

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE EM NORMOTENSOS E HIPERTENSOS ASSISTIDOS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DO BAIRRO PARQUE DE EXPOSIÇÃO, PICOS – PIAUÍ

Bernardo Oliveira Portela¹; Luciano Meireles de Pontes²; Ana Cristina Pretto³

¹PROCIMH – UCB; ²PPGSCA – UFPE; ³LABIMH – UCB;

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de identificar a prevalência de obesidade em normotensos e hipertensos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Picos (PI). Material e Métodos: A amostra foi composta por 54 indivíduos de ambos os gêneros com idades entre 43 e 80 anos, cadastrados na USF do bairro Parque de Exposição localizado na cidade de Picos. Para a classificação de obesidade recorreu-se ao índice de massa corporal (IMC) mediante o equacionamento das medidas de massa corporal (MC) e estatura (EST) (MC/EST^2) e os pontos de corte sugeridos pela OMS (1997). A hipertensão foi mensurada por meio de um esfigmomanômetro modelo BID e um estetoscópio da marca Premium. A classificação seguiu as referências do ACMS (2003). A análise dos dados contou com estatística descritiva, análise de inferência para comparações de dados emparelhados através do teste “t” de *Student* e associações entre variáveis por meio do coeficiente de correlação “r” de *Pearson* e *Odds Ratio* para estimar a razão de chances; para tais procedimentos foi utilizado o *software* SPSS versão 14.0. Resultados: Em termos gerais obteve-se o seguinte perfil médio: masculino: massa corporal=78,3±9,1kg, estatura=1,64±0,07m, IMC=29,0±2,7kg/m², CIRCAB=100,8±9,9cm, PAS=136,6±28,4mmHg e PAD=82,0±12,1mmHg; feminino: massa corporal=67,0±10,1kg, estatura=1,52±0,05m, IMC=28,8±4,2kg/m², CIRCAB=95,3±10,8cm, PAS=128,7±16,2mmHg e PAD=83,9±10,1mmHg. A prevalência total de hipertensão foi 35,2%, com 40,0% dos homens e 30,7% das mulheres acometidos pela patologia. Em relação ao *status* nutricional, os homens apresentaram 73,3% de sobrepeso e 26,7% obesidade; já no feminino 23,1% das mulheres se mostraram eutróficas, 35,9% com sobrepeso, 25,6% com obesidade em nível I e 15,4% em nível II. Na observação do padrão de obesidade central, 53,3% dos homens e 76,9% das mulheres apresentaram um perfil de risco. A OR mostrou uma razão de ter excesso de peso e ser acometido pela hipertensão de 2,47 vezes mais chance. Entre as associações de variáveis, observou-se no gênero feminino correlações significativas entre IMC X PAD ($r=0,348$, $p=0,030$) e CIRCAB X PAD ($r=0,331$, $p=0,039$). Conclusão: Os indivíduos assistidos pela USF do bairro Parque de Exposição, apresentaram um perfil nutricional desequilibrado com elevados casos de sobrepeso e obesidade condição que influenciou na prevalência encontrada de hipertensão arterial, já que o excesso de peso apresentou nos indivíduos assistidos duas vezes mais chance para o padrão hipertensivo. Portanto, tais características devem ser combatidas e tratadas por meio de ações preventivas sejam diretas ou indiretas, mediante a conscientização e mudança de hábitos cotidianos do estilo de vida.

Palavras chave: Avaliação Nutricional. Obesidade. Hipertensão arterial.

INTRODUÇÃO

A epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes, nas populações humanas. Alguns autores também incluem na definição que a epidemiologia permite ainda a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da saúde pública (PITANGA, 2004).

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são a principal causa de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o acometimento de patologias. Assim, a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea. Dessa maneira, a obesidade tem sido apontada como um dos principais problemas de saúde pública em

nível mundial, principalmente por ter um caráter epidêmico, ou seja, atinge pessoa de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, raças e classes sociais (FRANCISCH *et al.*, 2000).

Em relação às doenças cardiovasculares, mais especificamente à hipertensão arterial, não se conhece a prevalência da mesma em âmbito nacional, pois estudos representativos dos habitantes dos locais onde foram realizados não permitem qualquer inferência para o país como um todo, por não retratarem os atributos da sociedade brasileira (STURMER, 2006). Mesmo assim, baseado na visão do conjunto das diversas prevalências determinadas no Brasil, o Ministério da Saúde inferiu para o país em sua totalidade uma prevalência de aproximadamente 15,0% na população de 20 anos ou mais. Conforme verificou-se também, mais da metade dos indivíduos portadores de hipertensão arterial não sabem que o são, pois a doença pode desenvolver-se de forma assintomática (AMADO e ARRUDA, 2004; BRASIL, 1993). A hipertensão arterial primária ou essencial constitui o verdadeiro problema de saúde pública (95,0% dos casos), e a combinação de fatores genéticos, familiares e ambientais parece ser a principal responsável por esta condição (BRASIL, 1988).

Entre os fatores ambientais que predispõe a hipertensão, destaca-se a obesidade. De acordo com estudos epidemiológicos mundiais, a obesidade e a pressão arterial estão estreitamente associadas, porquanto a hipertensão é encontrada freqüentemente em pessoas obesas, bem como naquelas que ganham peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH, 2006). No Nordeste do Brasil, dados de Fortaleza (CE), revelaram que dos indivíduos acometidos pela hipertensão 85,2% apresentavam sobrepeso ou obesidade (SABRY, SAMPAIO e SILVA, 2002). Confirmando esta associação, observa-se geralmente diminuição apreciável da pressão arterial provocada pela redução de peso, mesmo não sendo atingido o ideal (JOINT NATIONAL COMMITTEE – JOINT, 1997).

As “V Diretrizes de Hipertensão Arterial” (SBH, 2006), considerando que a pressão arterial exhibe uma relação direta com o ganho ponderal e o controle deste conduz à redução dos níveis pressóricos, recomenda a inclusão de todos os hipertensos com excesso ponderal em programas de redução de peso, de modo a alcançarem, idealmente, um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 25 kg/m². Esta mesma proposição é adotada pelo JOINT, embora com diferente IMC considerado de risco, que é maior ou igual a 27 kg/m² (JOINT, 1988).

Com a implantação e estruturação do Programa de Saúde da Família (PSF) do Governo Federal que vem abrangendo o atendimento em saúde em todo o país, seja nas capitais, na periferia, ou no interior, vem acontecendo uma maior difusão dos cuidados à saúde no seu mais amplo aspecto educacional, preventivo e curativo, orientando a população, seja ela tida como esclarecida ou não. Estas ações enfatizam principalmente sobre os aspectos do estilo de vida saudável, e conscientização de atitudes cada vez mais integradas com os meios de tratamento de doenças, por meios de medicação ou prevenção advindas da ingestão alimentar e atividades físicas que venham a colaborar com um estilo de vida ativa e mais saudável.

O PSF vem buscando romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde estendendo suas ações para junto à comunidade e com base na atenção primária à saúde, fundamentada, estrategicamente em equipes multiprofissionais compostas minimamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Pautado pelo princípio da promoção da saúde e elevação dos níveis de qualidade de vida da população atendida, o PSF atende hoje mais de 50 milhões de brasileiros (BRASIL, 2002a).

Assim, examinando os dados da literatura nacional e internacional, os quais associam a obesidade à hipertensão arterial, e levando-se em conta a lacuna no conhecimento da situação na cidade de Picos (PI), tanto no tocante à prevalência de hipertensão arterial quanto de obesidade, além de considerar que ainda é recente a publicação de pesquisas relacionadas aos fenômenos que são assistidos pelo PSF, e a importância da identificação de perfis epidemiológicos na população nordestina pretende-se com o presente estudo de forma generalizada e específica estimar estas prevalências em sujeitos adultos assistidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Parque de Exposição inserido no município de Picos, integrante do PSF do estado do Piauí.

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, epidemiológica, descritiva com abordagem quantitativa (PITANGA, 2004), desenvolvida por meio de levantamento de campo e análise de dados em saúde.

Amostra

54 sujeitos de ambos os sexos, com idades entre 43 e 80 anos, residentes no bairro Parque de Exposição no Município de Picos (PI) e cadastrados na USF do mesmo local. Os sujeitos foram selecionados pelo método probabilístico, de modo que a amostra foi composta por um subconjunto da população total do bairro, formada pelos indivíduos que se disponibilizaram em participar do estudo.

Instrumentos e variáveis incluídas na pesquisa

Identificação de Obesidade: Foi avaliada pelo método antropométrico. As medidas mensuradas foram: a massa corporal e estatura, sendo utilizada uma balança mecânica do modelo Cauduro, (capacidade de 150 kg e divisão em 100 g) com altímetro acoplado (200 cm). De posse dessas medidas foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) por meio da divisão do peso da massa corporal em kg pelo quadrado da estatura em metros. O estado nutricional foi classificado seguindo o padrão da Organização Mundial da Saúde (1997): Baixo peso: $IMC < 20,0 \text{ kg/m}^2$; Normal: IMC entre $20-24,9 \text{ kg/m}^2$; Sobrepeso: IMC entre $25-29,9 \text{ kg/m}^2$; Obesidade I: $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$; Obesidade II: IMC entre $35,0 \text{ kg/m}^2$ e $39,9 \text{ kg/m}^2$; Obesidade III: $IMC \geq 40,0 \text{ kg/m}^2$.

Gordura centralizada: Optou-se por analisar a classificação da circunferência da cintura no ponto abdominal (**CIRCAB**) com uma trena modelo Sanny (capacidade de 2,00 m e resolução aproximada de 0,10 mm): com o indivíduo de frente para o avaliador, a medida foi determinada no plano horizontal na altura da cicatriz umbilical. A mensuração foi realizada ao final de uma expiração normal, sem compressão da pele. O ponto de corte para classificação de risco foi $CIRCAB \geq 80,0$ cm nas mulheres e $CIRCAB \geq 94,0$ cm nos homens (INSTITUTE DIABETES FEDERATION, 2005).

Avaliação de Hipertensão Arterial: Foi aferida a pressão arterial em repouso (sistólica e diastólica) para a identificação de casos de hipertensão, sendo utilizado um esfigmomanômetro da marca BIC e um estetoscópio modelo Premium. A classificação dos níveis tensionais pressóricos seguiram as referências do *American College of Medicine Sports* (2003): **Ótima:** PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg; **Normal:** PAS 120-129 mmHg e PAD 80-84 mmHg; Normal alta 130-139 mmHg ou PAD 85-90 mmHg; **Hipertensão I:** PAS 140-149 mmHg ou PAD 90-99 mmHg; **Hipertensão II:** 160-179 mmHg ou PAD 100-109 mmHg; **Hipertensão III:** PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg.

Procedimentos para a coleta dos dados

Os procedimentos seguiram a seguinte ordem: Inicialmente foi feito contato e pedido de autorização para a realização do estudo, mediante a assinatura de um termo de Autorização da Coordenadora Municipal do Programa de Saúde da Família da cidade de Picos (PI), sob assinatura da Coordenadora do Programa. Procedeu-se a coleta seguindo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (Lei 196/96) (BRASIL, 2002b). Na seqüência foram coletados os dados referentes ao perfil antropométrico e hemodinâmico disponibilizados nos prontuários de uma amostra dos assistidos da unidade de saúde selecionada para a pesquisa.

Análise dos dados

Contou com estatística descritiva de média, valores mínimos, máximos e desvio padrão (DP) e análise de inferência para *Odds Ratio* (OR) entre a presença de sobrepeso/obesidade e a exposição à hipertensão, e comparações de dados emparelhados através do teste “t” de *Student* e associações entre

variáveis por meio do coeficiente de correlação “r” de *Pearson*, para tais procedimentos foi utilizado o *software* SPSS versão 14.0.

RESULTADO

Na Tabela 1, indica que em média a amostra estudada é formada por adultos de meia-idade. Os homens mostram-se mais altos e pesados em relação às mulheres. Em relação ao IMC, o sexo feminino apresentou valores acima dos parâmetros preconizados para um estado de normalidade; ressaltando uma maior tendência à obesidade em relação ao grupo masculino que obteve uma média mais abaixo. A interpretação dos resultados obtidos na CIRCAB, tanto nos homens quanto nas mulheres mostrou níveis moderados de riscos para desenvolvimento de doenças crônicas metabólicas.

Tabela 1 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média, DP e valor p das variáveis antropométricas (idade, estatura, massa corporal e IMC) e pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD).

Variáveis	Masculino			Feminino			p
	Mínimo	Máximo	Média ± DP	Mínimo	Máximo	Média ± DP	
Idade (anos)	43	80	61,7±9,1	38	77	57,6±10,9	0,181
Massa corporal (kg)	67,0	96,0	78,3±9,1	49,0	93,0	67,0±10,1	0,000
Estatura (m)	1,55	1,82	1,64±0,07	1,45	1,70	1,52±0,05	0,000
IMC (kg/m ²)	25,7	34,5	29,0±2,7	19,4	38,7	28,8±4,2	0,841
CIRCAB (cm)	78,0	114	100,8±9,9	69,0	124,0	95,3±10,8	0,091
PAS (mmHg)	110	210	136,6±28,4	90	160	128,7±16,2	0,203
PAD (mmHg)	60	100	82,0±12,1	60	110	83,9±10,1	0,546

Conforme a Tabela 2 foi observada uma prevalência de hipertensão arterial de 35,2%; enquanto que 37,0% apresentaram um padrão de pressão normal alta. Quando analisado por gênero 40,0% dos homens apresentam hipertensão; 30,7% das mulheres também se mostraram acometidas pela patologia.

Tabela 2 – Prevalência total e por gênero da classificação da pressão arterial (PA) nos indivíduos assistidos pela USF de Parque de Exposição (PI).

Classificação da PA	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Ótima	15	27,8	05	27,8	10	25,6
Normal	-	-	-	-	-	-
Normal alta	20	37,0	03	73,3	17	43,6
Hipertensão I	12	22,2	05	26,7	07	17,9
Hipertensão II	03	5,6	-	-	03	7,7
Hipertensão III	04	7,4	02	13,3	02	5,1
Total	54	100,0	15	100,0	39	100,0

A Tabela 3 expõe os dados relacionados à condição nutricional. No gênero masculino, todos os homens mostraram excesso de peso (73,3% sobrepeso e 26,7% obesidade). Em relação às mulheres, observou-se que 23,1% estão eutróficas; 35,9% com sobrepeso; 25,6% obesidade em nível I e 15,4% em nível II. Na observação do padrão de obesidade, 53,3% dos homens e 76,9% das mulheres apresentaram um perfil de risco (gordura abdominal).

Tabela 3 – Valores relativos do Status nutricional e padrão de obesidade nos indivíduos assistidos pela USF de Exposição (PI) de ambos os gêneros.

Status Nutricional	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Baixo Peso	-	-	-	-
Normal	-	-	09	23,1
Sobrepeso	11	73,3	14	35,9
Obesidade I	04	26,7	10	25,6
Obesidade II	-	-	06	15,4
Obesidade III	-	-	-	-
Padrão de obesidade				
Geral	07	46,7	09	23,1
Tipo Andróide (centralizada)	08	53,3	30	76,9
Total	15	100,0	39	100,0

Na Tabela 4 observa-se a distribuição do perfil nutricional em normotensos e hipertensos e a razão de chances entre a exposição ao excesso de peso e a presença de hipertensão. Os sujeitos com hipertensão apresentaram uma maior presença de excesso de peso (94,7%). A OR mostrou uma razão de ter excesso de peso e ser acometido pela hipertensão de 2,47 vezes mais chance.

Tabela 4 – Distribuição da classificação do perfil nutricional em normotensos e hipertensos e *Odds Ratio* entre a presença de sobrepeso/obesidade e a exposição à doença (hipertensão).

Perfil Nutricional	Normotenso		Hipertenso		Razão de Chances		
	n	%	n	%	OR	IC 95%	p
Normal	08	22,9	01	5,3			
Sobrepeso	15	42,9	10	52,6	Sobrepeso/obesidade	2,47	0,56-10,8
Obesidade	12	34,2	08	42,1			
Total	35	100,0	19	100,0			

*p<0,05 (significante).

Entre as associações de variáveis (Tabela 5), o IMC X PAS, CIRCAB X PAS apresentou valores positivos mais não significantes no gênero masculino; nas mulheres, foram observadas correlações positivas e significativas entre IMC X PAD e CIRCAB X PAD, porém de baixa magnitude.

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis antropométricas e os valores pressóricos (PAS e PAD) em ambos os gêneros (n=54).

	Masculino				Feminino			
	PAS		PAD		PAS		PAD	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Idade	-0,191	0,494	-0,117	0,679	0,045	0,787	-0,045	0,786
Massa Corporal	0,029	0,917	0,195	0,484	0,232	0,156	0,245	0,132
Estatura	-0,215	0,442	0,228	0,414	-0,035	0,830	-0,190	0,247
IMC	0,270	0,331	0,023	0,934	0,271	0,095	0,348*	0,030*
CIRCAB	0,270	0,331	0,241	0,386	0,287	0,077	0,331*	0,039*

*p<0,05 (significante).

DISCUSSÃO

A estratégia saúde da família é formulada e assume como foco a reorganização da atenção básica, para garantir a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. Como missão o programa de saúde busca atender a família e seu espaço social, proporcionar assistências integrais, resolutivas, contínuas e de boa qualidade, a humanização das práticas de saúde, a democratização do conhecimento do processo de saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. Conforme dados do site da Secretaria Estadual da Saúde do Piauí (SESAPI, 2007), a estratégia saúde da família foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994. No Piauí, começou a ser implantado em 1997, em 219 municípios, cobrindo 72,0% da população (2.115.528 habitantes). As unidades de saúde da família atuam com equipes multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro até 11 agentes comunitários de saúde. Podendo ser ampliada com um dentista e um auxiliar de consultório dentário. A equipe saúde da família assume as ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental e saúde bucal, controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, eliminação da hanseníase, e outras prioridades levantadas pelo diagnóstico da realidade local (ex: endemias).

O presente estudo adotou como modelo da pesquisa um corte transversal com uma abordagem descritiva e epidemiológica, objetivando identificar a prevalência de obesidade em normotensos e hipertensos assistidos pelo Programa de Saúde da Família de Picos (PI) na unidade do bairro Parque de Exposição. Na observação descritiva dos dados (Tabela 1), notou-se em geral que a amostra foi composta por sujeitos de meia-idade, não havendo diferença significativa entre os gêneros ($p=0,181$). Os homens se mostraram mais altos e pesados ($p<0,005$), porém não houve diferença significativa no IMC, PAS e PAD; a CIRCABD também não mostrou diferença estatística, porém tanto os homens quanto as mulheres apresentaram médias acima do padrão de prevenção. O gênero masculino mostrou nos níveis pressóricos uma tendência para o perfil normal-alta. Ainda sobre os dados descritivos do IMC, foram presenciados nas mulheres, limites superiores mais elevados que os seus pares e próximos da obesidade mórbida. No *status nutricional*, foi registrada uma elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, totalizando valores relativos bem mais altos, do que os dados publicados por Abrantes, Lamounier e Colosimo (2003) em um estudo realizado com adultos das regiões Nordeste e Sudeste que mostrou uma prevalência de sobrepeso de 30,0% e obesidade em torno de 6,7% em ambos os sexos; nesse estudo não foi observado no gênero masculino sujeitos eutróficos, e a prevalência foi duas vezes mais alta que a notada nas mulheres; já nas mulheres foram observados casos de obesidade em nível II. Outros estudos publicados nacionalmente mostraram percentuais abaixo dos citados nessa pesquisa (LIRA, PONTES e COSTA, 2006; REPETTO, RIZZOLLI e BONATTO, 2003). Esta condição é de alerta, considerando que o excesso de peso está altamente associado com doenças cardíacas, principalmente a hipertensão. Em relação ao padrão de obesidade, ambos os gêneros mostraram valores prevalentes de obesidade abdominal, porém mais presente nas mulheres.

Visando atender o objetivo do estudo, os autores analisaram a classificação nutricional agrupando os indivíduos em “normotenso” e “hipertenso”, para comparação entre a presença de excesso de peso e a exposição à hipertensão. O fato observado foi que, mesmo a amostra em geral tendo apresentado alto acometimento de sobrepeso e obesidade, os indivíduos com peso excessivo apresentaram 2,47 vezes mais chance de serem acometidos pela hipertensão em relação aos sujeitos com peso normal. Essas informações corroboram com as informações expostas por Lurbe *et al.* (1998), as quais ressaltam que a presença da obesidade, principalmente nos indivíduos com maior aumento de gordura na região “central” do corpo, proporciona um risco de 2,5 vezes maior de se tornar hipertenso. Os dados da literatura frisam sobre a importância na participação de programas para o emagrecimento de hipertensos obesos. De acordo com Appel *et al.* (2006), hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de atividade física. Segundo os autores a meta seria alcançar um índice de massa corporal inferior a 25 kg/m². No tocante as correlações, nos homens o IMC e a CIRCAB mostraram-se positivas com a PAS, porém não significativas ($p=0,331$); no feminino, foram observadas associações positivas e significantes entre IMC, CIRCAB e PAD, porém de baixa magnitude ($r<0,80$). Em um estudo avaliando o impacto da obesidade sobre o risco cardiovascular, Carneiro *et al.* (2003), encontraram uma associação positiva e significativa entre o IMC e o perímetro da cintura ($r=0,35$, $p=0,0001$), porém também de baixo impacto. Santos e

Sichieri (2005), comparando a associação do IMC com outros indicadores antropométricos relacionados à adiposidade (circunferência da cintura, dobra cutânea tricípita, subescapular e área de gordura do braço), acharam valores de correlação entre 0,45 e 0,85 nos homens e 0,54 e 0,86 nas mulheres, valores acima dos achados nessa pesquisa. Os autores atribuem os valores de baixa associação encontradas no presente estudo, possivelmente ao tamanho da amostra não ser tão expressivo, e isto influenciar na capacidade do teste de inferência.

CONCLUSÃO

Os indivíduos assistidos pela USF do bairro Parque de Exposição (PI), apresentaram um perfil nutricional desequilibrado com elevados casos de excesso de peso corporal, condição que possivelmente influenciou na prevalência encontrada de hipertensão arterial. Também foi observado um padrão elevado de indivíduos com deposição de gordura na região abdominal. Portanto, tais características devem ser combatidas e tratadas por meio de ações preventivas sejam diretas ou indiretas, mediante a conscientização e mudança de hábitos cotidianos do estilo de vida. Os dados obtidos neste estudo apontaram, portanto, a associação de hipertensão arterial ao excesso de peso, reforçando achados da literatura que demonstram o papel do excesso de peso no risco de hipertensão arterial.

Em suma, a presença de hipertensão encontrada nos assistidos da USF de Parque de Exposição, enquadra a comunidade pesquisada como grupo alvo de ações de saúde destinadas ao controle das doenças crônicas não-transmissíveis. A presença de excesso de peso entre os indivíduos avaliados, com proporção ainda maior entre os hipertensos, destaca também a necessidade de programas de atividade física, bem como de orientação nutricional para melhora da composição corporal e diminuição dos níveis pressóricos. Em casos graves de hipertensão também se sugere o acompanhamento médico. Uma limitação desta pesquisa é o fato de a mesma não ser necessariamente representativa da população adulta da cidade. No entanto, espera-se que ela venha a ser um alerta para esta problemática, gerando estudos posteriores de maior abrangência e representatividade da cidade de Picos.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.2, p.162-6, 2003.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACMS). **Diretrizes do ACMS para os testes de esforço e sua prescrição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. 239p.
- AMADO, T.C.F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.19, n2, p.94-99, 2004.
- APPEL, L.J. et al. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Hypertension**, v.47, p.296-08, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. **Normas técnicas para o Programa Nacional da Hipertensão Arterial**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 88p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDVS/NUTES, 1993. 233p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2002b.
- CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, p.306-11, 2003.

FRANCISCH, R.P.P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, 2000; Campinas, v.13, n.1, p.17- 8, 2000.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – **Worldwide definition of the metabolic syndrome**. Disponível em: <[http://www.idf.org/webdata.docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2005.

JOINT, VI RELATÓRIO DO JOINT NATIONAL COMMITTEE. **Prevenção, detecção, avaliação e tratamento da pressão arterial elevada**. Bethesda: National Institutes of Health, 1997.70p.

JOINT NATIONAL COMMITTEE. The 1988 report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.148, p.1023-1038, 1988.

LIRA, F.A.S.; PONTES, L.M.; COSTA, M.J.C. Perfil dietético, estado nutricional e fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares em adultos cadastrados pela Unidade de Saúde da Família (USF) do Bairro de Cruz das Armas, João Pessoa (PB). **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v.4, n.4, p.477-82, 2006.

LURBE E. *et al.* The impact of obesity and body fat distribution on ambulatory blood pressure in children and adolescents. **American Journal of Hypertension**, v.11, p.418-24, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **V Diretrizes de Hipertensão arterial**. São Paulo: SBH, 2006. 49p.

STURNER, G. *et al.* O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1727-37, 2006.

PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. 2.ed. São Paulo: Phorte, 2004. 174p.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.47, n.6, p.633-5, 2003.

SABRY, M.O.D.; SAMPAIO, H.A.C.; SILVA, M.G.C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, v.15, n.2, p.139-47, 2002.

SANTOS, D.M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2, p.163-8, 2005.

SESAPI, Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. Programa Saúde da Família – **Gerência de Atenção Básica Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/programas_PSF.asp>. Acesso em: 8 jan. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1997.