
ARTIGO ORIGINAL

Suporte social dos hipertensos de uma comunidade em Gaspar-SC**Emanuel Malaguez Webber¹, Saulo da Costa Pereira Fontoura¹, Elisa Pereira Vicentini¹, Felipe Sparrenberger²****Resumo**

Objetivos: Traçar um perfil dos pacientes hipertensos atendidos por uma Unidade Básica de Saúde de Gaspar, SC; com ênfase nos fatores de risco cardiovascular e suporte social.

Métodos: Participantes foram selecionados usando-se o cadastro do Programa HIPERDIA da Unidade de Saúde. Foi aplicado, em domicílio, questionário demográfico e de fatores de risco cardiovascular, estilo de vida, estresse e suporte social. Foi medida a circunferência abdominal na mesma ocasião.

Resultados: Foi encontrada elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular, tais como diabetes melitus (20,3%) e circunferência abdominal aumentada (69,6%). Avaliando o suporte social, as principais diferenças ocorreram entre brancos e não-brancos (83,77 vs 77,54, $p=0,06$) e entre casados e não-casados (85,36 vs 77,1, $p=0,04$). Aqueles com maior rede social obtiveram melhores escores de suporte social quando comparados com indivíduos com menor rede social ($p=0,01$).

Conclusão: Uma maior ênfase na educação sobre saúde preventiva pode ser benéfica. Os programas educacionais que existem se mostram inefetivos, portanto, pode-se pensar em uma mudança de estratégia. O suporte social encontrado foi bom, mas falta a sensação de união na comunidade, o que talvez explique em parte um suporte tão baixo entre os não-casados.

Descritores: 1. Hipertensão;
2. Suporte social;
3. Estilo de vida.

Abstract

Objective: describe the profile of the hypertensive patients assisted by a Basic Health Unit of Gaspar, SC; emphasizing cardiovascular risk factors and social support.

Methods: participants were selected by using the HIPERDIA Program (a program for the control of Hypertension by the Brazilian Ministry of Health) of the Health Unit. The interviews were done at the participants' residences, an inventory concerning demographic information, cardiovascular risk factors, life style, stress and social support was applied. The waist circumference was measured at the same occasion.

Results: a high prevalence of cardiovascular risk factors was found, such as diabetes mellitus (20.3%), high abdominal circumference (69.6%). Approaching the social support, the main differences occurred between white and non-white subjects (83.77 vs 77.54; $p=0.06$) and between married and unmarried people (85.36 vs 77.1; $p=0.04$). Those with greater social network had better scores of social support in comparison with subjects with lower social network ($p=0.01$).

Conclusion: a greater emphasis on the lifestyle change among hypertensive patients in this community could be beneficial. The education programs that exist have a low attendance by the population, and that lead

1 Acadêmicos do curso de Medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau - Blumenau, SC

2 Doutor em Medicina pela UFRGS, professor titular de Medicina de Família e Comunidade do curso de Medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau- SC

us to think about changing educational strategies. Also, we have an impression that the community doesn't have a sense of unity, which may help explain the lack of support among unmarried people.

Keywords: 1. *Hypertension;*
2. *Social support;*
3. *Lifestyle.*

Introdução

A Hipertensão é condição altamente prevalente na população brasileira. Em um artigo de revisão abrangendo 13 estudos brasileiros sobre a prevalência da hipertensão arterial sistêmica publicados a partir da década de 1990, Passos, Assis & Barreto (2007) encontraram, considerando Hipertensão arterial como pressão arterial sistólica e/ou 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica e/ou 90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina (1).

Freqüentemente, encontra-se associação de grupos de fatores de risco cardiovascular como hipertensão, obesidade, consumo de álcool, tabagismo e sedentarismo entre outros. Além desses fatores de risco conhecidos, variáveis psicossociais têm sido propostas. (2) Dentre elas, o suporte Social.

O Suporte Social é um constructo com o qual se avalia a quantidade de suporte que um indivíduo pode obter da sociedade. Podem-se destacar dois conceitos em Suporte Social: Rede Social e Apoio Social.

Rede Social reflete a quantidade e característica das relações sociais de um indivíduo (exemplo: Número de amigos e parentes em quem confia bastante) e a interação do indivíduo na sociedade (exemplo: participação em reuniões de associações, partidos, atividades desportivas em grupo).

Apoio Social pode ser definido como o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções. Nosso questionário verifica cinco dessas funções (ou "esferas" do Apoio Social): Afetivo, Emocional, Material, Informação e Interação Social Positiva.

Sugere-se que o baixo suporte social esteja envolvido no desenvolvimento de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão (3).

Um dos mecanismos sugeridos para o efeito do suporte social sobre a saúde individual é a sua capacidade de amortecer os impactos negativos do dia-a-dia (4, 5).

Estudos demonstram que ter rede social pequena aumenta a incidência de Doença Coronariana Aterosclerótica em 2 a 3 vezes (6). Da mesma forma, baixos níveis de percepção de suporte emocional conferem um grande aumento no risco de eventos cardíacos futuros. Prognósticos desfavoráveis foram encontrados em muitos estudos com riscos relativos substanciais. Por exemplo, Berkman et al. (7) observaram um aumento de aproximadamente três vezes nos eventos cardíacos subsequentes em pacientes pós Infarto Agudo do Miocárdio que relataram baixos níveis de suporte social emocional, e Williams et al. observaram um similar aumento de três vezes na mortalidade em cinco anos entre os pacientes com Doença Coronariana Aterosclerótica que não eram casados ou não tinham nenhum confidente significativo na sua vida (28).

A relação específica entre suporte social e hipertensão foi sugerida por uma coorte prospectiva de oito anos de seguimento entre homens de 25 a 64 anos, entre os quais foi demonstrado que aqueles com baixo suporte social, mensurado pelos índices de contatos íntimos e de contatos sociais, tiveram risco significativamente maior de desenvolver hipertensão (9). Em outros estudos, piores índices de suporte social foram ainda relacionados com a não ocorrência da redução fisiológica da pressão arterial durante o sono (4, 10); aumento do níveis pressóricos (11); síndrome metabólica (12).

Este estudo objetiva traçar um perfil de uma população de hipertensos de uma comunidade carente de Gaspar - SC, no sentido de identificar fatores de risco cardiovascular conhecidos e ainda aferir o grau de suporte social.

Métodos

Este é um estudo transversal, descritivo e analítico que usou como base populacional, os hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA de uma comunidade em Gaspar.

Após a aprovação do protocolo do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FURB, foram selecionados os participantes do estudo, que deveriam ser cadastrados no programa HIPERDIA da comunidade em Gaspar

(duas micro-áreas), sem Hipertensão Secundária conhecida, que concordassem em responder à entrevista domiciliar e em se submeter ao exame físico, tivessem mais de 20 anos de idade e tivessem condições cognitivas de responder ao questionário. Foram 80 pessoas elegíveis para o estudo.

Os participantes receberam visita domiciliar dos entrevistadores que, após obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicaram questionário. Foi aplicado questionário demográfico (idade, sexo, etnia e estado civil) e coletadas as seguintes informações: diabetes auto-referida, história familiar de hipertensão arterial sistêmica, escolaridade, nível de atividade física, consumo de álcool, consumo de sal, tabagismo, eventos estressores nos últimos doze meses, estresse percebido e suporte social. Após a coleta de dados, procedeu-se a aferição da circunferência abdominal.

A história familiar foi levantada através do questionamento da presença da patologia em pai e mãe. Para investigar atividade física foi aplicado um questionário internacional sobre o padrão de atividade física no âmbito doméstico e ocupacional (IPAQ, versão curta) (13). O consumo alcoólico foi estimado através do questionário Binge (14). O consumo de sal (15) foi estimado pelo uso ou não de saleiro na mesa. A Circunferência Abdominal foi aferida através de fita métrica não distensível. O valor considerado anormal para mulheres foi maior que 88 cm e, para homens, maior que 102 cm. O IMC não foi realizado, pois a Circunferência abdominal se relaciona mais fidedignamente com a gordura visceral e risco de doença cardiovascular (16). O suporte social foi aferido utilizando-se a escala de suporte social criada para ser usada no estudo MOS (17) e validada no Brasil pelo Estudo Pró Saúde (18,19). A Escala de Faces (20) de Andrews foi utilizada para aferir a auto-avaliação da satisfação com a vida. Para a análise foi utilizado o programa EPIINFO. As médias foram comparadas através da estatística ANOVA e as variáveis qualitativas através do teste do qui-quadrado.

Resultados

Onze pessoas não participaram do estudo, dez delas não foram encontradas, por motivo de mudança ou por óbito, e uma era portadora de hipertireoidismo. Foram analisadas todas as variáveis coletadas dos 69 entrevistados (22 homens e 47 mulheres), com idade

média de 56,7 anos. A frequência de indivíduos que moravam com cônjuge foi de 71%. 75,4% dos entrevistados tinham cursado até a quarta série primária. A prevalência de diabetes auto-referida foi de 20,3%. O tabagismo foi comparado entre os sexos, havendo diferença estatisticamente significativa, sendo a frequência de homens que haviam fumado em algum período da vida três vezes maior do que nas mulheres ($p = 0,024$). A frequência de indivíduos que havia ingerido alguma bebida alcoólica nas últimas duas semanas foi de 15,9%. Comparando tal dado entre os sexos, a frequência de homens que havia ingerido bebida alcoólica foi cinco vezes maior ($p = 0,034$). Foi considerado como atividade física apenas atividades vigorosas e moderadas, sendo que a média delas se obteve multiplicando a frequência semanal pelo tempo despendido diariamente em tais atividades. Como resultado, obtivemos uma média de 0,9 horas semanais de tais atividades. Entre os sexos não se encontrou diferença significativa ($p = 0,47$).

A circunferência abdominal média para os homens foi de 104,1 cm, com desvio-padrão de 11,3 cm e, para as mulheres, o valor foi em média de 101,3 cm, com desvio-padrão de 16,4 cm. A história familiar positiva para hipertensão ocorreu em 63,8% sendo que 10,1% tinham história positiva paterna apenas, 31,9% história materna isoladamente e 21,7% para ambos, pai e mãe com história positiva. Já, com relação ao uso de saleiro na mesa, observou-se uma frequência de 17,4%.

A auto-avaliação em relação à vida foi considerada positiva em 55,1%. Foram consideradas positivas as faces A, B e C da Escala de Faces de Andrews. Porém, não houve diferença no suporte social entre os dois grupos ($p = 0,52$).

O suporte, quando comparado entre os sexos, não demonstrou diferenças significantes ($p = 0,78$). Já as médias de suporte social, quando comparadas entre brancos (85,37 pontos) e não-brancos (77,54 pontos), mostraram-se no limite da significância ($p = 0,06$). Entre indivíduos que moravam com cônjuges (casados e amasiados), quando comparados com aqueles que não moravam com cônjuges (solteiros, divorciados e viúvos), houve diferenças ($P = 0,04$) entre as médias de suporte social total (85,36 e 77,10 pontos, respectivamente). O suporte social, quando analisado por micro áreas, não apresentou diferenças, ($p = 0,92$). Outra dimensão analisada foi o número de amigos e de parentes com os quais os indivíduos podiam falar sobre quase qualquer coisa (rede social). Dicotomizou-se a população entre aqueles com até três amigos e parentes nos quais o

entrevistado confiava quase que totalmente, sendo estes definidos como tendo uma pequena rede social e aqueles com quatro até quinze amigos e parentes como tendo grande rede social. Indivíduos com pequena rede social representaram 53,3% da população estudada. Deste modo, quando cruzados estes dados com a média de suporte social da população, verificou-se naqueles com pequena rede social uma média de escore de suporte social de 77,28 pontos, enquanto no restante, a média foi de 83,31 pontos ($p = 0,01$). Naqueles com maior rede social, o suporte era melhor ($OR = 0,24$), com significância estatística ($p=0,01$).

Discussão

Começando pelos fatores de risco cardiovascular, encontrou-se em 71% dos entrevistados um aumento de circunferência abdominal, sendo que em outro estudo recente no país a prevalência foi de 58,2% (21).

O diabetes frequentemente apresenta associação com hipertensão. Estudos recentes mostram prevalência de 31,8% diabetes entre hipertensos (22). Nossos dados demonstram 20,3% de prevalência, e dados de Passo Fundo revelam maior presença da doença em hipertensos do que em normotensos (23). O sedentarismo na população estudada constituiu-se como regra e não exceção, dado que é corroborado pela literatura recente (15). O consumo de álcool esteve associado com maior incidência de Hipertensão em estudos recentes (21, 22), estando em 15,9% em nosso estudo e em 31,8% (21) e 8,5% em outros estudos com hipertensos (24).

Os dados de suporte social foram comparados com os dados do estudo de Griep (18) de validação do questionário utilizado, pois ainda não há muitos estudos nacionais com suporte social. Comparando os dados analisados por gênero, idade e escolaridade, todos dicotomizados, com o estudo de Griep, na esfera afetiva, os resultados obtidos mostraram menor suporte para quem tinha uma maior escolaridade, porém aquele autor não encontrou diferenças. Na esfera de interação social positiva, observou-se um suporte melhor em homens, indivíduos menores que 40 anos de idade, e com menor escolaridade, enquanto Griep observou menor suporte naqueles com idade maior que 40 anos. Na esfera emocional, o estudo de Griep mostra-se homogêneo, com um suporte um pouco melhor para aqueles com menor escolaridade, enquanto em nossa população, há suporte superior entre aqueles com idade menor que 40 anos e naqueles com menor escolaridade. Na esfera de suporte

material, o estudo de Griep obteve melhor suporte entre mulheres e em indivíduos com melhor escolaridade, enquanto os dados obtidos na comunidade estudada foram melhores entre homens, menores que 40 anos e com melhor escolaridade. A última esfera, informação, neste estudo obteve-se melhor suporte entre menores de 40 anos e naqueles indivíduos com menor escolaridade, enquanto o estudo de Griep evidenciou um melhor suporte entre homens, sendo que no quesito escolaridade, obteve-se um melhor suporte social discreto entre aqueles que tinham menos escolaridade.

O suporte social entre casados foi maior. Um estudo realizado entre homens poloneses concluiu que há menor risco de se desenvolver hipertensão entre casados, e uma explicação sugerida pelos autores para este fato seria o suporte social que o cônjuge estaria provendo (25).

Este estudo, por se tratar de uma pesquisa de perfil, não nos permite estabelecer um baixo suporte social como fator de risco para hipertensão arterial sistêmica.

Conclusão

Há alta prevalência de fatores de risco cardiovascular nessa população, especialmente sedentarismo e circunferência abdominal aumentada, pois estes dois parâmetros estavam piores que a média encontrada em outros estudos em populações hipertensas brasileiras. Uma maior ênfase na educação sobre saúde preventiva pode ser benéfica. O nível de suporte social encontrado foi, no geral, alto, mas notou-se que o eixo do suporte era a família e não a comunidade geral, o que pode explicar em parte um suporte tão baixo entre os não-casados.

Referências Bibliográficas:

1. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2006 Mar; 15(1):35-45.
2. Lovallo WR, Gerin W. Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease. *Psychosomatic Medicine* 2003 Jan; 65:36-45.
3. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health* 2006 Jun; 18(3):359-84.
4. Routledge F, McFetridge-Durdle J. Nondipping blood

- pressure patterns among individuals with essential hypertension: a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007 Mar; 6(1):9-26.
5. Gorman BK, Sivaganesan A. The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated health and hypertension. *Soc Sci Med* 2007 Sep; 65(5):958-75.
 6. Tennant C. Life stress, social support and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999 Oct; 33:636-641.
 7. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992 Dec; 117(12):1003-9.
 8. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, et al. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine* 2001 Mar-Apr; 63:267-272.
 9. Gafarov VV, Gromova EA, Gafarova AV, Gagulin IV, Ekimova IS. Risk of arterial hypertension and social support. *Klin Med (Mosk)* 2005; 83(8):59-62.
 10. Rodriguez CJ, Burg MM, Meng J, et al. Effect of social support on nocturnal blood pressure dipping. *Psychosom Med* 2008 Jan; 70(1):7-12.
 11. Carels RA, Blumenthal JA, Sherwood A. Effect of satisfaction with social support on blood pressure in normotensive and borderline hypertensive men and women. *Int J Behav Med* 1998; 5(1):76-85.
 12. Pakalska-Korkala A, Zdrojewski T, Piwonski J et al. Social support level in relation to metabolic syndrome: results of the SOPKARD study. *Kardiologia Pol* 2008 May; 66(5):500-5.
 13. International Physical Activity Questionnaire - Short Version Questionnaire Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se/questionnaires/IPAQ_SHORT_LAST_7_TELEPHONE-revised_8-23-02.doc> Acesso em 10/08/2008.
 14. Goddard E. Obtaining information about drinking through surveys of the general population Disponível em: <http://212.58.231.23/downloads/theme_other/GSSMethodology_No_24_v2.pdf> Acesso em 19/11/2008.
 15. World Health Organization. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf> Acesso em 20/11/2008.
 16. Sociedade Brasileira De Endocrinologia e Metabologia. Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf> Acessado em 20/11/2007.
 17. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 1991; 32(6):705-14.
 18. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2003 mar apr; 19(2):625-634.
 19. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*, 2001; 17(4):887-896.
 20. McDowell I, Newell, C. Psychological well-being. In: McDowell I. Org. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University. Press, 1996:177-237.
 21. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol* 2007 Apr; 88(4): 452-457.
 22. Freitas OC, Carvalho FR, Neves PK et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2001 Jul; 77 (1): 16-21.
 23. Trindade IS, Heineck G, Machado JR, et al. Prevalência de Hipertensão arterial sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS). *Arq Bras Cardiol* 1998; 71 (2): 127-130.
 24. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde Pública* 1994 Aug; 28: 261-267.
 25. Lipowicz A, Lopuszanska M. Marital differences in blood pressure and the risk of hypertension among Polish men. *Eur J Epidemiol* 2005 May; 20(5):421-427.

Tabela 1. Dados sociodemográficos

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	22	31,9
Feminino	47	68,1
Idade		
20 – 39	6	8,8
40 – 59	31	45,6
60 – 79	30	44,1
80 – 99	1	1,5
Estado Civil		
Com cônjuge	49	71,01
Sem cônjuge	20	28,99
Escolaridade (anos)		
0 – 4	52	75,4
4 – 15	17	24,6

Tabela 2. Hábitos de vida e fatores de risco cardiovascular

	n	%
Tabagismo		
Fumante	7	10,1
Ex-fumante	19	37,7
Nunca fumou	43	62,3
Ingesta de álcool		
Sim	11	15,9
Não	58	84,1
Atividade física		
Praticante	54	78,3
Não-praticante	15	21,7
Circunferência abdominal		
Normal	21	30,4
Aumentada	48	69,6
História familiar		
Pai	7	10,1
Mãe	22	31,9
Ambos	15	21,7
Nenhum	25	36,2
Diabetes		
Sim	14	20,3
Não	55	79,7
Saleiro		
Sim	12	17,4
Não	57	82,6

Tabela 3. Suporte social vs dados demográficos

	Gênero			Idade				Escolaridade						
	(22)	M P	D (47)	F P*	D 40 (9)	< P	>80 (60)	P*	88 anos (62)	P	88 anos (7)	P*		
Afetivo	,94	,15	,93	,15	0	1	,98	,16	0	0,93	,139	0,88	,27	
Emocional	,85	,20	,87	,19	0	,98	,35	,86	,21	0	0,87	,196	0,78	,31
Informação	,82	,21	,84	,21	0	,97	,46	,82	,21	0	0,87	,205	0,77	,27
Interação	,85	,24	,81	,30	0	,88	,28	,81	,35	0	0,83	,284	0,75	,35
Material	,94	,11	,88	,18	0	,97	,70	,89	,17	0	0,90	,172	0,94	,12

*ANOVA

Endereço para correspondência:

Saulo da Costa Pereira Fontoura

Rua Irmão Leão Magno, 440

Bairro Amizade

Jaraguá do Sul – SC

CEP: 89255-430