

ASSOCIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM HOMENS HIPERTENSOS

ASSOCIATION OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN HYPERTENSIVE MEN

ASOCIACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HOMBRES HIPERTENSOS

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹
Pollyana Pereira Portela²
Claudia Geovana da Silva Pires³
Andreia Santos Mendes⁴
Mariana de Almeida Moraes⁵
Fernanda Carneiro Mussi⁶

Como citar este artigo: Gama GGG, Portela PP, Pires CGS, Mendes AS, Moraes MA, Mussi FC. Associação de características sociodemográficas com fatores de risco cardiovascular em homens hipertensos. Rev baiana enferm. 2022;36:e45904.

Objetivo: investigar a associação de características sociodemográficas com fatores de risco cardiovascular em homens hipertensos. **Método:** estudo transversal efetuado com 80 homens entrevistados e avaliados clinicamente. Dados analisados descritivamente e pelos testes Qui-Quadrado de Person ou Exato de Fisher. O nível de significância estatística foi de 5%. **Resultados:** houve maior prevalência de tabagismo em ≤ 60 anos ($p=0,002$), nível insuficiente de atividade física em ≥ 60 anos ($p=0,017$), fumantes passivos em brancos ($p=0,026$) e sem companheira ($p=0,039$) e consumo excessivo de álcool no final de semana em brancos ($p=0,043$) e homens com menor escolaridade ($p=0,041$). **Conclusão:** foi observada a associação de características sociodemográficas com elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular descontrolados em homens hipertensos.

Descritores: Doenças Cardiovasculares. Hipertensão. Fatores de Risco. Estilo de Vida. Saúde do Homem.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina de Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0221-0453>.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6840-4533>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-9309-2810>.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro da Comissão de Educação Permanente do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-6929-3951>.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0581-974X>.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. femussi@uol.com.br. <http://orcid.org/0000-0003-0692-5912>.

Objective: to investigate the association of sociodemographic characteristics with cardiovascular risk factors in hypertensive men. Method: a cross-sectional study was conducted with 80 men interviewed and clinically evaluated. Data were analyzed descriptively and by Fisher's Exact or Person Chi-Square tests. The level of statistical significance was 5%. Results: there was a higher prevalence of smoking in ≤ 60 years ($p=0.002$), insufficient level of physical activity in ≥ 60 years ($p=0.017$), passive smokers in whites ($p=0.026$) and without a partner ($p=0.039$), and excessive consumption of alcohol at the weekend in whites ($p=0.043$) and men with lower schooling ($p=0.041$). Conclusion: sociodemographic characteristics were associated with a high prevalence of uncontrolled cardiovascular risk factors in hypertensive men.

Descriptors: Cardiovascular Diseases. Hypertension. Risk Factors. Life Style. Men's Health.

Objetivo: investigar la asociación de características sociodemográficas con factores de riesgo cardiovascular en hombres hipertensos. Método: estudio transversal realizado con 80 hombres entrevistados y evaluados clínicamente. Datos analizados descriptivamente y por pruebas de Persona de Fisher o Chi-Cuadrado Exacto. El nivel de significación estadística fue del 5%. Resultados: hubo mayor prevalencia de tabaquismo en ≤ 60 años ($p=0,002$), nivel insuficiente de actividad física en ≥ 60 años ($p=0,017$), fumadores pasivos en blancos ($p=0,026$) y sin pareja ($p=0,039$) y consumo excesivo de alcohol en fin de semana en blancos ($p=0,043$) y hombres con menor escolaridad ($p=0,041$). Conclusión: se observó la asociación de características sociodemográficas con una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular no controlados en hombres hipertensos.

Descriptores: Enfermedades Cardiovasculares. Hipertensión. Factores de Riesgo. Estilo de Vida. Salud del Hombre.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que incluem as doenças cardiovasculares, são a principal causa de morbimortalidade no mundo⁽¹⁾. As taxas de morte continuam elevadas e podem ser principalmente decorrentes da falta de controle dos fatores de risco para esse grupo de doenças.

Dentre as DCNT, sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como fator de risco mais expressivo para doenças cardiovasculares. Estima-se que, em 2025, sua prevalência terá um aumento de 15% a 20%, podendo atingir 1,5 bilhão de pessoas⁽¹⁻³⁾. O aumento dessa doença é crescente nas populações, mesmo em países com maior renda, níveis de conscientização, tratamento e controle⁽³⁻⁵⁾.

Na perspectiva dos determinantes sociais de saúde, a HAS apresenta complexa natureza multifatorial. É um fator de risco cardiovascular, influenciado por aspectos comportamentais, econômicos, sociais, políticos e ambientais^(1,4). A ocorrência da HAS está associada à idade, sexo, raça/cor, herança genética, condições socioeconômicas, sedentarismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica e sal, estresse psicossocial, tabagismo, sobrepeso e obesidade^(3,5). Dentre

os fatores ambientais que concorrem para o aumento dos níveis da pressão arterial destacam-se as mudanças no estilo de vida, em que se incluem hábitos alimentares inadequados associados à inatividade física, uso abusivo do álcool e tabagismo⁽⁶⁾. Esses hábitos são estimulados pelos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização⁽⁷⁾.

Considera-se também que variáveis socioeconômicas, como raça/cor, renda, escolaridade e condições de moradia, exercem importante influência nos modos de viver e, conseqüentemente, no controle da HAS. Pessoas com menor escolaridade possuem menor conhecimento sobre a prevenção de doenças crônicas. A procura de serviços de saúde, por motivos preventivos, é maior por aquelas de melhor poder aquisitivo, enquanto que, para as mais pobres, é maior por motivo de doença⁽⁵⁾. Maior renda pode favorecer a prática de atividade física, a aquisição de medicamentos e alimentos, acesso a bens e serviços⁽⁷⁾.

O acompanhamento e o controle da HAS e de seus fatores de risco podem evitar o surgimento e a progressão das complicações da doença, reduzir o número de hospitalizações e

a mortalidade cardiovascular. Com vistas à prevenção desses fatores de risco e promoção da saúde da população, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias iniciativas articuladas, para fortalecer projetos terapêuticos direcionados à HAS. Em seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, há uma ênfase na criação e no fortalecimento de políticas e programas intersetoriais de promoção e proteção à saúde com foco na organização de serviços em rede e produção de informações baseadas em evidências⁽⁸⁾.

Quando se pensa na questão de gênero, os homens, a despeito de maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade e mortalidade, não buscam os serviços de atenção primária, como as mulheres, adentrando ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, cuja consequência é o agravamento da morbidade pelo retardo na atenção⁽⁹⁾. Desse modo, atrelado ao Plano de Ações Estratégicas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem⁽¹⁰⁾ vem sendo também associada com o objetivo de alcançar ações efetivas de saúde junto aos homens e dar ênfase à importância de estabelecimento de ações diferenciadas para controle da HAS nesse grupo da população.

Assim, torna-se importante conhecer a exposição da população masculina a fatores de risco para HAS, que é pouco divulgada na literatura. Sabe-se que a identificação desses fatores, como os hábitos de vida inadequados, o elevado nível de estresse e o excesso de peso, podem orientar práticas de cuidar interdisciplinares em saúde para o controle da HAS, um desafio a ser alcançado por profissionais de saúde e autoridades públicas.

Com base no exposto, estabeleceu-se como questão de pesquisa deste estudo: Qual a associação de características sociodemográficas com hábitos de vida, nível de estresse e medidas antropométricas em homens hipertensos? Assim, o objetivo do estudo consistiu em investigar a associação de características sociodemográficas com fatores de risco cardiovascular em homens hipertensos.

Método

O estudo transversal foi realizado em um centro de saúde de referência para o tratamento de doenças cardiovasculares e o Programa de Saúde do Homem (PSH) do Ministério da Saúde, localizado no município de Salvador, Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu em um período de seis meses, em 2015.

Os critérios de inclusão foram homens, com idade acima de 20 anos (idade mínima para ingressar no PSH), lúcidos, acompanhados no PSH, com diagnóstico médico HAS CID – I10/I15. Constituiu-se em critério de exclusão a falta, por qualquer razão física, de condição para realizar as medidas antropométricas.

Na coleta de dados, utilizou-se um instrumento para levantamento de dados sociodemográficos com questões abertas e fechadas sobre idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, ocupação atual, situação laboral e renda familiar mensal. Para conhecer os hábitos de vida, empregou-se um formulário com questões fechadas sobre tabagismo, consumo de álcool e de sal.

Considerou-se consumo excessivo de álcool o uso de cinco ou mais doses em uma mesma ocasião, isto é, mais de 15 g/dia⁽³⁾. O instrumento sobre dados clínicos e antropométricos foi formado por itens para registro de dados obtidos na aferição da pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ) e cálculos do índice de massa corpórea (IMC) e da razão cintura/quadril (RCQ).

Para avaliação do nível de atividade física e comportamento sedentário, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão reduzida, validado para o português, e recomendado para avaliação da atividade física em adultos de 15 a 69 anos⁽⁸⁾. Este instrumento levanta informações quanto à frequência e duração de caminhadas e de atividades físicas que exigem esforços físicos de intensidades moderada, vigorosa e caminhada, além do tempo despendido em atividades em posição sentada ou reclinada, em dias úteis (entre segunda e

sexta-feira) e no final de semana (sábado e domingo), tendo como período de referência uma semana habitual. Considerou-se homens com baixo nível de atividade física aqueles classificados como insuficientemente ativos/sedentários; aqueles com bom nível de atividade física foram classificados como ativos/muito ativos⁽⁹⁾. Considerou-se comportamento sedentário o homem que ficava sentado ≥ 240 minutos/dia⁽⁹⁾.

Outro instrumento aplicado foi a Escala de Estresse Percebido (PSS)⁽¹¹⁾, que mede o grau em que indivíduos percebem as situações vivenciadas como estressantes. Contém 14 itens (PSS 14) e a somatória dos escores das 14 questões varia de zero a 56. Quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse⁽¹¹⁾. A PSS pode ser usada em diversos grupos etários, dado que não possui questões específicas do contexto. Considerando que decisões clínicas são dicotômicas, e atendendo ao objetivo deste estudo em obter somente uma classificação momentânea sobre a situação do estresse, neste estudo, para análise das respostas, foi criado um ponto de corte de acordo com a média dos escores obtidos ($20,5 \pm 8,48$) e realizada a classificação do nível de estresse em baixo (0 a 20 pontos) e alto (21 a 40 pontos).

Os instrumentos de coleta de dados foram testados com homens atendidos no local do estudo, que não foram incluídos na amostra. Após o pré-teste, constatou-se a necessidade de adequação da linguagem em algumas questões, além de mudanças na ordem de apresentação, a fim de evitar a dispersão e o cansaço dos homens durante a entrevista. Esse pré-teste foi aplicado pela pesquisadora e por uma enfermeira mes-tranda treinada para atuar na coleta de dados.

Os homens foram abordados na sala de espera do lócus de estudo, antes ou depois da consulta médica, após confirmação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram recebidos em sala privativa, onde foi feita a exposição dos objetivos do estudo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a aquiescência para participar da pesquisa e assinatura do termo, foram entrevistados e, posteriormente, aferiu-se a pressão arterial e as medidas antropométricas.

Para aferição e interpretação da pressão arterial, adotou-se as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽³⁾ e utilizou-se aparelho digital da Omron HEM 705 CP. Para a verificação das medidas antropométricas, adotou-se os critérios propostos por Heyward e Stolarczyk⁽¹¹⁾. O IMC foi calculado pela fórmula $IMC = \text{peso em kg} / \text{altura}^2$, altura em cm, sendo considerado baixo peso $< 18,4 \text{ kg/m}^2$, eutróficos $\geq 18,5$ e $< 25,0 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $\geq 25,0$ e $< 30,0 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau I $> 30,0$ e $< 34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau II kg/m^2 e obesidade grau III $\geq 35,0 \text{ kg/m}^2$. A circunferência da cintura elevada para homens foi de $\geq 90 \text{ cm}$ ⁽¹²⁾.

Os dados formaram um banco no programa *Statistical Package of Social Science* (SPSS) 18.0 *for Windows*. As variáveis sociodemográficas foram analisadas em frequências percentuais e absolutas, médias e desvio-padrão. Para analisar as associações de interesse, usou-se o Teste Qui-Quadrado de Person ou Exato de Fisher. A significância estatística adotada foi de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Parecer n. 268.722/2013, emitido pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 09870313.4.0000.5531). A pesquisa respeitou os princípios éticos de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos⁽¹³⁾.

Resultados

A amostra de 80 homens foi obtida em seis meses de coleta de dados. A média de idade dos homens foi de 58,46 anos ($dp=8,64$), sendo a idade mínima de 36 anos e a máxima de 80 anos. Houve maior proporção entre 30 e 59 anos (56,2%), autodeclarados da raça/cor negra (91,2%), casados/em união estável (70,0%), com ensino fundamental incompleto/completo (47,5%), em situação laboral ativa (63,7%), com renda familiar mensal de até dois salários mínimos (57,5%), responsáveis pelo sustento da

família (95,0%) e procedentes de Salvador e Região Metropolitana (98,8%).

Os valores da pressão arterial estavam descontrolados ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg) em 70% dos homens. Destes, 30,0% foram classificados em hipertensão estágio I, 27,5% em hipertensão estágio II e 12,5% em hipertensão estágio III. Constatou-se que 91,3% não fumavam atualmente, porém 40,0% eram fumantes passivos. O consumo de bebida alcoólica foi excessivo para 8,7% durante a semana e 38,7% no final de semana. Quanto ao nível de atividade física, 35,0% eram insuficientemente ativos, 12,5% sedentários e 95,0% tinham tempo elevado em comportamento sedentário. O nível de estresse foi alto para 50,0%. Predominou excesso de peso (82,5%), estando 55,0% com sobrepeso e 27,5% com obesidade. Constatou-se $CC > 90$ cm em 82,5% e risco alto/muito alto para doença cardiovascular devido a RCQ em 60,0%.

Considerando que fatores de riscos descontrolados agregados podem potencializar o surgimento e/ou descontrole da HAS, chama-se atenção para o fato de que, nesta amostra, a média de fatores de risco descontrolados agregados foi de 3,59 ($dp=1,2$), os quais incluíram tabagismo atual ou passivo, consumo excessivo de bebida alcoólica, baixo nível de atividade física, alto nível de estresse, excesso de peso ($IMC \geq 25$ kg/m^2), CC não recomendada e consumo adicional de sal na comida pronta. Mais de um terço (32,5%) tinham quatro fatores descontrolados e mais da metade (57,5%) agregaram de quatro a seis fatores.

Com relação à idade, observou-se maior proporção de homens tabagistas com idade inferior

a 60 anos ($p=0,002$) e de homens com nível insuficiente de atividade física com idade maior ou igual a 60 anos ($p=0,017$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre idade e demais fatores de risco estudados, porém houve maior prevalência desses em homens abaixo de 60 anos, exceto em tempo excessivo gasto sentado.

Com relação à raça/cor autodeclarada, a prevalência de fumantes passivos ($p=0,026$) e de consumo excessivo de bebida alcoólica no final de semana ($p=0,043$) foi maior em brancos do que negros. Não houve no estudo homens brancos que fumavam ou consumiam bebidas alcoólicas em excesso na semana. Não houve diferença estatisticamente significativa entre raça/cor e os demais fatores de risco, mas os homens negros eram mais irregularmente ativos/sedentários e tinham nível de estresse mais alto que os brancos. A totalidade dos homens brancos apresentou comportamento sedentário.

Relacionado à situação conjugal, a prevalência de fumantes passivos foi maior em homens sem companheira ($p=0,039$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a situação conjugal e os demais fatores estudados. No entanto, encontrou-se maior prevalência de homens com companheira que consumiam bebida alcoólica em excesso durante e no final de semana, eram irregularmente ativos/sedentários e tinham alto nível de estresse. Tabagismo atual e comportamento sedentário foram prevalentes em homens sem companheira.

A Tabela 1 mostra a associação das características sociodemográficas com tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Tabela 1 – Associação das características sociodemográficas com tabagismo e consumo excessivo de álcool. Salvador, Bahia, Brasil – 2015. (N=80) (continua)

Características sociodemográficas	Tabagismo atual		Fumante passivo		Consumo excessivo bebida alcoólica durante a semana		Consumo excessivo bebida alcoólica final de semana	
	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p
Idade								
30-60 anos (n=45)	4(8,9)	0,002(1)	22(48,9)	0,066(2)	5(11,1)	0,39(1)	21(46,7)	0,099(2)
≥ 60 anos (n=35)	3(8,6)		10(28,6)		2(5,7)		10(28,6)	

Tabela 1 – Associação das características sociodemográficas com tabagismo e consumo excessivo de álcool. Salvador, Bahia, Brasil – 2015. (N=80) (conclusão)

Características sociodemográficas	Tabagismo atual		Fumante passivo		Consumo excessivo bebida alcoólica durante a semana		Consumo excessivo bebida alcoólica final de semana	
	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p
Raça/Cor								
Branca (n=7)	-	0,735(2)	3(42,8)	0,026(1)	-	0,615(2)	7(100,0)	0,043(2)
Negra (n=73)	7(9,6)		29(39,7)		7(9,3)		24(32,9)	
Situação conjugal								
Com companheira (n=56)	3(5,35)	0,101(1)	22(39,3)	0,039(2)	5(8,9)	0,218(1)	23(41,1)	0,702(2)
Sem companheira (n=24)	4(16,7)		10(41,7)		2(8,33)		8(33,3)	
Escolaridade								
Até ensino fundamental (n=38)	3(7,9)	0,066(1)	13(34,2)	0,315(2)	3(7,9)	0,163(1)	15(39,5)	0,041(2)
Ensino médio/Superior (n=42)	4(9,5)		19(45,2)		4(9,5)		16(38,1)	
Situação Laboral								
Com ocupação (n=51)	3(5,9)	0,229(1)	24(47,0)	0,087(2)	5(9,8)	0,784(1)	23(45,1)	0,068(2)
Sem ocupação (n=29)	4(13,8)		8(27,6)		2(6,9)		8(27,6)	
Renda Familiar Mensal								
Até 2 Salários Mínimos (n=46)	2(4,3)	0,105(1)	20(43,8)	0,460(2)	5(10,9)	0,167(1)	18(39,1)	0,242(2)
≥3 Salários Mínimos (n=34)	5(14,7)		12(35,3)		2(5,9)		13(38,2)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

(1) Teste exato de Fisher.

(2) Teste qui-quadrado de Pearson.

Com relação à escolaridade, houve maior prevalência de consumo excessivo de bebida alcoólica no final de semana para homens com menos anos de estudo ($p=0,041$). Os demais fatores de risco predominaram em homens com maior escolaridade, exceto o tempo elevado em comportamento sedentário, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Na análise da associação entre situação laboral e variáveis de interesse não houve diferença estatisticamente significativa. Observou-se que tabagismo atual, tempo elevado em comportamento sedentário e alto nível de estresse predominaram em homens sem ocupação, enquanto que fumo

passivo, consumo excessivo de bebida alcoólica durante e no final de semana e nível insuficiente de atividade física foram prevalentes em homens com ocupação.

Com relação à renda familiar mensal, não houve diferença estatisticamente significativa nas associações de interesse, porém renda baixa foi prevalente em fumantes passivos e que consumiam bebida alcoólica em excesso durante e no final de semana. Em homens com melhor condição socioeconômica predominou o tabagismo atual, o nível insuficiente de atividade física e o alto nível de estresse (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação das características sociodemográficas com o nível de atividade física, comportamento sedentário e nível de estresse. Salvador, Bahia, Brasil – 2015. (N=80)

Características sociodemográficas	Nível de atividade física irregularmente ativo/sedentário		Tempo ≥ 240 min/dia em comportamento sedentário		Alto nível de estresse	
	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p
Idade						
30-60 anos (n=45)	18(40,0)	0,017(2)	44(97,8)	0,375(2)	25(55,6)	0,260(2)
≥60 anos (n=35)	20(57,1)		35(100,0)		15(42,8)	
Raça/Cor						
Branca (n=7)	3(42,8)	0,570(1)	7(100,0)	0,097(2)	3(42,8)	0,692(1)
Negra (n=73)	35(47,9)		72(98,6)		37(50,7)	
Situação conjugal						
Com companheira (n=56)	30(53,5)	0,251(2)	55(98,2)	0,510(2)	30(53,5)	0,329(2)
Sem companheira (n=24)	8(33,3)		24(100,0)		10(41,7)	
Escolaridade						
Até ensino fundamental (n=38)	14(36,8)	0,187(2)	38(100,0)	0,338(2)	18(47,4)	0,654(2)
Ensino médio/Superior (n=42)	24(57,1)		41(97,6)		22(52,4)	
Situação Laboral						
Com ocupação (n=51)	26(51,0)	0,479(2)	50(98,0)	0,448(2)	22(43,1)	0,104(2)
Sem ocupação (n=29)	12(41,4)		29(100,0)		18(62,0)	
Renda Familiar Mensal						
Até 2 Salários Mínimos (n=46)	20(43,5)	0,69(2)	45(97,8)	0,387(2)	21(45,6)	0,366(2)
≥3 Salários Mínimos (n=34)	18(52,9)		34(100,0)		19(55,9)	

Fonte: Elaboração própria.

(1) Teste exato de Fisher.

(2) Teste qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 3, mostra-se a associação entre características sociodemográficas e as medidas antropométricas não recomendadas. O excesso de peso, a CC elevada e os valores da RCQ compatíveis com alto risco para doença cardiovascular foram prevalentes em homens com menos de 60 anos e maior escolaridade, havendo diferença estatisticamente significativa para RCQ.

Quanto à raça/cor autodeclarada, prevaleceram todas as medidas antropométricas não recomendadas em homens brancos, com diferença

estatisticamente significativa para excesso de peso e CC aumentada.

Não houve associação entre situação conjugal e variáveis de interesse. Com relação à situação laboral, os homens sem ocupação apresentaram maior prevalência de CC não recomendada, com diferença estatisticamente significativa. Quanto à renda familiar, houve maior prevalência de excesso de peso e CC não recomendada para aqueles com baixa renda (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação das características sociodemográficas com as medidas antropométricas não recomendadas em homens hipertensos. Salvador, Bahia, Brasil – 2015. (N=80)

Características sociodemográficas	Excesso de Peso		Circunferência da cintura não recomendada		Risco cardiovascular alto para razão cintura/quadril	
	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p	n(%)	Valor p
Idade						
30-60 anos (n=45)	39(86,7)	0,266(2)	38(84,4)	0,604(2)	27(77,1)	0,000(2)
≥60 anos (n=35)	27(77,1)		28(80,0)		21(60,0)	
Raça/Cor						
Branca (n=7)	6(85,7)	0,054(2)	6(85,7)	0,054(2)	5(71,4)	0,417(1)
Negro (n=73)	60(82,2)		60(82,2)		43(58,9)	
Situação conjugal						
Com companheira (n=56)	47(83,9)	0,607(2)	45(80,3)	0,44(1)	37(66,1)	0,090(2)
Sem companheira (n=24)	19(79,2)		21(87,5)		11(45,8)	
Escolaridade						
Até ensino fundamental (n=38)	30(78,9)	0,426(2)	29(76,3)	0,166(2)	18(47,4)	0,028(2)
Ensino médio até Superior (n=42)	36(85,7)		37(88,1)		30(71,4)	
Situação Laboral						
Com ocupação (n=51)	44(86,3)	0,239(2)	42(82,3)	0,002(2)	29(56,9)	0,448(2)
Sem ocupação (n=29)	22(75,9)		24(82,7)		19(65,5)	
Renda familiar mensal						
Até 2 Salários Mínimos (n=46)	38(82,6)	0,000(2)	38(82,6)	0,000(2)	26(56,5)	0,460(2)
≥3 Salários Mínimos (n=34)	28(82,3)		28(82,3)		22(64,7)	

Fonte: Elaboração própria.

(1) Teste exato de Fisher.

(2) Teste qui-quadrado de Pearson.

Discussão

Neste estudo, a maioria dos homens hipertensos tinha idade entre 30 e 60 anos, consoante com outra investigação, que mostrou o surgimento do quadro hipertensivo neste gênero na faixa etária entre 40 e 60 anos^(3,14). As características socioeconômicas predominantes no estudo, como dependência de atendimento pelo Sistema Único de Saúde, raça/cor negra, baixa escolaridade e renda familiar, as confirmam como potencializadoras do risco para doenças cardiovasculares⁽²⁾. A maior prevalência da HAS em negros hipertensos reforça os achados de outros estudos, evidenciando que a relação entre a doença e a raça/cor pode ser justificada por variações genéticas, pois os negros apresentam maiores níveis de vasopressina plasmática e maior declínio da resposta renal vinculada à presença de genes

para retenção de sal, assim como estão expostos a condições socioeconômicas adversas^(1-2,15).

Apesar de a HAS ser passível de controle pelo tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida, os índices de controle da doença ainda são baixos. Neste estudo, a maioria dos homens tinha pressão arterial descontrolada, mesmo acompanhados por equipe multidisciplinar em centro de referência. Estudo mostra que apenas cerca de um terço das pessoas hipertensas tem a pressão arterial controlada⁽¹⁶⁾. As taxas de baixo controle foram constatadas em outras investigações e associaram-se à dificuldade de adesão à terapêutica medicamentosa ou não^(2-4,17), incluindo a dieta restritiva, a necessidade da incorporação da atividade física e outros hábitos saudáveis e da terapia medicamentosa anti-hipertensiva na rotina de vida. Nesse sentido, as mudanças nos modos de ser

e de viver não podem ser veiculadas como medidas normativas, mas precisam considerar a perspectiva e as condições do indivíduo para o cuidado de si. O compartilhamento clínico pode otimizar os resultados no tratamento da doença⁽¹⁻³⁾.

Outro aspecto a ser considerado no cuidado dos homens hipertensos é a ocorrência simultânea de fatores de risco. Neste estudo, a média de fatores de risco agregados e descontrolados foi alta, o que potencializa o risco para evento cardiovascular. O tabagismo atual foi referido em menor frequência, mas um percentual expressivo era fumante passivo, o que contribuiu para o descontrole da HAS em pessoas com e sem doença cardiovascular. A prevalência de 41,3% do tabagismo, encontrada em um estudo, foi maior em homens, e este fator, somado à predisposição maior do sexo masculino de desenvolver hipertensão, aumenta as chances de homens tabagistas serem hipertensos⁽¹⁸⁾.

Apesar do consumo excessivo de bebida alcoólica estar associado linearmente ao aumento da pressão arterial^(2,4,15), pois a cada 30 ml de álcool etílico ingerido pode ocorrer elevação da pressão arterial em 2 mmHg⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, constatou-se, na amostra, consumo excessivo, especialmente nos finais de semana.

Neste estudo, constatou-se também prevalência elevada de baixo nível de atividade física e de tempo elevado em comportamento sedentário. A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular⁽³⁾. A falta de conhecimento sobre a sua importância e os baixos níveis de atividade física relacionaram-se positivamente ao descontrole dos níveis pressóricos⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, metade dos homens apresentou alto nível de estresse e a exposição a esse fator está associada ao aumento da pressão arterial⁽¹¹⁾. Os fatores emocionais representados pela depressão, transtornos de ansiedade, hostilidade e raiva e o estresse crônico provocado pelo baixo padrão socioeconômico, problemas financeiros, no trabalho e na família⁽²⁻⁴⁾ geram também aumento progressivo da aterosclerose e o surgimento da doença coronária⁽¹⁹⁾.

Nesta pesquisa, elevada proporção de homens também apresentou excesso de peso e CC elevada, corroborando estudo que verificou associação positiva entre HAS e excesso de peso⁽¹⁹⁾. Algumas investigações apontam que a CC elevada está mais associada à doença do que à obesidade propriamente dita⁽¹⁸⁾. A relação entre o aumento de peso e a pressão arterial é quase proporcional e observada em adultos e adolescentes⁽¹⁹⁾.

O tabagismo foi prevalente em homens entre 30 e 59 anos, corroborando outras pesquisas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Além disso, o tabagismo passivo prevaleceu em homens sem companheira e brancos. Dados referentes a essas associações não foram encontrados na literatura, mas o tabagismo passivo já foi relacionado a adultos jovens, economicamente ativos e com vulnerabilidade ao fumo passivo em atividades laborais⁽⁴⁾.

O consumo excessivo de álcool é fator de risco para mortes prematuras e incapacidades⁽²⁾. Neste estudo, o consumo abusivo no final de semana foi maior em homens brancos e com menor escolaridade. Existem divergências na literatura sobre a relação entre escolaridade, nível socioeconômico e uso de álcool. Há evidência de que pessoas com menor nível socioeconômico são mais susceptíveis a sofrer consequências relacionadas ao uso da bebida⁽²⁰⁾. A cor da pele branca entre homens vem sendo associada ao uso de álcool, entretanto pessoas dessa cor têm menor probabilidade de episódio de uso excessivo, o que coincide com menor mortalidade por transtornos relacionados ao álcool⁽²⁰⁾.

Os fatores de risco modificáveis para HAS são influenciados por condições de vida e se expressam em modos de vida e nas relações que as pessoas estabelecem em seu contexto socioeconômico e cultural. Para uma abordagem adequada à pessoa hipertensa, é preciso considerar, além dos fatores de risco tradicionais, condições socioeconômicas, conhecimentos, experiências e a percepção da seriedade da doença, a complexidade do tratamento e o projeto individual de cuidado com a própria saúde. O descontrole de fatores de risco nos homens estudados desafia profissionais de saúde e autoridades públicas

no desenvolvimento de estratégias e aplicação efetiva das políticas públicas que os ajudem a encontrar, no âmbito de suas possibilidades, novas formas de ser e de viver.

Não se pode perder de vista que não é fácil a mudança de comportamento e que a educação em saúde, aplicada numa relação dialógica entre profissional-cliente, pressupõe minimamente que os profissionais conheçam a população que estão assistindo, entendam seus costumes e avancem na promoção de práticas de cuidado que minimizem os comportamentos de risco e favoreçam a preservação da própria vida.

Ressalta-se, como limitação do estudo, o tamanho da amostra, resultado da dificuldade de recrutamento dos homens, em virtude da reforma do lócus de estudo e a desarticulação do núcleo de referência para o Programa de Saúde do Homem, em Salvador (BA), e ter sido realizado em centro único (unicêntrico). Sugere-se que as etapas do projeto sejam reaplicadas em outros serviços de saúde, com ampliação da amostra, para dar maior poder ao estudo.

A investigação contribuiu para uma reflexão da equipe de saúde sobre a possibilidade de incorporação de intervenções inovadoras e interdisciplinares no processo de cuidar, visando a mudança de hábitos de vida e melhor controle de parâmetros clínicos e antropométricos de homens hipertensos, considerando perspectivas culturais, condições socioeconômicas, preferências, preocupações, dúvidas, projetos e condições de autocuidado.

Conclusão

A amostra apresentou parâmetros antropométricos descontrolados, hábitos de vida inadequados e níveis pressóricos elevados, o que impõe risco à saúde. O sedentarismo foi associado a idosos; o consumo excessivo de álcool no final de semana a homens brancos e com baixa escolaridade; o tabagismo atual à faixa etária de 30 a 59 anos, e o tabagismo passivo a homens brancos e sem companhia. Algum indicador de excesso de peso foi identificado em homens com maior escolaridade, idade inferior a

60 anos, raça/cor branca, situação laboral inativa e baixa renda. Tais indicadores não poderão ser minimizados exclusivamente pela aplicação de tecnologias de alta complexidade, mas, sobretudo, pela mudança de estilo de vida e melhoria na condição de vida, o que implica em melhor acesso a bens e serviços e na mudança de modelos assistenciais vigentes, que não logram resultados satisfatórios para o controle da doença. A elevada prevalência de fatores de risco descontrolados para hipertensão associados a variáveis sociodemográficas impõe risco à saúde e aponta a necessidade de políticas públicas e ações direcionadas a promoção da saúde do homem.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Glicia Gleide Gonçalves Gama, Pollyana Pereira Portela e Fernanda Carneiro Mussi;

2 – análise e interpretação dos dados: Glicia Gleide Gonçalves Gama, Pollyana Pereira Portela, Claudia Geovana da Silva Pires, Andreia Santos Mendes, Mariana de Almeida Moraes e Fernanda Carneiro Mussi;

3 – redação e/ou revisão crítica: Glicia Gleide Gonçalves Gama, Pollyana Pereira Portela, Claudia Geovana da Silva Pires, Andreia Santos Mendes, Mariana de Almeida Moraes e Fernanda Carneiro Mussi;

4 – aprovação da versão final: Glicia Gleide Gonçalves Gama, Claudia Geovana da Silva Pires, Andreia Santos Mendes e Fernanda Carneiro Mussi.

Referências

1. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Suppl 1):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>
2. Yang F, Qian D, Hu D. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the older population: results from the multiple national studies on ageing. *J Am Soc Hypertens*. 2016;10(2):140-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jash.2015.11.016>

3. Malaquias MVB, Gomes MAM, Nobre F, Alessi A, Feitosa AD, Coelho EB. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 2 Diagnosis and Classification. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3 Suppl 3):1-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160152>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL BRASIL 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília (DF); 2018 [2020 Oct 22]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
5. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(Suppl 1):4s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
6. Mariosa DF, Ferraz RRN, Santos-Silva EN. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. *Ciênc saúde colet.* 2018;23(5):1425-36. DOI: [10.1590/1413-81232018235.20362016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20362016)
7. Yu E, Malik VS, Hu FB. Cardiovascular Disease Prevention by Diet Modification: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(8):914-26. DOI: [10.1016/j.jacc.2018.02.085](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.085)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília (DF); 2021 [cited 2022 Apr 15]. Available from: https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
9. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001;6(2):5-12. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (DF); 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde) [cited 2016 Sep 8]. Available from: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/sauade_do_homem.pdf
11. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):606-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
12. Heyward VH, Stolarczyk LM. Applied body composition assessment. Champaign (IL): Human Kinetics; 1996.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF); 2012 [cited 2015 Oct 20]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. World Health Organization. Body mass index – BMI [Internet]. Geneva (CHE); 2004 [cited 2015 Oct 20]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
15. Muntner P, Abdalla M, Correa A, Griswold M, Hall JE, Jones DW, et al. Hypertension in Blacks: Unanswered Questions and Future Directions for the JHS (Jackson Heart Study). *Hypertension.* 2017;69(5):761-9. DOI: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09061](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09061)
16. Tortorella CCS, Corso ACT, Gonzáles-Chica DA, Melhen ARF. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(3):469-80. DOI: [http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300005](https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300005)
17. Yu E, Malik VS, Hu FB. Cardiovascular Disease Prevention by Diet Modification: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(8):914-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.085>
18. Mertins SM, Kolankiewicz ACB, Rosanelli CLSP, Loro MM, Poli G, Winkelmann ER, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av enferm.* 2016;34(1):30-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125)
19. Dutra MT, Martins KG, Reis DB, Santos DK, Faria EX, Araújo PCR. Prevalência de obesidade e hipertensão arterial em uma comunidade urbana do Distrito Federal, Brasil. *Rev Aten Saúde.* 2019;17(59):4-9. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5054>

20. Macinko J, Mullachery P, Silver D, Jimenez G, Morais-Neto OL. Patterns of Alcohol Consumption and Related Behaviors in Brazil: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). PLoSOne. 2015;10(7):e0134153. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134153>

Recebido: 31 de agosto de 2021

Aprovado: 26 de abril de 2022

Publicado: 09 de agosto de 2022



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC). Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.