

## ETNIA NEGRA: UM ESTUDO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL ESSENCIAL (HAE) E OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES.<sup>1</sup>

Isabel Cristina Fonseca da Cruz<sup>2</sup>

Roberta de Lima<sup>3</sup>

---

*RESUMO: A Hipertensão Arterial Essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares têm um elevado índice na população, sendo prevalente e mais grave em pessoas de etnia negra. O objetivo da pesquisa é identificar a ocorrência da HAE e dos fatores de risco cardiovasculares em profissionais/ocupacionais/estudantes de enfermagem do Hospital Universitário Antônio Pedro. Aplicamos um questionário com identificação, fatores de risco e conhecimento sobre o valor de sua pressão arterial. De 213 pessoas que responderam ao questionário, selecionamos os pretos e pardos, totalizando 79 pessoas que constitui a nossa amostra. Verificamos que 25,3% são estudantes, 67,1% profissionais/ocupacionais do HUAP. 79,8% são do sexo feminino, 60,7% são adultos jovens (de 18 a 35 anos), 36,7% auto-declararam ser de cor preta, e 63,3% pardos. Quanto aos fatores de risco 60,8% são estressados; 45,6% são obesos; 39,2% etilistas; 35,4% são sedentários; 21,6% acrescentam sal aos alimentos; 16,5% possuem doenças cardíacas; 15,2% não possuem noções sobre a HAE; 13,9% são tabagistas; 12,7% das mulheres usam anticoncepcional e 8,9% da amostra desconhece o valor de sua pressão arterial. Concluímos que há um elevado número de fatores de risco, denunciando a necessidade de um programa de detecção, tratamento e prevenção da HAE e seus fatores no local de trabalho.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão; Etnia negra; Prevenção e controle.

---

### INTRODUÇÃO:

Ainda que o Brasil seja um país formado por várias etnias e culturas, desconhecemos as características dos grupos em razão do propalado mito da democracia racial. Esta homogeneização da cultura causa prejuízos às pessoas, uma vez que não se

---

<sup>1</sup> Este estudo é uma parte do projeto de pesquisa do CNPq *O cliente/família com Hipertensão Arterial Essencial: gerenciamento do processo de enfermagem*. Publicado na Revista Enfermagem UERJ, v. 7, n1, p. 35-44, 1999.

<sup>2</sup>Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; professora titular do departamento de enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Federal Fluminense; Pesquisadora CNPq. COREN - RJ: 18889. isabelcruz@uol.com.br

<sup>3</sup> Aluna do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal Fluminense. Bolsista de Iniciação Científica - CNPq.

evidencia nem se aborda adequadamente os problemas pertinentes a cada grupo étnico-cultural.

Há várias definições de cultura, porém em seu significado mais genérico, a cultura é o somatório de crenças, práticas, hábitos, preferências, aversões, normas, costumes e rituais aprendidos na convivência familiar e comunitária. Conseqüentemente, o modo de agir e pensar de uma pessoa, tanto de forma consciente quanto inconsciente, é influenciado pela sua origem cultural (SPECTOR, 1996).

Dentre os inúmeros problemas de saúde que atingem a etnia negra brasileira, destacamos a Hipertensão Arterial Essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. Este estudo, portanto, pretende abordar algumas questões relacionadas ao modo de agir e pensar da etnia negra, quanto ao processo de bem-estar / mal-estar, em razão de ser também esta uma das linhas de pesquisa do NESEN - Núcleo de Estudos sobre Etnia Negra.

Reconhecidamente a HAE tem um elevado índice na população em geral, sendo prevalente e mais grave em pessoas de etnia negra. Entretanto pouco se conhece sobre suas características nas pessoas afro-brasileiras (CRUZ, 1993 [a]; 1993 [b]). No levantamento bibliográfico realizado para este estudo no período de 1990/96, encontramos um único trabalho publicado sobre etnia negra, com base em dados empíricos de uma amostragem brasileira (JARDIM et al, 1992).

Nos países onde há um programa de detecção, tratamento e controle da hipertensão arterial observa-se substancialmente a redução da morbidade, da mortalidade, das incapacidades e dos danos em órgãos-alvo (THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 1993, *apud* YOUNG, 1995). Diante da escassez de programas desta natureza em nossa sociedade, podemos inferir que os índices de morbi-mortalidade são elevados. Mais ainda nos grupamentos humanos reconhecidamente vulneráveis, a saber: pessoas de etnia negra, pobres, mulheres, idosos, entre outros que compõem as ditas minorias sociais.

Diante do exposto, neste estudo discutimos os dados referentes à HAE e aos fatores de risco cardiovasculares pesquisados em pessoas de etnia negra, visando contribuir para um maior conhecimento sobre o processo saúde/doença nesta população.

DESENVOLVIMENTO:

*Considerações gerais:*

A etnia negra é um forte fator predisponente à HAE, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

Pessoas de etnia negra parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HAE. (BARRETO et al, 1993). Associados ao fator de herança da própria etnia encontramos os fatores ambientais, tais como o fumo, álcool e estresse, dentre outros, que irão se unir ao primeiro e potencializar os riscos para o desenvolvimento da HAE. Justifica-se desta maneira a grande importância de divulgar esta maior tendência às pessoas afro-brasileiras.

Vários fatores correlacionados ajudam na prevalência da hipertensão em pessoas de etnia negra. Um deles é a tendência à obesidade, enquanto uma característica étnica, que possui uma estreita correlação com a HAE (BARRETO et al, 1993). Os negros também apresentam uma diferença de resposta aos fármacos, reagindo melhor ao tratamento com diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio e não tão satisfatoriamente aos bloqueadores beta-adrenérgicos ou aos inibidores da enzima de conversão (BARRETO et al, 1993; CUDDY, 1995).

Em se tratando da etnia negra brasileira há ainda, no nosso entendimento, um importante fator de destaque que é a nossa história social calcada na ideologia da escravidão. Esta ideologia justificou quase quatro séculos de escravidão e permanece até a presente data sustentando o processo de exclusão social.

Quando estudamos aspectos da história brasileira que podem ter sido contribuintes para a HAE e os fatores de risco cardiovasculares, observamos que as condições de escravização negra e colonização mercantilista colocaram os africanos e seus descendentes brasileiros frente a fatores de risco que não existiam em seu *habitat* natural, o que provavelmente facilitou a eclosão da doença hipertensiva (CRUZ et al, 1996).

Houve, naquela época de sequestros, torturas e trabalhos forçados, vários agravantes para a saúde das pessoas de etnia negra, dentre eles a miséria, a angústia espiritual, ansiedade, medo, alteração no padrão social, desesperança, entre outros, que alteraram,

provavelmente, a homeostase dos afro-brasileiros pelas condições de sofrimento e tortura vividos (CRUZ, 1993). As consequências ainda se fazem evidenciar nos baixos indicadores sociais de nosso país

#### *A pesquisa*

Quanto ao material e método, o trabalho foi realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF) e no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), situados em Niterói, Rio de Janeiro, abrangendo a população de estudantes graduandos em enfermagem e funcionários do hospital, da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 1995 e primeiro semestre de 1996. A amostra não é aleatória, tendo em vista que os dados foram colhidos em horários variados, conforme a conveniência dos pesquisadores<sup>1</sup>.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário validado em conteúdo pelos estudos de PURATH et al (1995); BRAGA; CORVELLO (1994); ASSARI et al (1994); CRUZ (1988; 1993 [a]; 1993 [b]).

Foram abrangidos no instrumento os seguintes itens: *identificação* (sexo, cor, idade, ocupação); *fatores de risco* (hereditariedade, acréscimo de sal aos alimentos, obesidade, tabagismo, estresse, sedentarismo, etilismo, uso de pílula anticoncepcional); e *conhecimento sobre o valor da Pressão Arterial (P.A.)*. O instrumento foi submetido a validação por um teste-piloto, tendo sido modificado para melhor adequação ao propósito deste estudo.

No universo composto por 213 pessoas que responderam ao questionário, selecionamos para esta pesquisa apenas os que se auto-declararam pretos e pardos, o que totalizou um número de 79 (34%). Estas 79 pessoas constituem a nossa amostra. Foi realizada a verificação da P.A. em 50 pessoas. Não foi possível verificar em todos devido a dificuldade de encontrar as pessoas que responderam ao questionário em razão de férias, trocas de plantão, aposentadorias, entre outras.

---

<sup>1</sup> Participaram da coleta de dados os alunos de graduação em Enfermagem Adriana de Araújo Pena, Lilian Prates Belém e Wellington Vasconcelos dos Santos (bolsistas de iniciação Científica do CNPq).

A verificação da pressão arterial foi antecedida por um treinamento dos bolsistas da pesquisa quanto à técnica de verificação (método palpatório e auscultatório), para a observação do mesmo procedimento (CRUZ, 1988).

Utilizamos para este fim o esfigmomanômetro aneróide com um manguito padrão e fecho de velcro, embora cientes de que há uma relevante relação entre a largura e comprimento do manguito e a circunferência do braço do cliente (PENICHE; ARCURI, 1992). Foi utilizado também um estetoscópio com dois condutores auriculares curtos.

Em ambiente reservado, procedia-se a verificação da P.A. no braço direito, estando o cliente em posição sentada por mais de 5 minutos. Os valores encontrados eram informados ao cliente, juntamente com a orientação sobre o autocuidado e a verificação periódica da pressão arterial (JOINT, 1993).

Os dados foram analisados com o auxílio dos programas *Access* e *Excell*, sendo apresentados neste estudo de modo descritivo e em forma de tabela. A análise estatística baseou-se nos valores absolutos e relativos.

#### *Quanto aos dados demográficos:*

Destacamos neste estudo o item cor. Segundo a classificação utilizada pelo censo brasileiro há cinco cores para classificar a população: preto, pardo, branco, indígena e amarelo (origem asiática), devendo ser utilizada a *auto-declaração* para a identificação da etnia. Neste estudo, em uma amostra de 79 pessoas, 29 (36,7%) pessoas auto-declararam ser de cor preta, enquanto que 50 (63,3%) consideram-se pardas.

Pretos e pardos constituem a etnia negra brasileira. Assim, ambos são analisados enquanto uma única categoria. Consideramos que estudos posteriores devem analisar a relação entre aculturação e HAE e, neste sentido, verificar se há ou não diferenças entre pardos e pretos na resposta à HAE. Cabe ressaltar que neste estudo apresentamos os dados referentes às pessoas que se auto-declararam pretas e pardas e, desta forma, demonstraram um “sentimento de identificação” associado com uma parcela cultural da população afro-brasileira que tem em comum uma herança histórica, social e cultural. Este sentimento de identificação é denominado etnicidade (SPENCER, 1996) e se contrapõe frontalmente ao conceito raça que busca uma determinação exclusivamente biológica e, portanto, excludente para os fenômenos humanos.

No item profissão/ocupação, 32 (40,5%) desenvolvem atividades como auxiliar de enfermagem, 20 (25,3%) são estudantes de graduação em enfermagem, 14 (17,7%) são técnicos de enfermagem, 4 (5,1%) são enfermeiros e 3 (3,8%) possuem outra atividade no hospital, não tendo ligação direta com a enfermagem. Da amostra 6 (7,6%) pessoas deixaram de relatar sua profissão. Optamos por manter pessoas que não fazem parte da assistência direta de enfermagem, ainda que não correspondessem ao objeto de nossa pesquisa, tendo em vista que o objetivo maior é o rastreamento de pessoas negras com fatores de risco cardiovasculares e hipertensão arterial.

Há uma necessidade de destaque para os problemas relacionados à profissão enfermagem. Em nosso meio profissional existe, por parte do ambiente e do próprio serviço desenvolvido, um constante gerador de estresse, a saber, o relacionamento interpessoal em situações de crise (PEREIRA, 1996). Por conta de ser comum essa situação, nós enfermeiros o identificamos e encaramos como natural, não usando estratégias para minimizar ou combatê-lo. Portanto, o ambiente de trabalho configura-se como um fator de risco para a HAE, exercendo um efeito sinergista, neste estudo, por se tratar de uma amostra de etnia negra, ou seja, já predisponente.

Na amostra estudada 63 (79,8%) são pessoas do sexo feminino e 16 (20,2%) pessoas do sexo masculino. Este estudo aborda mais dois aspectos originais quando estuda os fatores de risco da HAE em um grupo economicamente ativo e majoritariamente feminino, uma vez que grande parte das pesquisas estão baseadas ou em uma população masculina ou em inativos.

No que se refere à condição feminina, em diversos estudos (PURATH et al, 1995; BRAGA; COVELLO, 1994; ASSARI et al, 1994) foram constatadas a relação de risco existente entre hipertensão e anticoncepcionais hormonais orais combinados (AOHc). No grupo de mulheres 8 delas (12,7%) disseram fazer uso de contraceptivos hormonais, contra 48 (76,2%) que utilizam outro método. Neste item 7 (11,1%) deixaram de responder. Em nossa amostra, por se tratar de pessoas de etnia negra o risco da combinação HAE/AOHc aumenta, especialmente quando associado também outros fatores de risco, como o tabagismo e a obesidade. Nas mulheres que fazem uso de contraceptivo hormonal há uma necessidade de controle da pressão arterial e de conscientização quanto à aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Ainda que em nossa amostra um número pequeno faça uso de contraceptivos hormonais e mesmo com valores reduzidos de pressão arterial, consideramos importante ressaltar a necessidade de informar sobre os possíveis riscos cardiovasculares deste método que somados ao fator etnia negra se agravam ainda mais.

No que se refere à idade, temos o seguinte perfil: menos de 18 anos 2 (2,5%) pessoas, de 18 a 23 anos 17 (21,5%), de 24 a 29 anos 10 pessoas (12,7%), de 30 a 35 compreendem 19 (24%), com mais de 35 encontramos 27 (34,2%), não relataram a idade 4 pessoas (5,1%). Cabe destacar que o número de adultos jovens (de 18 a 35 anos) economicamente ativos compondo a amostra não encontra paralelos com outras pesquisas sobre hipertensão que tratam, em sua maioria, de pessoas idosas ou de prendas do lar, por estas terem maior disponibilidade de tempo para ir ao ambulatório ou a um posto de saúde. Quando o programa de prevenção e controle da HAE se desenvolve de forma clássica e conservadora apenas nos ambulatórios da rede básica, o trabalhador não é captado pelo sistema e, conseqüentemente, fica ausente dos grupos amostrais das pesquisas sobre HAE, pois seu horário de trabalho coincide com o horário dos serviços ambulatoriais, constituindo uma dificuldade à identificação de pessoas susceptíveis à HAE e à prestação de um tratamento continuado (CRUZ, 1988; 1993 [a]; 1993 [b]).

Em síntese, os dados demográficos nos revelam um grupo de etnia negra majoritariamente feminino, adulto jovem, com idade entre 18 e 35 anos, com escolaridade igual ou superior ao 1º grau, economicamente ativo e incorporado ao mercado de trabalho. Os dados aqui analisados sobre a HAE e os fatores de risco cardiovasculares assumem um grau inédito de importância, tendo em vista a originalidade da amostra no conjunto das pesquisas brasileiras sobre o tema HAE.

*Quanto aos fatores de risco cardiovasculares:*

*Pressão Arterial Elevada:*

O indicativo preciso da hipertensão e a demonstração do seu grau de comprometimento orgânico se dá através do valor da pressão arterial. Em nossa pesquisa verificamos o valor a pressão arterial em 50 pessoas (63,3%) da amostra para o rastreamento da HAE e não do total de 79 pessoas por motivos já citados. A classificação é apresentada no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Classificação dos valores da pressão arterial em pessoas de etnia negra segundo o *The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. (1993). Niterói - 1997.

<i>CLASSIFICAÇÃO DA P.A.</i>	<i>NÚMERO DE PESSOAS DE ETNIA NEGRA.</i>
NORMAL (Sistólica: < que 130 mmHg, diastólica: < que 85 mmHg.)	34
NORMAL ALTA (Sistólica: de 130 a 139 mmHg; diastólica: de 85 a 89 mmHg.)	06
HIPERTENSÃO EM ESTÁGIO I (sistólica de 140 a 159 mmHg; diastólica de 90 a 99 mmHg)	10

No Quadro 1, vemos que a maioria apresenta a pressão normal ou normal alta. Verificamos que 10 pessoas apresentam a HAE estágio I. Não foram identificadas pessoas com hipertensão estágio II (sistólica de 160/179 mmHg e diastólica de 100/109 mmHg); estágio III (sistólica de 180/209 mmHg e diastólica de 110/119 mmHg); e estágio IV (sistólica  $\geq$  a 210 mmHg e diastólica  $\geq$  a 120 mmHg).

Na população em geral os riscos são menores em adultos com valores de P.A. sistólica abaixo de 120 mmHg e P.A. diastólica menor que 80 mmHg. Aumentando um dos dois valores ou os dois juntos há um aumento dos riscos de morbidade, mortalidade ou incapacidades, crescendo a cada nível de P.A. aumentada (JOINT, 1993).

Quanto às pessoas com pressão arterial normal, deve-se orientar esta clientela para a verificação periódica da pressão arterial, de seis em seis meses, pois embora ela se encontre abaixo de 130/85 mmHg pode alterar-se sem sinais ou sintomas aparentes.

A classificação de pressão arterial normal alta representa uma fase de maior importância para a intervenção junto ao cliente, visando reduzir sua pressão arterial por



intermédio de métodos não farmacológicos. No Quadro I estão representados um número de 06 pessoas nesta faixa de classificação. O ideal é manter a pressão arterial abaixo destes níveis, evitando danos maiores a órgãos-alvo como cérebro, coração e rins. É preciso conscientizar o cliente de que a cada mmHg que sobe aumentam os riscos ao organismo, devendo ser feitas mudanças em seu estilo de vida para a sua proteção.

Uma vez instalada a hipertensão, o cliente deve ser monitorizado constantemente, além de iniciar/continuar medidas higieno-dietéticas para o controle da pressão arterial e recorrer ao tratamento farmacológico, garantindo assim níveis de P.A. reduzidos. Encontramos um número de 10 pessoas com P.A. classificada em hipertensão em estágio I. Numa faixa etária de adultos jovens consideramos este número significativo, indicando que há necessidade de implementação de estratégias voltadas para a prevenção da hipertensão em faixas etárias mais jovens. É de extrema importância que se mantenha os valores da P.A. controlados, principalmente a P.A. diastólica, pois esta representa maiores danos orgânicos (JOINT, 1993).

Nas 50 pessoas que tiveram a P.A. verificada, nenhuma apresentou hipertensão em estágio II, III ou IV. Nesta faixa de classificação, a verificação da P.A. deve ser constante, juntamente com as medidas higieno-dietéticas e um esquema farmacológico indispensável para o controle da P.A., com a finalidade de os órgãos-alvo de danos irreversíveis que impossibilitam o cliente a ter uma vida normal.

#### *Hereditariedade:*

Em relação à hereditariedade, no questionário pedia-se para assinalar quem tivesse pelo menos um familiar direto (pai, mãe, irmãos, tios e avós) com, no mínimo, um problema relacionado à HAE (Acidente Vascular Cerebral - AVC; problemas cardíacos; problemas renais; morte súbita em idade jovem). Encontramos 67 (84,8%) participantes referindo ter ao menos um parente portador de doenças relacionadas à HAE, (acidente vascular cerebral - AVC; problemas cardíacos; problemas renais e morte súbita em idade jovem), contra um número de 12 (15,2%) que não relataram nenhum parente consanguíneo com estes problemas.

Na maioria de nossa amostra encontramos uma predisposição hereditária à hipertensão, tendo em vista a história familiar positiva quanto a distúrbios cardiovasculares. Em um estudo semelhante no grupo étnico hispano-americano, BRAY; EDWARDS (1991)

encontraram um índice inferior de aproximadamente 30% para história familiar de problema relacionado à HAE.

*Ingestão alimentar de gorduras saturadas:*

Quanto à alimentação diária, 65 (82,3%) relataram sua ingestão alimentar, enquanto 14 (17,7%) não mencionaram nada. No café da manhã os itens alimentícios mais citados foram: café, leite, biscoitos, queijo e pão com manteiga. No lanche relataram ingestão de sucos, doces e biscoitos e no almoço e jantar a grande maioria relatou alimentar-se de arroz, feijão, legumes e carnes.

Quanto à classificação desta alimentação, de acordo com o citado, percebe-se uma deficiência na ingestão de verduras e fibras e um grande número de alimentos à base de amido, que são pobres em vitaminas e sais minerais mas têm grande potencial para aumentar o peso corporal, compondo um risco para a etnia negra devido sua propensão à obesidade. Esta deficiência alimentar pode ser atribuída ao padrão cultural da região sudeste.

*Acréscimo de sódio (Na<sup>+</sup>):*

Quanto ao acréscimo de sal à alimentação (Na<sup>+</sup>), 17 (21,6%) pessoas responderam que utilizam o sal de mesa e, satisfatoriamente, a grande maioria, compreendendo 62 (78,4%) pessoas não acrescenta sal à refeição.

Quanto ao sal, cabe lembrar que as pessoas de etnia negra, hipertensas ou não, podem ter defeitos hereditários na captação celular de sódio e cálcio e/ou no seu transporte renal (BARRETO et al, 1993). Conseqüentemente para as pessoas negras, o acréscimo de sal à alimentação é muito mais grave e deve ser combatido com firmeza. Assim como também deve ser divulgado que pessoas de etnia negra evitem a ingestão de sódio, substituindo-o por outros condimentos como o limão, a pimenta-do-reino, entre outros.

*Obesidade:*

Entre as medidas higieno-dietéticas para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares destacamos a redução do peso. Na nossa amostra 36 pessoas (45,6%) consideraram-se acima do peso ideal, contra 43 (54,4%) que se classificaram com peso satisfatório. Sabe-se ainda que a obesidade é um fator de risco para a hipertensão arterial, sendo mais provável de ocorrer entre negros do que brancos. (BARRETO et al, 1993). O excesso de peso corporal está correlacionado estritamente com o aumento da pressão

arterial e sua redução diminui também os valores pressóricos, em grande proporção, nos indivíduos hipertensos que têm mais que 10% do seu peso ideal (JOINT, 1993)

*Postura adotada na maior parte do dia:*

Na postura adotada na maior parte do dia, a de maior frequência foi a posição andando, com um número de 56 (72,2%), em seguida foi a posição sentado com 14 (17,7%) pessoas, nas posições em pé-estacionado compreenderam 5 (6,3%), andando-sentado-em pé ficaram 2 (2,5%). Somente 1(1,3%) pessoa não relatou sua posição. Recentemente, há uma tendência à valorização das atividades dinâmicas do cotidiano. Quanto mais movimento melhor e tendo em vista que nossa amostra trabalha em um hospital universitário, movimento é o que lhe falta. As atividades do cotidiano são equivalentes a exercícios de intensidade baixa a moderada, propiciando uma uma redução da P.A. por mecanismos diversos, com efeitos no sistema nervoso simpático e na estrutura vascular ( McABEE, 1985).

*Sedentarismo:*

Ainda que a atividade laboral garanta um nível de exercício de baixa intensidade, é de suma importância que a pessoa realize exercícios físicos em uma base regular de modo a obter o condicionamento cardíaco. Assim, quanto à vida sedentária, verificamos que 51 (64,6%) relatam a prática de algum tipo de exercício, e 28 (35,4%) referem ser sedentários. Todavia ainda há um significativo número de pessoas que não praticam exercícios com regularidade.

As atividades físicas para a redução dos níveis pressóricos devem ser do tipo aeróbico, como caminhadas rápidas de 15 a 45 minutos e numa frequência de 3 a 5 vezes na semana. Estes exercícios diminuem o risco de hipertensão pela diminuição da resistência vascular periférica e pelo aumento do condicionamento cardíaco (McABEE, 1995; CUDDY, 1995).

*Ansiedade/estresse:*

A maioria das pessoas da amostra julgou-se ansiosas e/ou estressada, ou seja 48 (60,8%), contra 31(39,2%) que não se consideram neste estado. Era esperado que, pelo próprio local de trabalho, houvesse um grande número de pessoas julgando-se estressadas. A enfermagem é uma profissão que exige muito dos profissionais, seja pela existência de problemas como a falta de um quadro teórico que suporte um modelo bio-psico-social e

ecológico da prática dos cuidados de enfermagem; ou de problemas relacionados às relações de poder dentro da própria profissão ou entre os grupos das profissões da saúde, ou ainda devido às dificuldades resultantes do processo de (re)socialização dos enfermeiros no desempenho profissional (PEREIRA, 1996).

Quanto aos alunos, por sua vez, estes têm que estar se adaptando constantemente às novas disciplinas e experiências vividas ao longo da graduação. Recebem uma grande demanda de informações em pouco espaço de tempo, gerando ansiedade pelas informações novas recebidas e pela necessidade de absorvê-las.

Para a resolução ou controle do estresse, recomenda-se o desenvolvimento nos locais de trabalho e estudo de terapias alternativas para os grupos (intervenção em crise, por exemplo), visando uma vida saudável.

#### *Tabagismo:*

Em relação ao tabagismo 11 (13,9%) relataram fazer uso, enquanto que 52 (65,8%) não possuem o hábito. Deixaram de responder a este item 16 (20,3%) pessoas. Satisfatoriamente a nossa amostra é composta em sua maioria de não-fumantes. O hábito de fumar existe em várias culturas, há milênios, nas quais se fumam ervas, resinas e tabaco, sendo este último o de maior importância para a hipertensão em razão dos danos que a nicotina causa nas artérias, pois é transportada para a corrente sanguínea através do hábito de tragar (CRUZ et al, 1996).

#### *Etilismo:*

Atualmente há uma preocupação maior sobre o consumo de bebidas alcoólicas. A jornada de trabalho desgastante colabora para o aumento do consumo, funcionando como uma estratégia (negativa) de relaxamento e socialização que resulta em prejuízos ao organismo.

Possuem o hábito de consumir bebidas alcólicas 31 (39,2%), e 31 (39,2%) relatam não consumir. Neste item 17 pessoas (21,6%) não informaram. Estudos têm indicado prevalência mais elevada de hipertensão arterial em indivíduos que consomem duas, três ou mais doses de álcool por dia, equivalendo a 45g ou mais de etanol (BRAGA e COVELLO, 1994). Diante do número significativo de pessoas que fazem uso de álcool, entendemos ser importante a implementação de atividades relacionadas à informação sobre os prejuízos do álcool, particularmente para o grupo feminino e em risco de HAE.

*Desconhecimento do valor da pressão arterial:*

Quanto ao conhecimento sobre o valor de sua pressão arterial 72 (91,1%) assinalaram saber seus valores, e 7 (8,9%) desconheciam este valor. Preconiza-se que as pessoas verifiquem sua pressão arterial num período de seis em seis meses, pelo menos, para que haja um controle e o auto-cuidado, tendo em vista que a HAE é assintomática instalando-se silenciosamente e lesando órgãos-alvo. O conhecimento sobre o próprio estado de saúde é o primeiro passo para a consciência sobre a própria responsabilidade quanto à sua manutenção, sendo a principal maneira de prevenção e redução de danos ao organismo (BRAGA e COVELLO, 1994).

*Déficit de conhecimento sobre hipertensão:*

Da amostra estudada 67 (84,8%) tinham noções sobre a hipertensão arterial, enquanto que 12 (15,2%) não sabiam a respeito. É preciso haver maior informação e conscientização à respeito da HAE e seus fatores de risco para que se consiga mudar o perfil desta doença, pois a hipertensão é assintomática e quando aparecem sinais ou sintomas geralmente já existe algum grau de lesão dos órgãos-alvo.

*Presença de doenças cardíacas:*

Perguntamos também no questionário se havia até o momento a identificação de algum problema cardíaco. Dos 79 pesquisados 13 deles (16,5%) alegaram ter algum tipo de complicação cardíaca já detectada, enquanto que 66 (83,5%) permanecem saudáveis. Considerando que nossa amostra é constituída por um grupo de trabalhadores em idade jovem (18 a 35 anos), é preocupante esse considerado número de pessoas com indicadores de problemas cardíacos. Este dado só reforça a necessidade de um programa sistemático e continuado de prevenção da HAE.

**CONSIDERAÇÕES GERAIS:**

Este estudo apresentou dados empíricos diferenciados dos estudos tradicionais traçando o perfil da HAE em pessoas de etnia negra, mulheres e trabalhadores economicamente ativos. Destacamos neste estudo a categoria *cor*, particularmente, a preta e a parda constituintes da etnia negra brasileira, uma vez que a etnia negra é um fator de risco inerente e quando associado aos fatores reversíveis aumenta o potencial de risco de HAE e doenças cardíacas na população afro-brasileira.

Ao discutirmos o tema hipertensão e etnia negra enfrentamos a dificuldade gerada pela abordagem generalista no que compreende o estudo sobre grupos étnico-culturais. São escassas as pesquisas na área de saúde direcionadas a cada etnia e tendo em vista a existente diferenciação na resposta de cada etnia ao tipo de tratamento proposto e ao desenvolvimento e propensão às doenças, incluindo a HAE, consideramos esta escassez uma manifestação objetiva da ideologia discriminatória que sustenta nossa sociedade. O resultado da falta de uma política de saúde, culturalmente sensível, específica para a etnia negra brasileira é a prevalência da HAE e seus elevados índices de morbi-mortalidade.

Um dos fatores de risco de grande destaque foi o relato de doenças cardíacas em um número considerável de pessoas. Estes dados são preocupantes, levando-se em conta que nossa amostra é predominantemente de adultos jovens.

Há necessidade, porém, de se estudar os fatores de risco cardiovasculares e a própria HAE enquanto um fenômeno cultural afrobrasileiro, identificando nesta parcela da população as formas de controle ambiental (crenças tradicionais sobre saúde/doença, prática da medicina popular e consulta com curadores tradicionais), as variações biológicas quanto aos outros grupos étnicos (estrutura corporal, características da pele [cor, textura, capacidade de cicatrização, folículos pilosos], variações genéticas e enzimáticas, susceptibilidade à doença, variações nutricionais); organização social (unidade familiar e organizações grupais comunitárias, barreiras sociais ao cuidado de saúde), comunicação (linguagem, dialeto, comportamento verbal/não verbal e silêncio), espaço pessoal e territorialidade (locus de controle) e orientação no tempo (adesão ao tratamento).

Nossa pesquisa se diferenciou das demais pesquisas sobre hipertensão não só por apresentar dados sobre adultos jovens, economicamente ativos, mas principalmente por coletar estes dados no local de trabalho deles. Na prevenção e controle da hipertensão deve-se ter em mente a necessidade de programas não conflituem com o horário de trabalho das pessoas, permitindo assim uma maior abrangência e eficácia das intervenções.

A partir do que foi estudado concluímos ser necessário o estabelecimento de um programa de prevenção dos fatores de risco da HAE voltado para jovens, mulheres e negros.

**RECOMENDAÇÕES FUTURAS:**

No sentido de ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da HAE, sugerimos a reaplicação do questionário da pesquisa para mais pessoas, observando porém para a coleta de dados que o informante não tenha ingerido cafeína ou fumado trinta minutos antes da verificação da pressão arterial, permitindo assim valores mais fidedignos (JOINT, 1993).

Diante da necessidade de se conhecer as especificidades da população afro-brasileira, no que tange ao *continuum* bem-estar/saúde – doença/mal-estar, sugerimos a inclusão, nos formulários das instituições e de pesquisa, a categoria *cor*. Contudo esta informação deve se pautar na auto-declaração do informante/cliente, para evitar *bias* relacionados à ideologia de discriminação racial

#### AFRICAN-BRAZILIAN ETHNY: A STUDY RELATED TO ARTERIAL HYPERTENSION AND CARDIAC RISK FACTORS

*ABSTRACT. The prevalence and the adverse effects of arterial hypertension and cardiac risk factors are highly prevalent among the black ethny. The purpose of this study was to investigate hypertension and cardiac risk factors among African-Brazilians. The data was obtained by a questionnaire and the measurement of blood pressure. The population was comprised of 79 subjects employed in the nursing service at a University Hospital, 79.8% females and 60,7% with ages 18 a 35 years. The results reveal that stress, obesity, sedentarism, and the use of salt are significantly present in the population. Hypertension stage I is present in 12.6% of the subjects. The study concluded that African-Brasilian are susceptible to the adverses effects of cardiac risk factors related to obesity, sedentarism and salt ingestion and hypertension. Recommendations suggest counselling, education and health promotion programs to help individuals to prevent and control the cardiac risk factors and hypertension.*

UNITERMS. African-brazilian; Cardiac Risk Factors, Health Promotion

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- ASSARI, M.M. et al. Prevalência da hipertensão arterial na população do Jardim Bandeirantes - Londrina - PR. Semina, v.15, ed. especial, p. 22-5, 1994.
- 2- BARRETO, N.D.M. et al. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. Arquivos Brasileiros de Medicina, v. 67, n. 6, p. 449-51, 1993.

- 3- BRAGA, C.C. et al. Perfil dos pacientes hipertensos atendidos no posto de saúde do Jardim Santiago - Londrina-PR. Semina, Londrina, v. 15 ed. especial, p.11-6, 1994.
- 4- BRAGA, F.L.M.; COVELLO, C.M. Follow-up como modalidade da assistência de enfermagem ao hipertenso. Revista Brasileira de Enfermagem, v.47, n.2, p.165-77, 1994.
- 5- BRASIL, Ministério da Saúde, Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. (PNECHA). Brasília, 1988.
- 6- BRAY, M.L.; EDWARDS, L.H. Prevalence of hypertension risk factors among hispanic americans. Public Health Nursing, v.8, n.4, p.276-80, 1991
- 7- COLOMBO, R.C.R. et al. Estilo de vida e fatores de risco em paciente com o primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev. Lat. Americana de. Enfermagem., v.5, n.2, p. 69-82, 1997.
- 8- CRUZ, I.C.F.da; Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso. Rio de Janeiro, 90p., 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica), Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988.
- 9- \_\_\_\_\_ Diagnóstico de enfermagem: estratégia para sua formação e validação. São Paulo, 1993. 195 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. (a).
- 10- \_\_\_\_\_ O cliente vivendo com Hipertensão Arterial Essencial: diagnósticos e prescrições na consulta de enfermagem. Niterói, 1994. 177p. Tese (Professor Titular) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense. (b).
- 11- \_\_\_\_\_ O negro brasileiro e a saúde: ontem, hoje e amanhã. Rev. Esc. Enf.USP; v. 27, n. 3, p. 317-27, 1993.
- 12-CRUZ, I.C.F.da; et al. O Cliente/Família com Hipertensão Arterial Essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. Rev. Enf. UERJ, v.3, n.1, p.71-6, 1995 (Nota prévia).
- 13-CRUZ, I.C.F.da; SOBRAL,V.; PENA, A.A. Histórias do esquecimento brasileiro: considerações sobre os fatores de risco da hipertensão arterial em negros. Niterói, NESEN - Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra, 1996 /mimeografado/.
- 14-CUDDY, R. P. Hypertension - Keeping Dangerous. Nursing, n.08, p. 34-41, 1995.



- 15-GRASSIOTTO, O. R.; BACHA, A. M. Anticoncepção para mulher hipertensa. Femina, v.23, n.1, p.13-22, 1995.
- 16-JARDIM, P.C.B.V; et al. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - norte de Goiás - Kalunga, Arq. Bras. Cardiol., v.58, n. 4, p.289-93, 1992.
- 17-KELLER,C. Coronary Artery disease in blacks.J. Cardiovasc. Nurs, v.4, n.4, p.1-12, 1990.
- 18-MARTINS, L.M. et al. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev. Lat. Am. Enf., v.4, n.3, p. 5-18, 1996.
- 19-McABEE, R. Primary prevention of hipertension. AAOHN Journal, v.2, n.6, p.306-12, 1995.
- 20-PENICHE, A.C.G.; ARCURI, E.A.M. Medida indireta da pressão arterial em função da largura do manguito, em pacientes nas fases pré-operatória imediata, recepção no centro cirúrgico e pós-anestésica. Rev. Esc. Enf. USP, v.26, n.2, p.243-56, 1992.
- 21-PEREIRA, H. L.; Ansiedade nos enfermeiros: um problema do ensino e da prática profissional. Enfermagem em Foco, n. 21, p. 33-7, 1996.
- 22-PURATH,J. et al. Cardiac risk evaluation for elementary school children. Public Health Nursing, v. 12, n.3, p.189-95, 1995.
- 23-SPECTOR, R.E. - Cultural Diversity In: POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice, 4<sup>th</sup> ed, Mosby, 1996, p. 351-69.
- 24-QUINTÃO, H. M. P. Hipertensão arterial e exame periódico: um estudo em funcionários do Touring Club do Brasil, Niterói: Ed. UFF, 1991.
- 25-SALAZAR, M. K. Dealing with hipertension. AAOHN Journal, v. 43, n.6, p.313-18, 1995.
- 26-TAKAMATSU, A. et al. Situação dos hipertensos do posto de saúde do Conjunto Cafezal - Londrina-PR. Semina, Londrina, v.15, ed. especial, p. 17-21, 1994.
- 27-YOUNG, J. M. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. AAOHN Journal, v. 43, n.6, p. 301-5, 1995.