

**Artigo original****ESTUDO SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO, CE, BRASIL****SOCIODEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGIC STUDY PATIENTES HYPERTENSIVE OF MUNICIPALITY OF SAINT BENEDITO-CE-BRAZIL**Alexsandro Aguiar Ferreira<sup>1</sup>; Brenda Bezerra Vasconcelos<sup>2</sup>; Maria Auxiliadora Silva Oliveira<sup>3</sup>**RESUMO**

A hipertensão arterial assume altos valores em relação à prevalência, sendo uma doença crônica que apresenta elevado custo social, pois é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária no município de São Benedito (CE), identificando idade, gênero, hábitos de vida, cor, escolaridade, estado civil, comorbidades. A metodologia utilizada foi a entrevista, com aplicação de questionário. A amostra constou de 102 pacientes. Os resultados deste estudo apontam para uma maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pessoas com idade superior a 50 anos. O sexo mais acometido foi o masculino (56,86%), e a cor branca (36,27%). Os 59,8% dos entrevistados são casados e 32,35% possuíam até o ensino fundamental completo. Constatou-se, ainda, que os pacientes não têm em sua maioria hábitos alcoolistas (42,15%), não fumam (37,25%), e possuem hábitos de vida pouco saudáveis, alimentando-se com comidas salgadas e condimentadas (80,39%) e não praticando atividade física (68%). Em relação às comorbidades 38,23% apresentavam gastrite e 27,45% eram portadores de Diabetes mellitus. Os resultados deste estudo contribuíram de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da pessoa hipertensa, contribuindo para uma reflexão sobre a realidade dos problemas da hipertensão na cidade de São Benedito/CE.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Epidemiologia. Farmácia Comunitária.

**ABSTRACT**

Hypertension has a high prevalence rate, being a chronic disease with high medical and social costs, as it is one of the most important risk factors for developing cardiovascular disease. The objective of this study was to characterize the hypertensive patients seen in a community pharmacy in São Benedito (EC), identifying age, gender, lifestyle, skin color, education, marital status, comorbidities. The methodology used was the interview with questionnaire completion. The sample consisted of 102 patients. The results of this study point to a higher prevalence of hypertension in people over the age of 50 years. The most affected were male (58%), and the white ethnicity (36%). 61% of respondents are married and 76% had even finished elementary school. It found also that patients have mostly alcoholic habits (58%), do not smoke (63%), and have unhealthy lifestyle habits, feeding with savory and spicy foods (81%) and not practicing physical activity (68%). Regarding the comorbidities 38% had gastritis and 28% suffered from Diabetes mellitus.

**Keywords:** Hypertension. Epidemiology. Pharmacy communal.

<sup>1</sup>Farmacêutico. Sobral, Ceará, Brasil E-mail: myresearchbio@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário INTA (UNINTA) Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: laehinta@hotmail.com

<sup>3</sup> Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário INTA (UNINTA) Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: ecobio@zipmail.com.br

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano inevitavelmente traz repercussões de ordem financeira e política para os serviços de saúde, pois, junto ao aumento da expectativa de vida, tem-se o aumento da prevalência de morbidades crônico-degenerativas, em que se destaca a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada atualmente como a principal morbidade em idosos. Este conjunto de fatores, envelheci-

A HAS é responsável por aproximadamente 25% da etiologia da cardiopatia isquêmica e por 40% dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a exclusiva causa da cardiopatia hipertensiva, o que pode levar a insuficiência cardíaca. Da mesma forma essa condição altera as funções renais normais, podendo promover em conjunto com outros fatores a insuficiência renal crônica. É responsável, ainda, por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho (FUCHS, 2013; CARLOS et al., 2008).

No Brasil, além de ser uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida, é também uma doença altamente prevalente, com proporções de 11 a 25% em adultos. Quando associada a fatores como obesidade e diabetes, torna-se ainda mais preocupante sua influência sobre a saúde da população (FUCHS, 2013).

As medidas preventivas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica compreendem desde o acompanhamento nutricional, com controle para evitar a ingestão de alimentos ricos em sal (cloreto de sódio), bebidas alcoólicas, e estimulantes, até o controle com terapia farmacológica (FONSECA et al., 2009).

Entre os fármacos utilizados na hipertensão, em conjunto ou separadamente, os mais comuns são os diuréticos, os inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina), os bloqueadores adrenérgicos e os antagonistas de angiotensina (BENOWITZ, 2010).

A proporção de óbitos por HAS, em 2003, quando chegou a 27,4% dos óbitos causados por doenças cardiovasculares, e 37% quando se excluem os óbitos por causas mal definidas e a violência. O acidente vascular cerebral (AVC) é o principal vilão, atingindo principalmente mulheres.<sup>5</sup> A hipertensão arterial explica 40% de todas as mortes por AVC e 25% das mortes por doenças coronarianas (SBC, 2007; SHOJI, 2009).

Objetivou-se estabelecer o perfil socioeconômico de portadores de HAS, a fim de contribuir para a elaboração de estratégias, que auxiliarão no direcionamento das ações de intervenções a serem adotadas nas políticas públicas de promoção da saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, observacional, de natureza quantitativa realizada em uma farmácia comercial da cidade de São Benedito/CE. A amostra foi composta por 102 pacientes (sujeitos da pesquisa), escolhidos de forma aleatória, de um total de aproximadamente 150 pacientes hipertensos (clientes fixos) que fazem a aquisição de seus medicamentos (mensal) para HAS na referida farmácia. Os dados foram coletados por meio de questionários semiestruturados (COSTA; SOUZA 2008; OLIVEIRA, 2010) aplicados durante os meses de janeiro a fevereiro de 2015, em local reservado dentro do próprio ambiente da farmácia. As variáveis incluídas no estudo foram: idade, gênero, escolaridade, estado civil, raça, doenças associadas, hábitos de vida e acesso a assistência. Foram incluídos pacientes hipertensos, maiores de 18 anos de idade. Os sujeitos participantes foram convidados a fazer parte e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA com parecer de número 1.090.298/2015.

Os dados coletados foram processados e analisados utilizando o *software Microsoft® Office Excel* 2007 e os resultados apresentados na forma de frequências absolutas e relativas.

## RESULTADOS

A distribuição dos pacientes por faixa etária pode ser vista no Quadro 1. Observou-se maior prevalência de hipertensos entre a faixa etária de 40 a 59 anos na amostra estudada (50%).

**Quadro 1** - Distribuição da faixa etária entre os pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

Faixa etária	n	%
De 20 a 39 anos	10	9,8
De 40 a 59 anos	51	50,0
De 60 a 79 anos	39	38,23
Acima de 80 anos	02	1,96
<b>Total</b>	102	100

Fonte: Própria.

Com relação ao gênero (Quadro 2), constatou-se que a hipertensão ocorreu mais em indivíduos do sexo masculino, que representaram 56,86% dos entrevistados.

**Quadro 2** - Distribuição do gênero entre os pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

Gênero	n	%
Masculino	58	56,86
Feminino	44	42,84
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria

Os dados deste estudo (Quadro 3) apontaram para um maior percentual de HAS em indivíduos brancos, que compõem 36,27% dos entrevistados, seguido de negros com 31,37%.

**Quadro 3** - Distribuição por raça dos hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

Cor	n	%
Branco	37	36,27
Pardos	29	28,43
Negros	32	31,37
Amarelos	4	3,92
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria

Em relação ao estado civil, conforme se pode observar no Quadro 4, em sua maioria os entrevistados eram pessoas casadas (59,80%), seguidos pelos viúvos (17%), solteiros (15,68%) e separados (7,84%).

**Quadro 4** - Distribuição por estado civil dos pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

Estado civil	N	%
Casado	61	59,80
Solteiro	16	15,68
Viúvo	17	16,66
Separado	8	7,84
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria.

Em relação à escolaridade dos entrevistados, a maioria (32,35%) estava dentro do nível de ensino fundamental completo e uma pequena minoria (0,98) com ensino superior completo ou incompleto.

**Quadro 5** - Distribuição por escolaridade dos pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

<b>Nível de escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Analfabeto	13	12,74
Ensino fundamental incompleto	32	31,37
Ensino fundamental completo	33	32,35
Ensino médio incompleto	14	13,72
Ensino médio completo	8	7,84
Ensino superior incompleto	1	0,98
Ensino superior completo	1	0,98
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria

Dentre as comorbidades aponta-se a de maior prevalência entre os pacientes a gastrite com 38,23% do total, conforme visualizado no Quadro 6.

**Quadro 6** - Distribuição das comorbidades dos pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

<b>Comorbidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gastrite	39	38,23
<i>Diabetes melitus</i>	28	27,45
Artrite	13	12,74
Reumatismo	22	21,56
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Fonte: Própria.

Sobre os hábitos de vida dos pacientes entrevistados, um grande percentual admite fazer uso de alimentos condimentados (80,39%) assim como um percentual alto (67,64%) afirma não praticar nenhuma atividade física (Quadro 7).

**Quadro 7** - Distribuição por hábito de vida dos pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

Hábito de vida	n	%
<b>Consumo de álcool</b>		
Faz uso	43	42,15
Não faz uso	59	57,84
<b>Consumo de cigarro</b>		
Faz uso	38	37,25
Não faz uso	64	62,74
<b>Alimentação com condimento</b>		
Faz uso	82	80,39
Não faz uso	20	19,60
<b>Atividade física</b>		
Pratica	33	32,35
Não pratica	69	67,64

Fonte: Própria

Conforme o Quadro 8 é possível observar que um grande percentual de pacientes faz acompanhamento no centro de saúde assim como está cadastrado no programa Farmácia Popular (84,31% e 74,50%, respectivamente).

**Quadro 8** - Distribuição por acompanhamento no posto de saúde e cadastro no programa Farmácia Popular dos pacientes hipertensos atendidos em uma farmácia comunitária do município de São Benedito/CE.

Acompanhamento no centro de saúde	n	(%)
Sim	86	84,31
Não	16	15,68
<b>Total</b>	102	100
<b>Cadastro no programa Farmácia Popular</b>		
Sim	76	74,50
Não	26	25,49
<b>Total</b>	102	100

Fonte: Própria

## DISCUSSÃO

Em relação à distribuição da faixa etária dos pacientes sujeitos da pesquisa, os resultados mostram-se compatíveis com outros achados na literatura tais como Souto et al. (2013), em que constatou-se que a idade média do hipertenso foi de 64,3 anos; Sousa, Silva e Santos (2014) obtiveram um resultado semelhante, 63,03 anos. Ainda estudos em Porto Alegre (RS) revelaram o maior percentual (37,1%) encontravam-se na faixa etária de 45 a 60 anos (SOUSA; SILVA; SANTOS, 2014).

Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, a prevalência da hipertensão aumenta com a idade até os 50 anos para o homem e a partir dos 60 anos para a mulher, sendo a idade, portanto, um fator de risco para o desenvolvimento de HAS (SBC, 2010).

Estudos evidenciam que essa condição acomete um percentual de 15 a 20% da população adulta, atingindo até 50% dos idosos. A idade, no caso da HAS parece estar relacionada com essa variável, assim como com as alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, conseqüentes do processo de envelhecimento (SILVA, 2006). As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo esta a principal doença crônica na população idosa (FONSECA, 2015).

Outros autores obtiveram resultados semelhantes, 56,4% e 54,8% de prevalência de HAS no sexo masculino, respectivamente (ZATTUNE et al., 2006; SALCEDO-BARRIENTOS; SIQUEIRA; EGRY, 2013) citam ainda alguns autores que, todavia, obtiveram resultados diferentes, 87,8% e 61% de prevalência de HAS no sexo feminino (TRINDADE et al., 2013; TAVARES et al., 2011). Apesar das diferenças observadas entre os estudos, a Sociedade Brasileira de Cardiologia ressalta que não há diferença na prevalência entre os sexos para a HAS, e que esta variável isoladamente não é fator de risco para a hipertensão arterial (SBC, 2010).

A cor é um fator importante relacionado à HAS, pois conforme a SBC, há um risco até 130% maior de hipertensão em mulheres afrodescendentes em relação a mulheres brancas (SBC, 2010).

Trabalho realizado no município de São Paulo, em que brancos representaram 45,6% da amostra (OLIVEIRA, 2008). O percentual de negros neste estudo foi de 32%, o que contrasta com o percentual encontrado por Lima, Soler e Meiners (2010), que corresponde a 17%.

A raça (cor da pele) mencionada neste estudo (brancos, pardos, negros e amarelos) foi autodeclarada pelo entrevistado.

O estado civil não é um fator de risco para hipertensão arterial, todavia, em estudos como aqueles realizados por alguns autores, o estado civil casado foi o mais comumente relatado, representando 51% e 67% das amostras, respectivamente, podendo estar relacionado não com a doença, mas com as faixas etárias nas quais ela é mais prevalente (LIMA; SOLER; MEINERS, 2010; JESUS et al., 2008). No presente estudo o maior percentual esteve dentro da categoria casado com 59,8% dos entrevistados.

Com relação ao grau de instrução, segundo a SBC, o baixo nível educacional está relacionado à HAS (SBC, 2010). Assim, a presença de um grande número de indivíduos de baixa escolaridade, com for-

mação até o ensino fundamental, totalizou 64,26% de todas as entrevistas, corroborando essa premissa. Este resultado pode ser observado na Tabela 5.

Dentre as comorbidades (Quadro 6) a gastrite foi aquela mais prevalente dentre as encontradas (38,23%). Todavia, conforme Ddine et al. (2012), tais patologias (gastrite, artrite, reumatismo) não estão relacionadas à HAS. A diabetes, aqui apontada como a segunda comorbidade mais frequente (28,56%) e a hipertensão são as duas doenças mais comuns e aumentam com a idade. A prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior que numa população não diabética (CRUZERA; UTIMURA; ZATZ, 1998). A artrite e o reumatismo, prevalentes em 12% e 22% dos casos, têm um papel importante sobre a pressão arterial, pois as terapias para tais condições geralmente são AINES (anti-inflamatório não esteroide) e anti-inflamatórios esteroidais podem contribuir para elevar os níveis pressóricos, podendo ser uma causa de mau prognóstico da HAS (LUZ et al., 2006). Estes medicamentos influenciam na bomba de sódio e potássio causando a retenção de sódio e, por conseguinte elevando a pressão (PLAVNIK, 2002).

A primeira conduta no tratamento da hipertensão é o aconselhamento quanto aos hábitos de vida, e a necessidades de mudá-los. A eliminação de agentes exógenos sabidamente prejudiciais, como o sal, gorduras, tabaco e o álcool, e a adoção de exercícios físicos na rotina diária, são algumas das medidas não farmacológicas a serem adotadas, que atuam como adjuvantes importantes no tratamento da hipertensão (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

Entretanto, associado à hipertensão, o excesso no consumo de álcool além de aumentar os níveis pressóricos, constitui uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva. O consumo de álcool deve ser limitado a no máximo 30 ml/dia de etanol para homens, e 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso (SBH, 2006). Estudos têm demonstrado que baixas concentrações de etanol promovem aumento do fluxo sanguíneo coronariano, débito cardíaco e volume sistólico em corações normais, enquanto concentrações mais altas deprimem esses parâmetros hemodinâmicos. O mecanismo exato que leva à hipertensão não é totalmente conhecido, entretanto, descreve-se estimulação do sistema nervoso simpático, aumento na secreção de glicocorticoides, aumento na captação celular de íons cálcio livres com consequente aumento da resistência periférica (PLAVNIK, 2002).

A prática de atividade física constitui-se num desafio para os profissionais de saúde, principalmente quando os pacientes são idosos. Embora os benefícios da prática regular de exercícios físicos sejam conhecidos pelos pacientes, conforme mostram as pesquisas, muitos continuam sedentários (SALES, s/d).

As modificações do estilo de vida são particularmente importantes na prevenção da hipertensão. Os pacientes devem ser motivados no sentido de adotar modificações de comportamento, como praticar da atividade física, deixar vícios do tabagismo e do etilismo e alimentar-se adequadamente, especialmente quando apresentam fatores de risco adicionais (como o diabetes) (GLANER, 2005). Segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial os sedentários têm 30% a mais de chance de desenvolver a HAS (SBC, 2007).

O tabagismo é um dos maiores fatores ligados à incidência e mortalidade das doenças coronária, cerebrovascular e vascular de extremidades (SBC, 2007). Existem evidências de que o uso do tabaco diminui os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva. O risco associado ao tabagismo é proporcional à quantidade de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Os pacientes hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse vício por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

Ainda em relação ao tabagismo, sabe-se que são inúmeras as substâncias químicas contidas no tabaco que causam sérios malefícios ao organismo. O monóxido de carbono e a nicotina inegavelmente estão associados à maior morbimortalidade por cardiovascular e provocam taquicardia e hipertensão arterial, além de vasoconstrição periférica com diminuição da temperatura cutânea e aumento da resistência periférica (IV Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial, 2002).

Conforme a SBC (2010), uma importante medida no controle da HAS é o correto acompanhamento da doença, assim como a utilização correta da terapia prescrita. A presença de um grande número de pacientes que fazem acompanhamento no centro de saúde (84,31%) e que possuem cadastro no programa “Aqui tem Farmácia Popular” (74,5%), que se trata de um programa que facilita o acesso ao medicamento, e de forma racional, é um cenário animador. Estes dados estão expostos na Tabela 8.

O grau de instrução é uma variável que está relacionada à compreensão do indivíduo acerca do que é uma doença crônica não transmissível, dos fatores de risco que contribuem para sua instalação e do significado atribuído às orientações sobre alimentação, hábitos de vida e seus efeitos sobre a saúde (PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

Níveis baixos de instrução estão diretamente relacionados com altos níveis pressóricos, sendo fatores inversamente proporcionais. Isto ocorre porque a baixa instrução prejudica o entendimento sobre a importância à adesão ao tratamento, fazendo os pacientes não consumirem a medicação de forma adequada, aumentando assim o número de pessoas que não controlam a hipertensão arterial. Por isso, a educação em saúde deve ser reforçada nesta população (PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

A Hipertensão Arterial Sistêmica configura-se como importante problema de saúde pública no Brasil. Com o intuito de minimizá-la, no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes mellitus no Brasil. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas (BOING; BOING, 2007). Nos primeiros meses de 2001 as ações do plano já haviam atingido cerca de 33.000 Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizando 20,7 milhões de glicemias capilares. Identificaram-se 2,9 milhões de suspeitos de diabetes, sendo que, aproximadamente, um milhão dessas pessoas eram hipertensas e portadoras de diabetes (BRASIL, 2001).

No Brasil, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus constituem-se em umas das principais causas de morte, um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e estágio final da doença renal. Entretanto, segundo a literatura, a população brasileira é pouco orientada quanto aos riscos de hipertensão arterial e suas taxas permanecem elevadas (NOBLAT et al., 2004).

O alcoolismo e o tabagismo, assim como o sedentarismo e a má alimentação, são fatores importantes para o mau prognóstico da HAS (SBC, 2010). Tem sido destacada a importância da alimentação no controle da HAS (MARTINS et al., 2010). A alimentação pode constituir-se em importante fator de risco de doenças cardiovasculares. A importância da dieta e de outros fatores de estilo de vida no controle da hipertensão arterial vem sendo enfatizada nas últimas décadas (FONSECA, 2015). Embora o alcoolismo e o tabagismo não tenham estado presentes na maior parte dos entrevistados, a dieta com sal (80,39% em alimentação com condimentos) e a ausência de atividade física (68% que declararam não praticar nem uma simples caminhada por semana) indicam hábitos de vida pouco saudáveis e que contribuem para um mau prognóstico da HAS, evidenciando a ausência de autocuidado (colocar em prática os elementos que trazem bem-estar) em grande parte da população analisada (Quadro 7).

Sendo a SF (Saúde da Família) definida como uma estratégia para organizar a atenção básica, esta foi implantada a fim de trazer uma nova concepção de saúde, voltada para a promoção da qualidade de vida e intervenção em fatores de risco (CARLOS et al., 2008).

Em 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil, que surge como uma inovação para a política pública de assistência farmacêutica com a adoção do copagamento como estratégia de ampliação do acesso a medicamentos (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011). Por meio desse programa o consumidor pode comprar medicamentos a preço de custo, chegando a reduções de quase cem por cento do valor de mercado. Isso auxilia no sentido de que o paciente hipertenso pode adquirir seu medicamento, pois há na listagem disponíveis agentes anti-hipertensivos como, por exemplo, o Atenolol, o Captopril e o cloridrato de propranolol (Listagem oficial dos medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo programa Aqui tem Farmácia Popular do Brasil, 2015).

## CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a grande maioria dos usuários é submetida a um bom acompanhamento da sua condição, momento no qual as orientações médicas poderiam possibilitar uma melhor adesão ao programa de tratamento e a incorporação de hábitos saudáveis de vida, observado que neste estudo a grande parte da população entrevistada possuía hábitos de vida pouco favoráveis ao controle da sua condição. O número de tabagista, etilistas e pessoas que consomem comidas condimentadas evidencia que a informação presente não somente no momento da consulta, mas em tantos outros meios de comunicação do cotidiano, por si só, não altera os hábitos de vida.

evidencia que a informação presente não somente no momento da consulta, mas em tantos outros meios de comunicação do cotidiano, por si só, não altera os hábitos de vida.

Constatou-se, ainda, que o grupo estudado possui baixa escolaridade e foi demonstrado que este dado se relaciona com o seu estilo de vida, seguindo a tendência da maioria dos estudos, pois grande parte dos hipertensos é sedentária e não realiza nenhum tipo de dieta alimentar (conforme os achados em consumo de condimentos) de caráter benéfico para sua patologia, fato muito relacionado com a impossibilidade de adquirir determinados alimentos em detrimento de outros.

Os resultados deste estudo contribuirão de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da pessoa hipertensa, levando a uma reflexão sobre a realidade dos problemas da hipertensão na cidade de São Benedito/CE.

## REFERÊNCIAS

- BENOWITZ, N.L. Agentes anti-hipertensivos. In: KATZUNG, B.G. *Farmacologia Básica e Clínica*. 10ª ed. Rio de Janeiro (JR): Guanabara Koogan. 2010.
- BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastros e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens*. v.14, n.2, p.84-88, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica*. n.15. Brasília: MS; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. *Rev Saúde Pública*. v.35, n.5, p.490-493, 2001.
- CARLOS, P.R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. *Arq de Ciênc da Saúde*. v.15, n.4, p. 176-81, 2008.
- CARLOS, P.R. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. *Arq Ciênc Saúde*. v.15, n.4, p.176-181, 2008.
- COSTA, M.E.P.; SOUZA, R.B. Perfil do adulto com hipertensão arterial atendido no ambulatório de cardiologia em um hospital municipal – Caruaru - PE. (Monografia). Sociedade de Educação do Vale do Ipojuca LTDA. Faculdade do Ipojuca. Curso de Graduação em Nutrição. Caruaru, 2008. Disponível em: <repositorio.favip.edu.br:8080/.../1/TCC++Evelyne+Hiperten-so+pdf.pdf>. Acesso em 10 de outubro 2014.
- CRUZERA, A.B.; UTIMURA, R.; ZATZ, R. A hipertensão no diabete. *HiperAtivo*. v.5, n.4, p.261-266, 1998.
- DDINE, L.C. Fatores associados com a gastrite crônica em pacientes com presença ou ausência do *Helicobacter pylori*. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, v.25, n.2, p.96-100, 2012.
- FONSECA, F. C.A; et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J Bras de Psiquiatr*. v.58. n.2, 2009.

- FONSECA, R.M. *Estilo de vida apropriado para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica essencial*. Disponível em: <<http://www.fmc.br/tcc23.pdf>>. Acesso em 13 de Agosto de 2015
- FUCHS, F.D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI E. *Medicina Ambulatorial: condutas em atenção primária baseadas em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed. 2013.
- GLANER, M.F. Índice de massa corporal como indicador da gordura corporal comparado às dobras cutâneas. *Rev Bras Med Esporte*, v.11, n.4, p.243-246, 2005.
- IV Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. v.9, n.4, p.359-408, 2002.
- JESUS, E.S. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm*, v.21, n.1, p.59-65, 2008.
- LIMA, T.M.; SOLER, O.; MENINERS, M.M.M. A. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*, v.1, n.2, p.113-120, 2010.
- Listagem oficial dos medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo programa Aqui tem Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <<https://www.celos.com.br/farmaciapopular/03%20%20Medicamentos%20Gratuitos%20-%20Listagem.pdf>> Acesso em: agosto de 2015.
- LUZ, T.C.B. Fatores associados ao uso de antiinflamatórios não esteróides em população de funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras de Epidemiol*, v.9, n.4, p.514-526, 2006.
- MARTINS, M.P.S.C. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. *Rev Bras Cardiol*, v.23, n.3, p.162-170, 2010.
- NOBLAT, A.C.B. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras de Cardiol*, v.83, n.4, p.308-313, 2004.
- OLIVEIRA, S.G. *Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados - MS*. (Dissertação). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <[bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=22-67](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=22-67)>. Acesso em 11 de setembro de 2014.
- OLIVEIRA, S.M.J.V. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto e Contexto em Enfermagem*, v.17, n.2, p.241-249, 2008.
- PERES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.5, p.635-642, 2003.
- PETRUZZELLIS, E.A.; RODRIGUES, F.M.; BOCK, P.M. Perfil de pacientes hipertensos em uma drogaria de Porto Alegre-RS. *Infarma*, v.25, n.4, p.170-177, 2013.
- PIATI, J.; FELICETTI, C.R.; LOPES, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. *Rev Bras Hipertens*, v.16, n.2, p.123-129, 2009.

- PLAVNIK, F.L. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. *Rev Bras Hipertens*, v.9, n.2, p.185-191, 2002.
- SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.; SIQUEIRA, E.F.G.; EGRY, E.Y. Determinantes Sociais & Hipertensão Arterial: um desafio na saúde coletiva. *Av en Enferm*, v.31, n.1, 2013.
- SALES, J.C.S. Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos de um centro de saúde, Teresina, PI. *Rev Multiprofissional em Saúde do Hospital São Carlos*, v.1, n.1.
- SANTOS-PINTO, C.D.B.; COSTA, N.R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc e Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2963-2973, 2011.
- SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileiras de Hipertensão arterial. 2007. (acesso em 12 out. 2014). Disponível em: <publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/V Diretriz-HA.pdf>.
- SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v.89, n.3, p. 24-79, 2007.
- SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileiras de Hipertensão arterial. 2007. Disponível em: <publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/V Diretriz-HA.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2012
- SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v.89, n.3, p. 24-79, 2007.
- SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Prevenção primária. *Rev Bras Hipertens*, v.9, n.4, 2002.
- SHOJI, S.L.; AMARANTE, L.C.; LOURENÇO, E.B. Perfil dos hipertensos usuários de medicamentos da farmácia popular de Alfenas-MG. *Udesc em Ação*, v.3, n.1. 2009: Disponível em: < <http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao>> Acesso em 11 de maio de 2015.
- SILVA, K.L. et al. Aspectos emocionais dos hipertensos na liga de hipertensão do hospital universitário. *Rev do Hospital Universitário*, v.7, n.1, p.9-13, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras de Cardiol*, v.95, n.1, p.1-31, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.
- SOUTO, D. Perfil terapêutico da hipertensão na Rede Médicos Sentinela – 12 anos depois. *Rev Port Med Geral Fam*, V.29, n.1, 2013.
- SOUZA, S.S; SILVA, J.M.; SANTOS, M.F. Análise do perfil da hipertensão e diabetes no município de Jequié-Ba. *Revista InterScientia*, v.2, n.1, p.63-76, 2014.
- TAVARES, D.M.S. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev Eletr de Enf*, v.13, n.2, p.211-218, 2011
- TRINDADE, F.T. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. *Rev Eletr de Enf*, v.15, n.2, p.496-505, 2013.

ZATTUNE, M.P.A; et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad de Saúde Pública*, v.22, n.2, p.285-294, 2006.

---

**Data da submissão:** 22.06.2016

**Emissão de parecer:** 18.07.2017

**Publicação:** 22.12.2017