formativa, U., De, A., Pública, S., & Machado, J. (n.d.). INTERNATO MÉDICO DE SAÚDE PÚBLICA 2014/2018 Hábitos tabágicos da população residente em Portugal com 15 e mais anos de idade: prevalências e fatores associados -análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014. From: https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5704/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Investiga%c3%a7%c3%a3o_2016_Jo%c3%a3o%20Machado.pdf
27. OMS lança iniciativa de controle do uso nocivo de álcool para prevenir e reduzir mortes e incapacidades - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. (n.d.). [Www.paho.org](http://www.paho.org). from <https://www.paho.org/pt/noticias/28-9-2018-oms-lanca-iniciativa-controlado-uso-nocivo-alcool-para-prevenir-e-reduzir>
28. Firmo, J. O. A., Peixoto, S. V., Loyola Filho, A. I. de, Souza-Júnior, P. R. B. de, Andrade, F. B. de, Lima-Costa, M. F., & Mambrini, J. V. de M. (2019). Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00091018>
29. Castanheira, M. (n.d.). Os portugueses querem produtos mais saudáveis — até nas bebidas alcoólicas. PÚBLICO. from <https://www.publico.pt/2021/05/17/fugas/noticia/portugueses-querem-produtos-saudaveis-ate-bebidas-alcoolicas-1962946>