A RELAÇÃO DA OBESIDADE E A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM HOMENS BRASILEIROS

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Jéssica Barreto Pereira
Layz Dantas de Alencar
Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras- Paraíba – Brasil.
rmeryco_dantas@hotmail.com

RESUMO

O grupo masculino se expõe mais aos riscos de adoecimento que mulheres. As doenças crônicas degenerativas é uma realidade, e dentre elas destaca-se a hipertensão e a obesidade que mantêm relação direta. Estudo temporal, de abordagem quantitativa, tendo como fonte a o DataSus. O objetivo geral foi investigar a relação da hipertensão arterial e obesidade em homens, bem como identificar a faixa etária e a raça em que esses agravos ocorrem com mais prevalência nas regiões Sudeste e Nordeste no período de 2008 a 2012. Resultados revelou que a hipertensão foi mais frequente no Sudeste no ano de 2008, apresentando um comportamento ascendente, e no Nordeste em 2010, com comportamento ascendente e depois descendente. Diferentemente do literatura e dos dados do Brasil, a raça mais acometida na região sudeste foi a branca.No Nordeste a raça parda foi a mais prevalente, reforçando a literatura. É necessário a incorporação de medidas preventivas com ênfase na atividade física e na reeducação alimentar para combater a obesidade e controlar os níveis pressóricos, diminuindo suas complicações e os índices de internações.
PALAVRAS – CHAVES: Homens, obesidade, hipertensão arterial

INTRODUÇÃO:

Hipertensão Arterial (HA) e Obesidade são agravos de importância para a saúde publica. Como o homem visualiza-se como um ser invulnerável e se expõe a fatores de risco para estas doenças mais do que as mulheres. A descoberta dessas doenças tardiamente, ou em seus estágios mais graves, que poderiam ser evitados, requer um olhar mais cuidadoso.

A HA é a doença crônica degenerativa mais prevalente no mundo, caracterizada por níveis tensionais elevados e sustentados (>140/90 mmHg nos adultos). Definida como condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC; SBH; SBN, 2010). Estima-se que 1 em cada 3 pessoas no mundo possuam hipertensão, representando cerca de 2 bilhões de pessoas. Atinge principalmente pessoas com mais de 50 anos, e pessoas com pressão arterial normal apresentam 50% de chance de adquirir hipertensão. Além disso, diversos fatores genéticos e ambientais influenciam no aumento da pressão arterial, relacionados com a hereditariedade e componente familiar genético, afetando significantemente mais os homens. (BRASIL, 2006; SBC; SBH; SBN, 2010).

Dentre os fatores de risco a obesidade desponta com valor significativo. Por sua incidência é considerada um grande agravo mundial, com elevado crescimento epidemiológico, mesmo em países que sofrem com fome e desnutrição (FERREIRA et al., 2005). Ocasionada pelo acumulo de gordura, quase sempre por um consumo excessivo de calorias na alimentação, excedente às necessidades diárias e pela diminuição dos gastos energéticos, é caracterizada como uma epidemia mundial que não respeita fronteiras (OMS, 2012, MARQUES-LOPES et al., 2004)

De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, estatisticamente morrem por ano 200 mil pessoas por obesidade (SOUSA et al., 2003). O Brasil tem cerca de 18 milhões de pessoas consideradas obesas, e somadas aos indivíduos com sobrepeso, este

número chega a 70 milhões, o dobro de há três décadas (GIGANTE et al., 2004). O aumento da obesidade gera, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis (tabagismo, alcoolismo, hipertensão) gastos em saúde (WHO, 2002).

A melhor forma de combate a obesidade, quando sua existência está relacionada a dieta rica em calorias e baixo gasto energético, é a reeducação alimentar e a prática de atividades físicas. Estudos mostram que os maiores riscos de hipertensão e obesidade são mais evidenciados nos grandes centros urbanos que em cidades menores, resultando do maior consumo de alimentos, estresse, inatividade física (SBC; SBH; SBN, 2010). Para evitar estes agravos a população deve adotar hábitos de vida mais saudáveis, tendo em vista dietas adequadas e praticas regulares de atividades físicas (SBH; SBC; SBEM; SBD; ABEO, 2005).

A atividade física regular é importante para o balanço energético, o controle do peso,da glicemia e da pressão arterial, melhora os quadros de estresse emocional, bem como para diminuição dos índices de morbimortalidade (FERRAZ; MACHADO, 2008). Porém, é necessário que ocorra reeducação alimentar, onde a dieta apresente valor nutricional capaz de manter o peso corporal, e sendo composta de teor moderado de gordura, baixo de açucares simples, frutas, hortaliças, leguminosas, cereais (GERALDO; ALFENAS, 2008).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo temporal, exploratório de base documental, com abordagem quantitativa, cujo objetivo geral foi investigar a relação da hipertensão arterial e obesidade em homens, bem como identificar a faixa etária e a raça em que esses agravos ocorrem com mais prevalência nas regiões Sudeste e Nordeste. Para aquisição dos dados, acessou-se o site do DataSus, nos registros de 2008 a 2012 no tocante a internações. A amostra definiu-se pelo total de registros ocorridos no período de 2008 a 2012. Foram trabalhadas duas variáveis: faixa etária e raça. A análise dos dados foi realizada com estatística simples descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os dados revelaram que tanto a hipertensão como a obesidade são mais prevalentes e provocam mais internações na região Sudeste (1627/51212) que na Nordeste (231/34416). Com uma relação de 7:1 obesos internados e 1.5/1 hipertensos internados.

Na tabela 1 percebe-se que o comportamento da Hipertensão na região Sudeste foi ascendente, sinalizando que está havendo um controle mais efetivo nos níveis pressóricos diminuindo assim suas complicações. No nordeste o comportamento inicial foi ascendente (até 2010) e a partir daí descendente. Silva (2011) relata que para a ocorrência do controle pressórico adequado este deve passar pela adesão ao tratamento e acompanhamento pelo Serviço de Saúde. Araújo; Guimarães (2007) afirmam que o quando uma adesão é bem sucedida, ela gera uma maior regularidade no tratamento e oferece maiores oportunidades para ajuste da dose dos medicamentos e supervisão da terapêutica não medicamentosa.

Na tabela 2 evidencia-se que a ocorrência da obesidade foi mais frequente na raça parda na Região Nordeste (média de 46.2 internações ano) e na branca na região Sudeste (média de 325.4 internações ano). Como fator de risco modificável para a hipertensão, é necessário uma mudança no estilo de vida dos hipertensos com ênfase na dieta e na atividade física. Magalhães et al. (2010) destacam que a mortalidade e o risco de Doenças Cardiovasculares é duas vezes maior em sedentários e que o exercício aeróbico é capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 7 mmHg e a pressão arterial diastólica em 5mmHg. Dantas (2013) afirma que a prática regular de atividade física provoca melhoria na saúde de quem a pratica, pois além do benefício da perda de peso, ela age também sobre outros fatores que podem colaborar para a instalação da HAS.

Tabela 1 – Distribuição da Hipertensão nas Regiões Nordeste e Sudeste por faixa etária e cor no período de 2008 a 2012.

Ano/cor		Faixa etária												
		Nordeste							Sudeste					
		<40		40-59		>60		Total	<40		40-59		>60		Total
2008	Branca	114	8.7	389	29.7	808	61.6	1311	651	8.7	2693	36.2	4101	55.1	7445
	Preta	28	8.4	95	28.3	212	63.3	335	147	12.4	506	42.6	534	45	1187
	Parda	555	10.7	1555	29.9	3082	59.4	5192	334	11.8	1162	40.8	1346	47.3	2842
	Amarela	3	4.3	21	30.5	45	65.2	69	3	4.9	21	34.4	37	60.1	61
	Indígena	2	13.3	4	26.7	9	60	15	22	64.7	11	32.4	1	2.9	34
	Total	702		2064		4156		6922	1157		4393		6019		11569
2009	Branca	125	10.4	334	27.6	750	62	1209	630	9.4	2330	34.8	3727	55.7	6687
	Preta	29	8.1	93	26	235	65.9	357	164	15.2	421	39	495	45.8	1080
	Parda	625	10.4	1672	28	3683	61.6	5980	355	11.7	1226	40.2	1461	48.1	3042
	Amarela	4	11.7	8	23.5	22	68.8	34	2	4.1	22	44.9	25	51	49
	Indígena	1	16.7	2	33.3	3	50	6	1	2.4	14	33.3	27	64.3	42
	Total	784		2109		4693		7586	1152		4013		5735		10900
2010	Branca	99	10.3	277	28.9	583	60.8	959	514	8.3	2148	34.8	3503	56.8	6165
	Preta	42	12	102	29.1	206	58.9	350	130	13.4	406	41.8	435	44.8	971
	Parda	723	11.5	1869	29.8	3684	58.7	6276	329	10.5	1209	38.5	1598	51	3136
	Amarela	7	20	15	42.9	13	37.1	35	1	2.3	19	44.2	23	53.5	43
	Indígena	2	15.4	5	38.4	6	46.2	13	0	0	9	32.1	19	67.9	28
	Total	873		2258		4492		7633	974		3791		5578		10343
2011	Branca	94	11.4	227	27.4	506	61.2	827	478	8	2001	33.6	3483	58.4	5962
	Preta	31	9.1	94	27.8	214	63.1	339	141	14	391	38.8	475	47.2	1007
	Parda	657	11.1	1770	29.9	3490	60	5917	294	10.1	1099	37.8	1515	52.1	2908
	Amarela	2	8.7	6	26.1	15	65.2	23	7	8.4	35	42.2	41	49.4	83

	Indígena	0	0	0	0	2	100	2	0	0	0	0	0	0	0
	Total	784		2197		4227		7108	920		3526		5514		9960
2012	Branca	70	10.7	202	30.7	385	58.6	657	460	9.2	1694	34	2833	56.8	4987
	Preta	25	9.4	88	33.2	152	57.4	265	111	13.3	313	37.5	411	49.2	835
	Parda	552	10.1	819	19.4	2848	67.5	4219	219	8.6	1086	42.6	1244	48.8	2549
	Amarela	1	4.2	8	33.3	15	62.5	24	7	10.3	25	36.8	36	52.9	68
	Indígena	0	0	0	0	2	100	2	0	0	1	100	0	0	1
	Total	648		1117		3402		5167	797		3119		4524		8440

A tabela 3 evidencia a ocorrência da hipertensão e da obesidade nas duas regiões manteve o padrão para a raça branca na Sudeste e parda na Nordeste, este último semelhante ao encontrado no Brasil. O comportamento da região Sudeste se torna distante do que a literatura aponta. Estudos de Costa et al. (2007) e Magnabosco (2007) revelam a ocorrência da hipertensão na raça não branca, com uma freqüência de duas vezes maior que na branca. Silva (2011) destaca ainda que a gravidade da doença também é mais incidente grupo não branco.

Ainda destaca-se o fato de que a região Sudeste responde em média por 48% dos casos de internação por obesidade e 41% pelos de hipertensão. O Nordeste responde respectivamente por 6.4% e 28.6%.

Tabela 2 Distribuição da Obesidade essencial nas Regiões Nordeste e Sudeste por faixa etária e raça no período de 2008 a 2012.

Ano/cor	Faixa etária													
	Nordeste							Sudeste						
	< 40	%	40-59	%	>60	%	Total	< 40	%	40-59	%	>60	%	Total

Continuação da tabela 2

2008	Branca	5	62.5	3	37.5	0	0	8	126	56.3	93	41.5	5	2.2	224
	Preta	11	76.6	2	14.3	1	7.1	14	7	53.8	5	38.5	1	7.7	13
	Parda	9	69.2	4	30.8	0	0	13	22	64.7	11	32.4	1	2.9	34

	Total	25	71.4	9	25.7	1	2.9	35	75	27.7	99	36.5	7	2.6	271
2009*	Branca	3	37.5	5	62.5	0	0	8	156	70.2	63	28.4	3	1.4	222
	Preta	5	55.6	4	44.4	0	0	9	6	54.5	4	36.4	1	9.1	11
	Parda	15	53.6	13	46.4	0	0	28	19	50	19	50	0	0	38
	Total	23	51.1	22	48.9	0	0	45	150	52.5	86	35.8	4	1.7	240
2010	Branca	3	42.9	4	57.1	0	0	7	122	51	110	46.1	7	2.9	239
	Preta	2	28.6	5	71.4	0	0	7	17	70.8	7	29.2	0	0	24
	Parda	19	70.4	8	29.6	0	0	27	30	55.6	23	42.6	1	1.8	54
	Total	24	48	26	52	0	0	50	169	53.3	140	44.2	8	2.5	317
2011	Branca	5	50	5	50	0	0	10	160	55	117	40.2	14	4.8	291
	Preta	8	80	1	10	1	10	10	8	47	9	52.9	0	0	17
	Parda	21	70	9	30	0	0	30	42	53.2	33	41.8	4	5.1	79
	Total	34	68	15	32	1	2	50	156	40.3	159	41.1	18	4.7	387
2012	Branca	1	100	0	0	0	0	1	156	49.8	148	47.3	9	2.9	313
	Preta	4	40	6	60	0	0	10	4	28.6	10	71.4	0	0	14
	Parda	25	62.5	15	37.5	0	0	40	37	43.5	53	62.3	1	1.2	85
	Total	30	58.8	21	41.2	0	0	51	197	47.8	205	49.7	10	2.4	412

Tabela 3 – Distribuição da Obesidade e Hipertensão por região e no Brasil, segundo a raça no período de 2008 a 2012.

Ano/cor		Região									
		Obesidade		Obesidade		Obes	Hipertensão		Hipertensão		HAS
		SE	%	NE	%	BR	SE	%	NE	%	BR
2008	Branca	225	52.0	8	1.9	433	7489	60	1323	10.6	12465
	Preta	8	24.3	14	42.4	33	1194	66.7	335	18.7	1789
	Parda	35	51.8	13	19.1	68	2858	24.9	5.221	45.5	11487
	Amarela	2	100	0	0	2	61	34.7	69	39.2	176
	Indígena	0	0	0	0	2	34	23.1	15	10.2	147
Total		270	50.0	35	6.5	538	11636	44.6	6963	26.7	26064
2009	Branca	225	46.3	8	1.6	486	6706	57.8	1215	10.5	11602
	Preta	11	27.5	9	22.5	40	1085	61.7	363	20.6	1758

Continuação da tabela 3

Parda	380	37.20	28	27.4	102	3054	23.2	5996	45.5	13158	
Amarela	0	0	1	50.0	2	49	35	32	22.9	140	
Indígena	0	0	1	100	1	42	38.5	6	5.5	109	
Total		274	43.4	47	7.4	631	10936	40.9	7612	28.4	26767
Branca	239	46.0	7	1.3	520	6188	59	963	9.2	10483	
Preta	24	60.0	7	1.7	40	972	60.7	351	21.9	1602	
Parda	54	51.4	26	24.8	105	2951	22.3	6298	47.6	13221	
Amarela	1	100	0	0	1	43	34.4	35	28	125	
Indígena	0	0	0	0	1	28	37.8	13	17.6	74	
Total		318	47.7	40	6.0	667	10182	39.9	7660	30	25505
Branca	292	48.7	10	1.7	599	5981	61.7	830	8.6	9696	
Preta	17	43.6	10	26.6	39	1013	64.5	340	21.6	1570	
Parda	81	55.5	30	20.5	146	2916	23.1	5941	47	12637	
Amarela	2	100	0	0	2	83	55.3	23	15.3	150	
Indígena	0	0	0	0	0	0	0	2	5	40	
Total		392	49.9	50	6.4	786	9993	41.5	7136	29.6	24093
Branca	313	49.5	1	0.1	632	5430	62	717	8.2	8762	
Preta	14	43.7	10	31.2	32	913	64	290	20.4	1425	
Parda	85	50	40	23.5	170	2875	24.7	5266	45.3	11636	
Amarela	0	0	0	0	0	72	53.7	25	18.7	134	
Indígena	1	100	0	0	1	1	3.8	4	15.4	26	

Total	413	49.5	51	6.1	835	9291	42.3	6302	28.7	21983

CONCLUSÃO:

Obesidade e a hipertensão são problemas de saúde pública e merecem atenção para a sua prevenção e recuperação. Esses agravos são responsáveis por complicações e gastos para os cofres públicos e familiares. Além de alterar a qualidade de vida de seus portadores.

A região Sudeste apresenta um quadro de padrão descendente nas internações por obesidade e hipertensão, sinalizando que esses agravos estão sendo alvos de ações preventivas. O Nordeste começou a apresentar esse mesmo perfil de 2010 em diante. A hipertensão é mais prevalente na raça parda, porém no Sudeste ela se evidenciou na branca.

A obesidade teve maior prevalência na raça branca, com incidência considerável na raça parda. Tanto para a obesidade como para a hipertensão a medida preventiva de maior destaque é a atividade física e a reeducação alimentar, devendo ser promovida por uma equipe multiprofissional. Como estratégia a equipe de saúde da família deve buscar apoio junto ao núcleo de apoio a estratégia da família que conta com educadores físicos e nutricionistas, e assim desenvolverem - todos - um trabalho coletivo em prol da saúde do homem, buscando combater a obesidade e controlar os níveis pressóricos, diminuindo suas complicações e os índices de internações.

REFERÊNCIAS:

ARAUJO, J. C; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família**. Revista de Saúde Publica**, Salvador, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.

BRAUNWALD, E.; ZIPPES, D. P.; LIBBY, P. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003**.**

COSTA, J.S.D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, [on line], v.88, n.1, p.59-65, 2007.

DANTAS, R.C. O. **Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde.** 1156f . Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

FERRAZ, A.S.M.; MACHADO, A. A. N. Atividade física e doenças crônico-degenerativa. **Diversa**. Ano I - nº 1, pp. 25-35, jan./jun. 2008.

FERREIRA, H. S. et al. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma população favelada**. Rev. Nutr. [online].** 2005, vol.18, n.2, pp. 209-218. ISSN 1415-5273.

GERALDO, J. M.; ALFENAS, R. de C. G. Papel da dieta na prevenção e controle da inflamação crônica. Evidências atuais. Inflamação Crônica e Dieta. **Arq Bras Endocrinol Metab**. vol. 52, nº 6,p. 951-965, 2008.

GIGANTE, D.P.; MOURA, E.C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 83-89. ISSN 0034-8910.

MAGALHÃES, M. E. C. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2010.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência.** Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.

MARQUES-LOPES, I.; MARTI, A.; MORENO-ALIAGA, M.J.; MARTINEZ, A. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr. [online].** 2004, vol.17, n.3, pp. 327-338. ISSN 1415-5273.

SILVA, C. S. **Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa.** 118f . Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI diretrizes brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.95, n.1, supl.1, p 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA OBESIDADE(ABEO).I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005.

SOUSA, L. J. de et al.. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq Bras Endocrinol Metab.** vol**.** 47, nº 669-676, dez., São Paulo, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, Nutrition and thePrevention of Chronic Diseases. **Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation**, Geneva, 28 January- 1 February 2002. Geneva; 2002. (WHO Technical Report Series, 916).

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Rua: Titico Gomes, 23 - Bairro: Belo Horizonte
Cep: 58704-460 - Patos – Paraíba –Brasil