



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
AMPLA COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL, NÍVEIS TENSIONAIS, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E STATUS
SOCIOECONÔMICO DE RIBEIRINHOS, IRANDUBA, AMAZONAS**

Anne Caroline Sampaio Soares

ORIENTADOR: Prof. Dr. David Lopes Neto

CO-ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Noeli das Neves Toledo

Manaus
2016

Anne Caroline Sampaio Soares

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL, NÍVEIS TENSIONAIS, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E STATUS
SOCIOECONÔMICO DE RIBEIRINHOS, IRANDUBA, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. David Lopes Neto

CO-ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Noeli das Neves Toledo

Manaus

2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S676a Soares, Anne Caroline Sampaio
Análise comparativa dos fatores de risco para hipertensão arterial, níveis tensionais, medidas antropométricas e status socioeconômico de ribeirinhos, Iranduba, Amazonas / Anne Caroline Sampaio Soares. 2016
78 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: David Lopes Neto
Coorientadora: Noeli das Neves Toledo
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Ribeirinhos. 2. Pressão Arterial Sistêmica. 3. Medidas Antropométricas. 4. Amazonas. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

Anne Caroline Sampaio Soares

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL, NÍVEIS TENSIONAIS, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E STATUS
SOCIOECONÔMICO DE RIBEIRINHOS, IRANDUBA, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

APROVADA em 29 de janeiro de 2016.

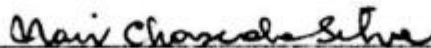
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. David Lopes Neto (Orientador)
Universidade Federal do Amazonas/UFAM



Prof. Dr. Antonio Manuel Sousa – Membro Externo
Universidade do Estado do Amazonas/UEA



Prof. Dr. Nair Chase da Silva – Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas/UFAM

Ao Deus de todos os meus dias.

Aos meus pais Rui e Raquel pelo amor e orações.

Às minhas irmãs Deny, Priscila e Lia pela amizade e torcida em todas as etapas.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Amazonas, especialmente, ao Programa de Pós-graduação de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM e aos doutores que fazem parte deste Programa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade de um programa de mestrado em enfermagem no Amazonas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. David Lopes Neto, como facilitador no processo ensino-aprendizagem e pela paciência e incentivo em todas as etapas da dissertação.

À minha co-orientadora Prof^a Dr^a Noeli das Neves Toledo que, com sua experiência, me ensinou a coletar os dados com excelência e por suas palavras tão firmes e ao mesmo tempo doce me conduziram à produção dessa dissertação.

Ao Prof. Dr. António Manoel de Sousa pela cooperação no trabalho e transmissão do seu conhecimento na área epidemiológica.

À minha família que esteve ao meu lado nesses 2 anos e meio, me apoiando na busca dos meus sonhos, sempre com amor e compreensão. A minha Tia Norma e primas Sarah e Tirza pelo estímulo e admiração.

Agradeço a amiga Fabiana Momberg, coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte - UNINORTE e a amiga Glenda Soares, pelo apoio, conselhos e compreensão em todos esses anos.

Às minhas queridas amigas do mestrado, Luciana Barros e Bahiiyeh Furtado, pela ajuda constante e por sempre incentivarmos uma a outra a nunca desistir.

As minhas amigas Cinthya Guedes e Lorena Soares pelo companheirismo, conselhos e orações que me ajudaram a prosseguir.

À Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba - SEMSA Iranduba, Coordenação da Atenção Básica do Município do Iranduba, juntamente com o enfermeiro Roger e sua equipe, que me ajudaram a iniciar o desafio da coleta de dados na Ilha da Marchantaria e me receberam com muito carinho.

Aos Agentes Comunitários de Saúde Affonso e Daniela por me auxiliarem nas visitas nas casas da Comunidade do Novo Renascer.

À dona Adélia, líder da Comunidade Novo Renascer e especialmente ao Seu Sadi Ramos, líder e agente de saúde da Comunidade de São Francisco, Seu Sadi e sua família, que não mediram esforços para nos levar de voadeira da casa mais próxima a sede até a mais longe da mesma, fazendo chuva ou fazendo sol.

À minha irmã e enfermeira Lia Raquel por ter me ajudando com muito primor na coleta de dados na Ilha da Marchantaria e por nunca dizer não aos desafios que víamos pela frente.

Aos ribeirinhos da Ilha da Marchantaria por me oportunizarem conhecer seus valores e cultura e por colaborarem na coleta de dados e por me permitirem conhecer mais um pouco sobre eles.

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas, Graças a Deus, não somos o que éramos”.

Martin Luther King

RESUMO

Introdução: Estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial sistêmica são de grande importância para o conhecimento das condições que influenciam o adoecimento da população. No último vínculo, as comunidades ribeirinhas vêm passando um acelerado processo de transição no estilo de vida, gerando o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica. **Objetivo:** Analisar os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica de ribeirinhos das comunidades São Francisco e Novo Renascer, da Ilha da Marchantaria, do município de Iranduba, estado do Amazonas. **Metodologia:** A coleta dos dados foi realizada no período de 08 de julho a 24 de setembro de 2015, com 123 ribeirinhos de duas comunidades da Ilha da Marchantaria, município de Iranduba, Amazonas. Foram realizadas mensuração do peso, altura, circunferência da cintura e da relação cintura-quadril, foi verificada a pressão arterial e realizada entrevista para levantamento do nível socioeconômico dos ribeirinhos. Os dados foram analisados pelo programa Epi Info 7. **Resultados:** Os resultados mostraram que, nas comunidades em estudo, o sexo masculino foi maioria. Não houve associação significativa entre HA e renda. Houve correlação negativa entre HAS e o nível de escolaridade, tanto na população geral de sexo masculino e feminino, quanto na dividida por idades. Na análise da situação conjugal, não houve diferença estatística para a variável situação conjugal em sua correlação com HA. A prevalência de HAS foi de 59.09% para pessoas da Comunidade de São Francisco e 40% para as pessoas da Comunidade Novo Renascer. Nas duas comunidades, os valores do IMC, RCQ e do CP não tiveram diferenças significativas entre elas, apesar do IMC e RCQ apresentarem valores acima dos preconizados pelo Ministério da Saúde. **Conclusões:** Os ribeirinhos residentes na Ilha da Marchantaria, independentemente de serem da Comunidade de São Francisco ou Novo Renascer apresentaram prevalência equivalente de pressão arterial limítrofe e hipertensão arterial sistêmica. Os fatores de risco para as duas comunidades, em relação a idade e sexo, estão relacionados ao índice de IMC com a classificação de sobrepeso e RCQ acima dos valores máximos preconizados. Houve correlação do tabagismo com HAS, com maior índice nas pessoas idosas de ambas comunidades. Por fim, conclui-se a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública que aflige pessoas ribeirinhas, o que norteia a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde de promoção da saúde e prevenção da hipertensão arterial sistêmica voltadas às comunidades ribeirinhas.

DESCRITORES: Ribeirinhos, Pressão Arterial Sistêmica, Medidas Antropométricas, Amazonas.

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological Studies on hypertension are of great importance for the understanding of the conditions que influence the illness of the population. In the last twenty years as riverine comes passing accelerated hum transition process any lifestyle, generating an increase in chronic non-communicable, especially for systemic arterial hypertension.

Objective: To analyze the risk factors of hypertension of the riverine communities São Francisco and Novo Renascer, the island of Marchantaria, the city of Iranduba, State of Amazonas. **Methodology:** Data collection was performed in the period 08 July to 24 September 2015, with 123 bordering two communities of the island of Marchantaria, municipality of Iranduba, Amazonas. Were carried out measurement of weight, height, waist circumference and waist-hip ratio, it was checked blood pressure and performed interview for survey socioeconomic riverine level. Data were analyzed for Epi Info Program 7. **Results:** The results showed that in the communities study the male was majority. There was not significant association between hypertension and income. There was a negative correlation between hypertension and the level of education, both in the general population of male and female, in the divided by ages. In the analysis of marital status, there was no statistical difference for the variable marital status in your correlation with hypertension. Hypertension prevalence was 59.09% for people of the community São Francisco and 40% of the people Community Novo Renascer. In two communities, the values the anthropometric measures and blood pressure measures do not have significant differences between them, although values above the recommended by Brazilian Ministry of Health. **Conclusions:** The riverine residents in the Island Marchantaria, whether the community of São Francisco or Novo Renascer had equivalent prevalence of borderline blood pressure and hypertension. Risk factors for both communities, with respect to age and sex, is related to the anthropometric measures with overweight and blood pressure measures above the recommended maximums. There was smoking correlated with systemic arterial hypertension, with the highest rate in the elderly of both communities. Finally, we conclude the hypertension is a serious public health problem that afflicts riverine people, which guides the need for implementation of public health policies for health promotion and prevention of hypertension geared to riverine communities.

DESCRIPTORS: Bordering, Systemic Blood Pressure, Anthropometric Measurements, Amazonas.

RESUMEN

Introducción: Los estudios epidemiológicos sobre la hipertensión son de gran importancia para la comprensión de la influencia de la enfermedad de la población. En los últimos veinte años, las comunidades que viven en las orillas de los ríos viene pasando proceso de transición acelerada zumbido cualquier estilo de vida, lo que genera un aumento de la crónica no transmisible, especialmente para la hipertensión arterial sistémica. **Objetivo:** Analizar los factores de riesgo de hipertensión de las comunidades ribereñas de São Francisco y Novo Renascer, de la isla de Marchantaria, ciudad de Iranduba, Estado de Amazonas. **Metodología:** La recolección de datos se llevó a cabo en el período 8 julio a 24 septiembre, 2015, con 123 bordeando dos comunidades de la isla de Marchantaria, municipio de Iranduba, Amazonas. Se llevaron a cabo la medición de peso, talla, circunferencia de cintura y relación cintura-cadera, se comprobó la presión arterial y se realizó la entrevista para la encuesta sobre el nivel de ribera socioeconómico. Se analizaron los datos de Epi Info Programa 7. **Resultados:** Los resultados mostraron que en las comunidades de estudio el macho era mayoría. No se encontró asociación significativa entre la hipertensión y los ingresos. Hubo una correlación negativa entre la hipertensión arterial y el nivel de educación, tanto en la población general de masculino y femenino, en el dividido por edades. En el análisis del estado civil, No hubo diferencia estadística para la variable de estado civil en su correlación con la hipertensión. La prevalencia de hipertensión fue 59,09% para las personas de la comunidad de São Francisco y el 40% de las personas de la comunidad Novo Renascer. En dos comunidades, los valores de las medidas antropométricas y medidas de presión arterial no tienen diferencias significativas entre ellos, aunque los valores por encima de la recomendada por el Ministerio de Salud de Brasil. **Conclusiones:** Los residentes en la Isla Marchantaria, si la comunidad de São Francisco o Novo Renascer tenía prevalencia equivalente de la presión arterial y la hipertensión limítrofe. Los factores de riesgo tanto para las comunidades, con respecto a la edad y el sexo, está relacionada con las medidas antropométricas con exceso de peso y medidas de presión arterial por encima de los valores máximos recomendados. No fumaba correlacionado con la hipertensión arterial sistémica, con la tasa más alta en los ancianos de ambas comunidades. Por último, llegamos a la conclusión de la hipertensión es un problema grave de salud pública que afecta a personas de ribera, que guía la necesidad de implementación de políticas de salud pública para la promoción de la salud y la prevención de la hipertensión.

PALABRAS CLAVE: Limítrofes, La Presión Arterial Sistémica, Medidas Antropométricas, Amazonas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC - Circunferência da Cintura

CP - Circunferência do Pescoço

CQ - Circunferência do Quadril

DCV - Doenças Cardiovasculares

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC - Índice de Massa Corporal

ONG - Organização Não Governamental

PAS - Pressão Arterial Sistêmica

RCQ - Relação Cintura Quadril

RI - Resistência à Insulina

SM - Síndrome Metabólica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. EMBASAMENTO TEÓRICO.....	17
3. OBJETIVOS.....	21
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	46
7. CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE.....	61
ANEXO.....	71

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a principal causa de morte para Doenças Cardiovasculares, atuando diretamente na parede das artérias, tendo seu agravamento e aumento do risco cardiovascular pela associação a diferentes fatores de riscos. Estudo de JARDIM et al (2007) revela que fatores de risco para HAS, associados entre si e a condições e estilos de vida, como: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras, não só favorecem o acometimento da doença hipertensiva, mas eleva sua prevalência em nível de mundo.

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos tem variado entre 5,2% e 70,7% em todo o mundo. Estimativa da Organização Mundial de Saúde mostra que ocorrerão mais de 23 milhões óbitos por doenças cardiovasculares até 2030, sendo a HAS um dos principais fatores de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares (WHO, 2011).

No Brasil, estudos de prevalência de HAS reportaram variação de valores de 22,3% a 43,9%. A Hipertensão Arterial foi mais prevalente nos mais velhos, de cor da pele preta, de baixo nível econômico, com alimentação rica em sódio e excesso de peso (SILVA, PETROSKI e PERES, 2012). Entre os fatores de risco para mortalidade, a HAS explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doenças coronarianas. A doença cardiovascular aumenta a mortalidade progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Diante disso, a hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (MÁRQUEZ et al, 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistêmica– PAS ($PAS \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (TRATAMENTO, 2005)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O

diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (Souza et al, 2014)

A HAS é causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN e SCHMIDT;1999).

Embora haja uma extensa literatura sobre HAS na população brasileira, (MEDEIROS e BORGES, 2006) tem apontado para a necessidade de maiores investigações, para expandir o conhecimento acerca da epidemiologia da doença quanto a prevalência, notadamente, em determinadas regiões do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e, por conseguinte, em municípios de pequeno e médio portes, haja vista que nesses municípios há menor concentração de estudos. Nesse sentido, informações de VIGITEL em 2012 apontaram 18% na frequência de HAS na região Norte (BRASIL, 2013).

Com base na problemática da HAS supracitada, o presente estudo evidencia a relevância da situação problema da HAS com populações ribeirinhas brasileiras, especialmente nortistas, por serem as investigações científicas com este seguimento populacional, o que motivou a investigação do tema em populações ribeirinhas rurais de um município do Estado do Amazonas.

A relevância do estudo está pautada em caracterizar o *status* sociodemográfico ribeirinho de duas comunidades rurais do município de Iranduba e a pesquisar a Hipertensão Arterial Sistêmica por meio do levantamento de indicadores antropométricos e de níveis tensionais e do estilo de vida dos adultos das comunidades a serem estudadas. Com isso, o estudo possibilitará desvelar se a HAS é um problema de saúde pública nessas localidades, o que aponta para as seguintes perguntas de pesquisa: qual o perfil sociodemográfico das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer? Qual a classificação da HAS predominante por idade e sexo nas populações das comunidades ribeirinhas de São Francisco e

Novo Renascer? Qual o estilo de vida de ribeirinhos com idade adulta e idosa por sexo, tabagismo e álcool.

2. EMBASAMENTO TEÓRICO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Entre elas, a hipertensão arterial sistêmica representa importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica (OLIVEIRA et al, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos fatores que favorece na formação de lesões ateromatosas nas paredes arteriais e por consequência o desenvolvimento de processos isquêmicos cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, e são associados a fatores como o sedentarismo, consumo de alimentos industrializados e obesidade, sendo que a vigilância desses fatores tem sido uma das formas mais efetivas para estabelecer medidas de prevenção inicial e detecção precoce de doenças cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

A HAS é um dos mais conhecidos e frequentes fatores de risco para doenças cardiovasculares e coronarianas. No ano de 2000, o número de adultos no mundo com hipertensão foi de 972 milhões, com uma previsão de aumento de 60% de prevalência dessa doença para 2025 (OLIVEIRA et al, 2013).

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos varia de 5,2% a 70,7% em todo o mundo. Características que não se podem modificar, como sexo e cor da pele/raça, determinantes macroestruturais, como *status* socioeconômicos e grau de urbanização, e fatores que podem ser modificados do estilo de vida, como alimentação, atividade física, álcool e tabaco, afetam os níveis tensionais. Estudos de prevalência de Hipertensão Arterial em adultos reportaram valores de 22% a 44% no Brasil. A Hipertensão Arterial foi mais prevalente nos mais velhos, de cor da pele preta, de baixo nível econômico, com alimentação rica em sódio e excesso de peso (SILVA, PETROSKI e PERES, 2012).

No Brasil, no ano de 2010, os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que a

frequência do diagnóstico médico de HAS variou de 18% na Região Norte e 25% na região Sudeste (BRASIL, 2010).

Entre os fatores de risco para mortalidade no Brasil, a Hipertensão Arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doenças coronarianas. A doença cardiovascular aumenta a mortalidade progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (MARQUEZ et al, 2007).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA e SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN e SCHMIDT, 1999)

As modificações do estilo de vida é um dos fatores mais importantes para a prevenção e tratamento terapêutico da hipertensão arterial, isso inclui uma alimentação saudável, equilibrando o consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser abordados e controlados, sendo que

somente o uso de medicamentos não resultará nos níveis recomendados da pressão arterial (BRASIL, 2006).

RIBEIRINHOS: POVOS DA AMAZÔNIA

O termo ribeirinho significa indivíduos que andam ou vivem às margens de rios ou ribeiras (Ferreira, 2004), “indivíduo que vive e subsiste fundamentalmente do rio à margem do qual habita, tendo com este uma relação de dependência nas suas necessidades básicas de alimentação, transporte, trabalho e subsistência” (COHEN-CARNEIRO et al, 2009). Nessa perspectiva, uma das principais características físicas dos ribeirinhos é a sua modalidade de ocupação do território, em geral localizada em áreas de terras firmes ou em terras de várzeas, as margens de rios e lagos, onde buscam se estabilizarem, formando, assim, agrupamentos comunitários constituídos de várias famílias, denominadas comunidades (CHAVES, BARROSO e LIRA, 2009).

Para Gonçalves (2005), o “ribeirinho é sem dúvida o mais característico personagem amazônico. Em suas práticas estão presentes as culturas mais diversas que vem dos mais diferentes povos indígenas, do imigrante português, de imigrantes nordestinos e de populações negras”. Assim sendo, os ribeirinhos do norte do Brasil são populações oriundas de processos de miscigenação racial, emergido no período de colonização da Amazônia no período da borracha, notadamente pelo fluxo migratório de retirantes nordestinos fugitivos da expropriação e da seca nordestina (CHAVES, BARROSO e LIRA, 2009).

Harris (2000), descreve ribeirinhos como sendo pessoas que constroem seus modos de viver e agir em função da floresta e dos rios, interagindo com a natureza por meio da agricultura e extrativismo vegetal ou animal e estabelecendo vínculos entre os diferentes e conglomerados populacionais viventes às margens dos rios.

Os ribeirinhos vivem dispersos em casas de madeira construídas em palafitas, espacialmente em vários agrupamentos de 20 a 40 casas, onde são adequadas as cheias dos rios. Essas casas são de uma estrutura física simples composta de madeira ou de palha com poucos cômodos (CHAVES, BARROSO e LIRA, 2009; SCHERER, 2004).

A enchente e a vazante são fenômenos que regulam grande parte do cotidiano ribeirinho, por isso seu modo de vida está condicionado ao ciclo da natureza, de modo que o trabalho desse tipo de população obedece ao ciclo sazonal no desenvolver de suas atividades de agricultura, caça, pesca e extrativismo vegetal. Na época da enchente dos rios, a cultura da roça, o cultivo

da agricultura para subsistência, assim como a pesca e a caça, fica em grande parte comprometida (SCHERER, 2004).

O extrativismo e a agricultura centrado a produção familiar de subsistência são a forma principal de trabalho e economia do ribeirinho, não existe preocupação efetiva com a produção de quantidades excessivas, pois o que é o excedente da produção é comercializado, principalmente no período da seca. O cotidiano dos ribeirinhos é determinado, basicamente, pelas cheias e vazantes dos rios, pela chuva e pelo sol, pelos dias e pelas noites, onde o tempo é definido pela natureza e cultura, pelos mitos e até pela crença em seres sobrenaturais (CHAVES, BARROSO e LIRA, 2009; SCHERER, 2004).

Os ribeirinhos que moram em várzeas desenvolvem estratégias peculiares para sua adaptação. A terra caída, um fenômeno muito comum a várzea, que acontece a medida em a força da água, exercida sobre as margens dos rios, derruba as terras. Este processo faz com que essas populações que moram as margens dos rios sejam levadas a recuarem com suas casas, muitas vezes abandonarem e adentrar a floresta (FRAXE, 2000 apud SCHERER, 2004).

A rotina das famílias ribeirinhas é estruturada pelo trabalho e a participação na vida social e religiosa da comunidade. Cada comunidade ribeirinha tem, em sua maioria, uma igreja, seja ela católica ou protestante, onde acontece as assembleias e festas, além de casas onde são utilizadas para produção de farinha, canoas, barcos de pesca, entre outros (SCHERER, 2004).

Teixeira, Castro e Marin (2001), em seu estudo em três comunidade ribeirinhas do Estado do Pará, revelou que a harmonia com a natureza produz, na maioria das vezes, benefícios para essa população, devido a utilização dos recursos da natureza para os cuidados com a saúde. Desvelou também que os muitos saberes e as práticas para o cuidado de saúde entre ribeirinhos, além de ser aberto e complexo, é composto por dois subsistemas: um clínico institucional (profissional) e um tradicional local (popular). Onde o primeiro tem dominado o segundo. A autora alertar para a valorização do “cuidar local” uma vez que não se deve desconsiderar o nascimento da medicina moderna, mas também não deve se tornar um paradigma que domine os modelos de atenção à saúde.

Segundo Scherer (2004) os ribeirinhos e os demais povos das florestas, são conhecidos como guardiões da natureza amazônica, devido ao profundo conhecimento da grande biodiversidade da floresta.

Na região amazônica, são poucas as comunidades rurais que tem acesso a infraestrutura básica, ou seja, que possuem posto de saúde, saneamento, energia elétrica, abastecimento de água, escolas. Às vezes as comunidades contam com um agente de saúde ou técnicos treinados pelo município mais próximo (CHAVES, BARROSO e LIRA, 2009; SCHERER, 2004).

3. OBJETIVOS:

3.1 GERAL:

- Analisar os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica de ribeirinhos das comunidades São Francisco e Novo Renascer, da Ilha da Marchantaria, do município de Iranduba, estado do Amazonas.

3.2 ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar o *status* sociodemográfico de ribeirinhos com idade adulta e idosa.
2. Classificar a pressão arterial sistêmica de ribeirinhos por sexo e idade adulta e idosa.
3. Mensurar as médias das variáveis antropométricas de ribeirinhos adultos e idosos por sexo.
4. Caracterizar o estilo de vida de ribeirinhos com idade adulta e idosa por sexo, tabagismo e álcool.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de corte transversal e ecológico de abordagem quantitativa, a coleta de dados foi realizada no período de 08 de julho a 24 de setembro de 2015.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada nas Comunidades São Francisco e Novo Renascer, que compõem a Ilha da Marchantaria, pertencente ao município de Iranduba, Estado do Amazonas, às margens do Rio Solimões, cerca de 40 km da cidade de Manaus e 15 km após a confluência do Rio Negro (IRION et al., 1983).



Fonte: Canal Ciência, 2003.

ILHA DA MARCHANTARIA

O Estado do Amazonas possui 1.559.148, 890 área de km² e 62 municípios, onde Manaus é sua capital. A população amazonense é de 3.873.743 habitantes. Um de seus municípios que se localiza próximo a capital é o município de Iranduba. Estima-se que a população de Iranduba em 2014 foi de 45.250 pessoas, com uma área de unidade territorial de 2.214,251 km² (IBGE, 2014).

Dentre os 62 municípios do Amazonas encontram-se populações rurais e muitas delas são consideradas populações ribeirinhas. As Comunidades Ribeirinhas do Amazonas têm sido locais de várias pesquisas científicas, devido à grande diversidade de fauna e flora. Mas mesmo

com tantas biodiversidades sendo estudadas, no meio dessas florestas existem as populações ribeirinhas que muitas vezes não são assistidas devido à falta de políticas públicas nos setores de saúde.

A Ilha da Marchantaria localiza-se na porção central da Bacia Amazônica e pertence ao município de Iranduba, Amazonas. Ela é primeira ilha após a junção entre o Rio Negro e o Rio Solimões, ela é situada cerca de 20 quilômetros de Manaus. Possui duas comunidades: São Francisco e Novo Renascer.



Fonte: INPE, 1994.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O universo da pesquisa foi constituído por 123 ribeirinhos adultos e idosos com idade igual e superior a 18 anos, de ambos os sexos, que vivem nas duas comunidades pertencentes a Ilha da Marchantaria, no município de Iranduba, Amazonas. Sendo 68 ribeirinhos da Comunidade de São Francisco e 55 ribeirinhos da Comunidade do Novo Renascer.

A Ilha de Marchantaria é dividida em 02 Comunidades: São Francisco e Novo Renascer. A população ribeirinha com grupo etário igual e superior a 18 anos é distribuída da seguinte maneira nas duas comunidades que será realizado o estudo conforme Quadro 1:

Comunidade	Quantidade
Novo Renascer	55
São Francisco	68
Total	123

Quadro 1: Distribuição da população ribeirinha de adultos e idosos da Ilha de Marchantaria.

Os critérios de inclusão para os sujeitos ribeirinhos foram: Todos os ribeirinhos pertencentes as Comunidades Novo Renascer e São Francisco, com idade igual ou superior a 18 anos, do sexo masculino e feminino, residir em uma das comunidades da pesquisa.

Os Critérios de exclusão para o sujeito ribeirinhos foram: estar ausente da comunidade no período de coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

Para cada participante do estudo, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual foi assinado antes do início da coleta de dados.

Sequência metodológica para a coleta de dados:

- a) Mensuração do peso, altura, circunferência da cintura, relação cintura-quadril.
- b) Aferição da pressão arterial na posição sentada.
- c) Realização da entrevista, por meio da aplicação de instrumento do tipo questionário.

Avaliação Antropométrica

Para a avaliação do Estado Nutricional dos ribeirinhos da pesquisa foram utilizadas as medidas a seguir:

4.4.1 Peso

Na aferição do peso, foi utilizada uma balança da marca OMRON HBF-214, com carga máxima de 150 Kg. Antes da realização da tomada de peso, a balança foi calibrada. Durante a aferição do peso, os sujeitos permaneceram em pé, descalços e com roupas leves e a leitura foi verificada à frente da balança.

4.4.2 Altura

A determinação da altura foi realizada através de estadiômetro portátil (modelo 90178010) não acoplado a balança. A leitura do valor da altura foi feita no milímetro mais próximo quando o esquadro móvel acompanhado a haste vertical encostava na cabeça do indivíduo. Para mensuração da altura foi solicitado aos sujeitos que ficassem de costas para o marcador, com os pés unidos, em posição ereta, olhando para frente, em posição firme, com os braços ao longo do corpo.

4.4.3 Índice de Massa Corporal (IMC)

As informações obtidas por meio de avaliação antropométrica, na obtenção de dados de peso e altura, foram para determinação do índice de massa corporal (IMC).

Foi estimado o IMC a partir do peso expresso em kg e altura em m² mediante a equação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985): $IMC = P / A^2$.

A unidade de medida desse indicador é kg/m².

Os pontos de corte adotados foram utilizados pelo padrão de referência preconizado pelo *World Health Organization* (1998)

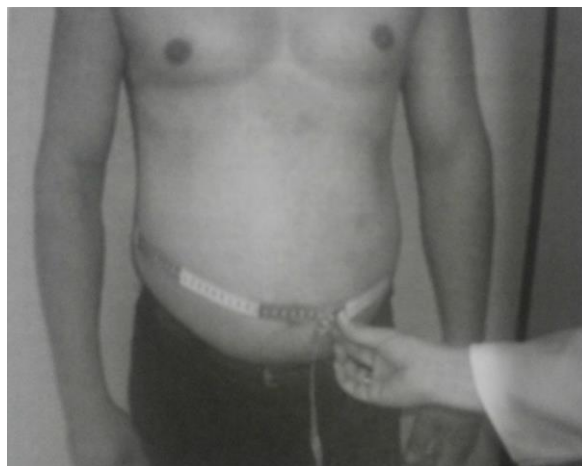
< 18,5 Baixo Peso

≥ 18,5 e < 25 Adequado ou Eutrófico

≥ 25 e < 30 Sobrepeso

≥ 30 Obesidade

4.4.4 Circunferência da Cintura (CC): A medida da cintura foi realizada na parte mais fina, entre o rebordo costal e a crista ilíaca (Figura 2), utilizando fita métrica inelástica e inextensível (JANSSEN, KATZMARZYK e ROSS, 2002).



Fonte: Moraes (2007)

Figura 2- Medida da cintura realizada na parte mais fina, entre o rebordo costal e a crista ilíaca.

Foram adotados os pontos de cortes estabelecidos pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA e SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005), sendo:

Homem: >102 cm - Mulher: > 88 cm.

4.4.5 Relação Cintura/ Quadril (RCQ)

A medida do quadril foi determinada pelo maior diâmetro ao redor das nádegas, com os seguintes pontos de cortes:

Homem: > 0,95 cm - Mulher: > 0,85 cm.

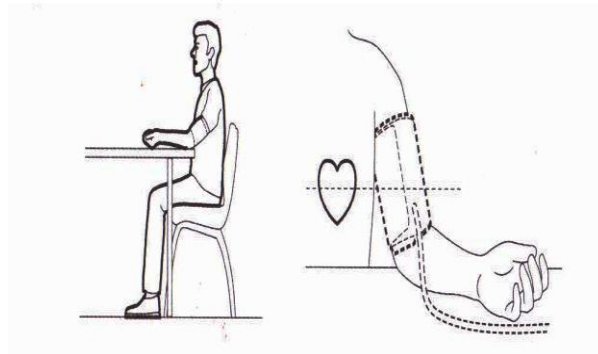
4.4.6 Avaliação da pressão arterial sistêmica

A aferição da pressão arterial sistêmica foi realizada com o monitor de pressão arterial automático com braçadeira grande da marca Omron modelo HEM- 705 CP, seguindo as seguintes instruções:

1. Afrouxar a manga da roupa na parte superior do braço esquerdo;
2. Posição sentada, com os pés no chão, posicionar o braço esquerdo sobre uma mesa de modo que a braçadeira fique na altura do coração (Figura 3);
3. Colocar a braçadeira na parte superior do braço esquerdo de modo que a seta azul fique centralizada na parte interna do braço e alinhada com o seu dedo médio. O tubo de ar correrá ao longo da parte interna do braço. A parte inferior da abraçadeira deverá ser posicionada cerca de 1-2 cm acima do cotovelo (Figura 4);
4. Prender firmemente a braçadeira em torno do braço, utilizando o velcro;
5. Pressionar o botão START/STOP. Manter o braço imóvel e permanecer quieto até que todo o processo de medição finalize;
6. O enchimento será parado automaticamente e a medição será iniciada. À medida que a braçadeira for desinflando, uma contagem crescente aparecerá no visor;
7. Ao terminar a medição no controle a braçadeira se desinfla. A pressão arterial aparecerá na tela com a sigla PA ou Pn. PA significa pressão alterada, acima de 135 para a Pressão Arterial Sistólica e acima de 85 para a Pressão Arterial Diastólica e

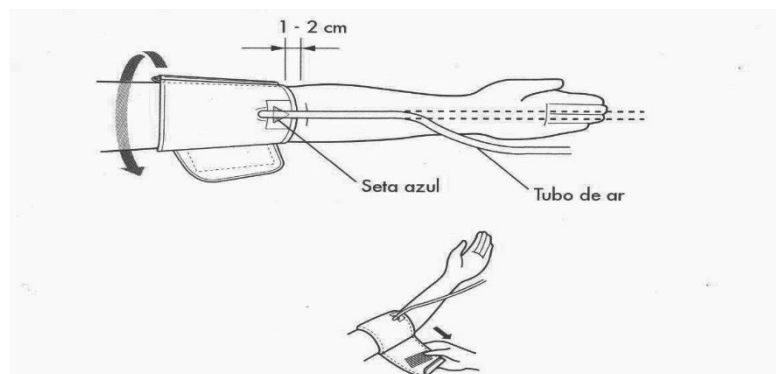
Pn significa pressão normal, significando que o resultado está abaixo de 135 para a Pressão Arterial Sistólica e abaixo de 85 para a Pressão Arterial Diastólica;

8. Pressionar o botão START/STOP para desligar.



Fonte: Omron (2009).

Figura 3 – Posição sentada para aferir a pressão, com os pés no chão, posicionando o braço esquerdo sobre uma mesa de modo que a braçadeira fique na altura do coração.



Fonte: Omron (2009).

Figura 4 - A braçadeira posicionada na parte superior do braço esquerdo, a seta azul centralizada na parte interna do braço e alinhada com o seu dedo médio. O tubo de ar correrá ao longo da parte interna do braço. A parte inferior da braçadeira deverá ser posicionada cerca de 1-2 cm acima do cotovelo.

4.4.7 Realização da entrevista por meio da aplicação do questionário

Foi aplicado um questionário composto por questões abertas e fechadas relativas as variáveis independentes (APÊNDICE B).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os preceitos éticos legais do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Amazonas, com base na Resolução CNS 466/2012, para realização de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFAM sob CAAE N° 44291515.2.0000.5020.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados da pesquisa sobre as diferenças nas médias de pressão arterial foram processados por meio de estatística descritiva, observando as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, Índice de Massa Corporal (peso e altura), Relação Cintura-Quadril, Circunferência do Pescoço e níveis socioeconômicos.

Os dados foram dispostos tabelas, comparando as frequências absolutas, médias, medianas e desvio padrão. Para organização e tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *software* Epi Info-7™.

5. RESULTADOS

5.1. Variáveis socioeconômicas e demográficas

Tabela 1. Características demográficas das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer segundo média de idade, estado civil, ocupação, renda mensal, moradia e escolaridade estratificado por sexo, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco		Comunidade Novo Renascer	
	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
	(n=32) (47,06%)	(n=36) (52,94%)	(n=27) (49,09%)	(n=28) (50,91%)
Média da				
Idade em anos				
18-59 anos	31,23	39,54	39,15	39,38
>60 anos	67,90	72,58	79,00	68,00
Estado Civil				
Casado n (%)	22 (68,75%)	26 (72,22%)	18 (66,67%)	13 (46,43%)
Solteiro	7 (21,88%)	5 (13,89%)	6 (22,22%)	13 (46,43%)
Viúvo	1 (3,13%)	2 (5,56%)	0 (0,00%)	1 (3,57%)
Outros	2 (6,25%)	3 (8,33%)	3 (11,11%)	1 (3,57%)
Ocupação				
Agricultura	15 (46,89%)	24 (66,67%)	17 (62,95%)	20 (71,43%)
Aposentado	5 (15,64%)	7 (19,45%)	4 (14,81%)	5 (17,86%)
Do lar	6 (18,77%)	0 (0,00%)	2 (7,41%)	0 (0,00%)
Professor	2 (6,25%)	2 (5,56%)	2 (7,41%)	0 (0,00%)
Outras	4 (12,52%)	3 (8,34%)	2 (7,41%)	3 (10,71%)

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco		Comunidade Novo Renascer	
	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
	(n=32) (47,06%)	(n=36) (52,94%)	(n=27) (49,09%)	(n=28) (50,91%)
Renda Mensal Individual (R\$)				
Menos que 1 salário mínimo	13 (40,63%)	10 (27,78%)	21 (77,78%)	15 (53,57%)
1 Salário Mínimo	16 (50,00%)	20 (55,56%)	5 (18,52%)	12 (42,86%)
Entre 1 e 2 salários mínimos	2 (6,25%)	4 (11,11%)	1 (3,70%)	1 (3,57%)
2 salários mínimos	0 (0,00%)	2 (5,56%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
3 salários mínimos	1 (3,13%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Renda Mensal Total Familiar (R\$)				
Menos que 1 salário mínimo	11 (34,38%)	7 (19,44%)	13 (48,15%)	11 (39,29%)
1 Salário Mínimo	7 (21,88%)	8 (22,22%)	3 (11,11%)	8 (28,57%)
Entre 1 e 2 salários mínimos	5 (15,63%)	11 (30,56%)	8 (29,63%)	7 (25,00%)
2 salários mínimos	4 (12,50%)	3 (8,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Entre 2 e 3 salários mínimos	2 (6,25%)	5 (13,89%)	3 (11,11%)	2 (7,14%)
Entre 5 e 6 salários mínimos	1 (3,13%)	1 (2,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
6 salários mínimos	1 (3,13%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
9 salários mínimos	1 (3,13%)	1 (2,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Moradia				
Própria n (%)	31 (96,88%)	34 (94,44%)	23 (85,19%)	22 (78,57%)
Alugada n (%)	1 (3,13%)	2 (5,56%)	4 (14,81%)	6 (21,43%)

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco		Comunidade Novo Renascer	
	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
	(n=32) (47,06%)	(n=36) (52,94%)	(n=27) (49,09%)	(n=28) (50,91%)
Escolaridade				
Analfabeto n (%)	7 (21,88%)	10 (27,78%)	1 (3,70%)	3 (10,71%)
Ensino Fundamental Incompleto n (%)	9 (28,13%)	11 (30,56%)	10 (37,04%)	16 (57,14%)
Ensino Fundamental Completo n (%)	10 (31,25%)	8 (22,22%)	9 (33,33%)	5 (17,86%)
Ensino Médio Incompleto n (%)	1 (3,13%)	2 (5,56%)	2 (7,41%)	1 (3,57%)
Ensino Médio Completo n (%)	1 (3,13%)	2 (5,56%)	1 (3,70%)	3 (10,71%)
Ensino Superior Incompleto n (%)	2 (6,25%)	1 (2,78%)	1 (3,70%)	0 (0,00%)
Ensino Superior Completo n (%)	2 (6,25%)	2 (5,56%)	3 (11,11%)	0 (0,00%)

Os resultados da Tabela 1 referem-se à amostra composta por 123 sujeitos, sendo 68 (55,28%) ribeirinhos da comunidade São Francisco e 55 (44,72%) ribeirinhos da Comunidade Novo Renascer.

O sexo masculino foi predominante em ambas comunidades estudadas, não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os grupos das duas comunidades.

No que se refere à idade, os ribeirinhos adultos com idade entre 18-59 anos, do sexo masculino, da Comunidade de São Francisco com média de idade de 39,54 anos, apresentaram média de idade semelhante aos da Comunidade de Novo Renascer (39,38 anos), não havendo diferença estatisticamente significativa. Em relação ao sexo feminino, a na Comunidade de São Francisco as mulheres apresentaram média de idade de 31,23 anos, com média de idade inferior as da Comunidade de Novo Renascer (39,15 anos). Os idosos (≥ 60 anos), do sexo feminino, da comunidade Novo Renascer, apresentaram média de 79 anos de idade enquanto os idosos da comunidade de São Francisco de 67,90 anos. Os ribeirinhos do sexo masculino, da comunidade

de São Francisco apresentam a média de idade de 72,58 anos, o que mostra não haver diferença significativa em relação aos da Comunidade Novo Renascer (68 anos).

Quanto ao estado civil, a maioria dos ribeirinhos da Comunidade de São Francisco e da Comunidade Novo Renascer, tanto de sexo feminino quanto masculino, informaram estar casados. Os indivíduos casados, de sexo feminino, da Comunidade São Francisco (68,75%) não apresentaram diferenças estatísticas em relação aos da Comunidade Novo Renascer (66,67%). Já no sexo masculino, as diferenças de estado civil casado foram de 72,22% na Comunidade São Francisco e 46,43% na Comunidade Novo Renascer.

Em relação a ocupação, identificou-se que o predominou a de trabalhadores da agricultura para as duas comunidades (Tabela 1). As outras ocupações da Comunidade de São Francisco para pessoas do sexo feminino foram: secretaria (1), serviços gerais (1), estudante (1) e pescadora (1). As outras ocupações do sexo masculino na Comunidade São Francisco foram: agente comunitário de saúde (1), pensionista (1) e pescador (1). Na comunidade Novo Renascer as outras ocupações do sexo feminino foram: Estudante (1) e funcionária pública (1), e de sexo masculino as outras ocupações foram: agente comunitário de saúde (1), estudante (1) e monitor (1).

A renda mensal individual na Comunidade de São Francisco foi de 1 salário mínimo, tanto para o sexo feminino (50%) quanto para o sexo masculino (55,56%), enquanto que na Comunidade de Novo Renascer foi de menos de 1 salário mínimo, tanto no sexo feminino (77,78%) quanto no sexo masculino (53,57%), havendo diferença estatisticamente significativa entre as comunidades. A renda mensal total familiar foi menor que um salário mínimo tanto para os do sexo feminino da Comunidade de São Francisco foi de 34,38% e para os da Comunidade do Novo Renascer foi de 48,15%. Na renda mensal total familiar do sexo masculino, da Comunidade de São Francisco, houve prevalência entre 1 e 2 salários mínimos (30,56%), enquanto que na comunidade Novo Renascer prevaleceu menos de 1 salário mínimo (39,29%). Observou-se que os ribeirinhos da Comunidade de São Francisco possuem casa própria tanto do sexo feminino (96,88%) quanto do sexo masculino (94,44%), e os ribeirinhos de Novo Renascer do sexo feminino (85,19%) e do sexo masculino (78,57%), havendo diferenças estatisticamente significantes entre os ribeirinhos da Comunidade São Francisco e os da Comunidade Novo Renascer.

O nível de escolaridade fundamental incompleto foi prevalente entre os ribeirinhos do sexo masculino da Comunidade São Francisco (30,56%) e da Comunidade Novo Renascer (57,14%), com diferença estatisticamente significativa. Enquanto no sexo feminino a Comunidade de Novo Renascer apresentou escolaridade de Ensino Fundamental Incompleto

57,14% e no sexo feminino da Comunidade de São Francisco apresentou 31,25% no Ensino Fundamental Completo

A escolaridade da amostra de analfabetos foi maior entre os ribeirinhos do sexo masculino da comunidade de São Francisco (27,78%) em comparação com os da comunidade Novo Renascer (10,71%), enquanto a escolaridade de nível superior completo foi maior entre os ribeirinhos de sexo feminino da Comunidade Novo Renascer (11,11%).

Tabela 2. Características demográficas das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer segundo média de idade, estado civil, ocupação, renda mensal, moradia e escolaridade entre adultos e idosos, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco Adultos (n=46) (67,65%)	Comunidade Novo Renascer Adultos (n=50) (90,91%)	Comunidade São Francisco Idosos (n=22) (32,35%)	Comunidade Novo Renascer Idosos (n=5) (9,09%)
Média da Idade em anos	35,57	39,26	70,45	70,20
Sexo	24 (52,17%)	24 (48,00%)	12 (54,55%)	4 (80,00%)
Masculino				
Sexo Feminino	22 (47,83%)	26 (52,00%)	10 (45,45%)	1 (20,00%)
Estado Civil				
Casado n (%)	35 (76,09%)	28 (56,00%)	13 (59,09%)	3 (60,00%)
Solteiro	9 (19,57%)	18 (36,00%)	3 (13,64%)	1 (20,00%)
Viúvo	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (13,64%)	1 (20,00%)
Outros	2 (4,35%)	4 (8,00%)	3 (13,64%)	0 (0,00%)
Ocupação				
Agricultura	32 (69,55%)	37 (74%)	7 (31,82%)	0 (0,00%)
Aposentado	0 (0,00%)	4 (8%)	12 (54,56%)	5 (100%)
Do lar	5 (10,7%)	2 (4%)	2 (9,1%)	0 (0,00%)
Professor	4 (8,7%)	2 (4%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Outros	5 (10,85%)	5 (10%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)

VARIÁVEIS	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade
	São Francisco	Novo	São	Novo
	Adultos	Renascer	Francisco	Renascer
	(n=46)	Adultos	Idosos	Idosos
	(67,65%)	(n=50)	(n=22)	(n=5)
		(90,91%)	(32,35%)	(9,09%)
Renda Mensal				
Individual (R\$)				
Menos que 1 salário mínimo	20 (43,48%)	36 (72,00%)	3 (13,64%)	0 (0,00%)
1 Salário Mínimo	20 (43,48%)	12 (24,00%)	16 (72,73%)	5 (100,00%)
Entre 1 e 2 salários mínimos	4 (8,70%)	2 (4,00%)	2 (9,09%)	0 (0,00%)
2 salários mínimos	1 (2,17%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)
3 salários mínimos	1 (2,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Renda Mensal Total				
Familiar (R\$)				
Menos que 1 salário mínimo	16 (34,78%)	24 (48,00%)	2 (9,09%)	0 (0,00%)
1 Salário Mínimo	11 (23,91%)	9 (18,00%)	4 (18,18%)	2 (40,00%)
Entre 1 e 2 salários mínimos	9 (19,57%)	13 (26,00%)	7 (31,82%)	2 (40,00%)
2 salários mínimos	3 (6,52%)	0 (0,00%)	4 (18,18%)	0 (0,00%)

Entre 2 e 3 salários mínimos	4 (8,70%)	4 (8,00%)	3 (13,64%)	1 (20,00%)
Entre 5 e 6 salários mínimos	1 (2,17%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)
6 salários mínimos	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,55%)	0 (0,00%)
9 salários mínimos	2 (4,35%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Moradia				
Própria n (%)	43 (93,48%)	41 (82,00%)	22 (100,00%)	4 (80,00%)
Alugada n (%)	3 (6,52%)	9 (18,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)

VARIÁVEIS	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade
	São Francisco	Novo	São	Novo
	Adultos	Renascer	Francisco	Renascer
	(n=46)	Adultos	Idosos	Idosos
	(67,65%)	(n=50)	(n=22)	(n=5)
		(90,91%)	(32,35%)	(9,09%)
Escolaridade				
Analfabeto n (%)	5 (10,87%)	3 (6,00%)	12 (54,55%)	1 (20,00%)
Ensino Fundamental Incompleto n (%)	15 (32,61%)	24 (48,00%)	5 (22,73%)	2 (40,00%)
Ensino Fundamental Completo n (%)	13 (28,26%)	13 (26,00%)	5 (22,73%)	1 (20,00%)
Ensino Médio Incompleto n (%)	3 (6,52%)	2 (4,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)
Ensino Médio Completo n (%)	3 (6,52%)	4 (8,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ensino Superior Incompleto n (%)	3 (6,52%)	1 (2,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Ensino Superior Completo n (%)	4 (8,70%)	3 (6,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Os resultados na Tabela 2 referem-se à amostra composta por 123 sujeitos, sendo 68 (55,28%) ribeirinhos da comunidade São Francisco e 55 (44,72%) ribeirinhos da Comunidade Novo Renascer, sendo estratificadas por idade, onde na Comunidade São Francisco 67,65% são adultos e 32,35% são idosos. Na Comunidade Novo Renascer, 90,91% são adultos e 9,09% são idosos.

Na variável média da idade em anos, os idosos e adultos não representaram uma diferença significativa. Sendo a média em idade dos adultos da Comunidade São Francisco 35,57 anos e de adultos da Comunidade Novo Renascer 39,26 anos. Os idosos da Comunidade São Francisco apresentaram a média da idade em anos de 70,45 e a Comunidade Novo Renascer 70,20 anos.

Em relação ao sexo, o sexo masculino entre adultos da amostra desse estudo representa 52,17% da comunidade São Francisco e 48,00% da Comunidade Novo Renascer e os idosos da Comunidade São Francisco representam 54,55% e 80,00 % da Comunidade Novo Renascer, que demonstra uma diferença expressiva entre os idosos de sexo masculino entre as duas comunidades. Entre os ribeirinhos adultos de sexo feminino, 47,83% representam a Comunidade São Francisco e 52,00% da Comunidade Novo Renascer e os idosos apresentou uma relevante diferença de 45,45% da Comunidade São Francisco e 20,00% na Comunidade Novo Renascer.

Sobre o estado civil, a maioria dos ribeirinhos adultos e idosos entre as duas comunidades predominou a informação de estar casados. Sendo 76,09% em adultos na Comunidade São Francisco e 56% em adultos na Comunidade Novo Renascer, havendo uma expressiva diferença entre as duas comunidades, entre os idosos 59,09% na Comunidade São Francisco e 60% na Comunidade Novo Renascer, onde não houve diferença significativa.

Em relação a ocupação foi observada que o percentual de agricultura entre adultos se concentrou nas duas comunidades, 69,55% em São Francisco e 74% em Novo Renascer. Entre os idosos os aposentados prevalecerem em 54,56% em São Francisco e 100% em Novo Renascer, onde houve uma diferença relevante na Comunidade de São Francisco em comparação ao Novo Renascer, onde 31,82% participa da agricultura e 9,1% relataram ser do lar.

Os outros da categoria de ocupação da Comunidade de São Francisco representam 10,85% dos adultos que compõe entre agentes comunitário de saúde, estudante, pescador, secretária e serviços gerais. Entre os idosos de São Francisco representam 4,55% composto por pensionista. Na Comunidade de Novo Renascer entre os adultos, os outros (10%) são compostos por agente comunitário de saúde, estudante, funcionária pública e monitor e 0,0% na categoria dos idosos. Todas essas categorias, tanto de adultos quanto idosos nas duas comunidades apresentaram somente 1 indivíduo.

A renda mensal individual entre adultos na Comunidade de São Francisco é 43,48% menos de 1 salário mínimo, enquanto a renda mensal individual dos adultos da comunidade de Novo Renascer equivale a 72% (menos que 1 salário mínimo), havendo uma diferença significativa relacionada a 1 salário mínimo da comunidade de São Francisco (43,48%) em relação a 1 salário mínimo de Novo Renascer (24%).

A porcentagem de 72,73% representa os idosos de São Francisco com 1 salário mínimo, enquanto que os idosos de Novo Renascer mostraram uma porcentagem de 100% com 1 salário mínimo, que enquadra uma relevante diferença entre as duas comunidades, pois 13,64% dos idosos de São Francisco possuem menos de 1 salário e 9,09% entre 1 e 2 salários.

Sobre a Renda Mensal Total Familiar os adultos com menos de 1 salário mínimo foram a maioria com 34,78% e os da Comunidade de Novo Renascer foi de 48% para adultos com menos de 1 salário, que enquadra uma diferença entre eles. Na Comunidade de São Francisco a renda mensal total familiar entre idosos foi de 31,82% (entre 1 e 2 salários mínimos) e em Novo Renascer constatou 40% a renda de 1 salário mínimo e 40% entre 1 e 2 salários mínimos.

Foi observado que 93,48% dos adultos de São Francisco possuem casa própria e 82% dos adultos de Novo Renascer também possuem esse tipo de moradia, entre os idosos de São Francisco 100% possuem casa própria e 80% dos idosos de Novo Renascer também são a maioria desse tipo de moradia, comparando uma expressiva diferença estatística entre as comunidades.

Na categoria nível de escolaridade, o Nível Fundamental Incompleto teve prevalência entre os adultos das duas comunidades, 32,61% em São Francisco e 48% em Novo Renascer, apresentando uma diferença significativa entre elas. Enquanto na população idosa, a Comunidade de São Francisco teve a prevalência de 54,55% de analfabetos e 40% de prevalência de idosos com Nível Fundamental Incompleto em Novo Renascer.

5.2. Variáveis antropométricas

Tabela 3. Média das variáveis antropométricas das comunidades São Francisco e Novo Renascer estratificado por sexo, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco (n=68)	Comunidade Novo Renascer (n=55)
IMC* (Kg/m ²) (sexo masculino)	25,44	25,87
IMC* (Kg/m ²) (sexo feminino)	27,06	28,49
RCQ ** (sexo masculino)	84,67	91,43
RCQ ** (sexo feminino)	86,94	94,41
CP # (sexo masculino) (cm)	37,39	37,79
CP # (sexo feminino) (cm)	34,28	34,59

*Índice de Massa Corporal; ** Razão Cintura Quadril; # Circunferência do Pescoço.

A tabela 3, mostrou a média do Índice de Massa Corporal (IMC), Razão Cintura Quadril (RCQ) e Circunferência do Pescoço (CP) dos ribeirinhos das Comunidades de São Francisco e Novo Renascer, segundo o grupo de proporção da amostra.

Ao considerar o Índice de Massa Corporal (IMC), não houve diferença estatisticamente significante entre as comunidades. Encontrou-se maior IMC entre os ribeirinhos de sexo feminino de Novo Renascer (28,49) com uma diferença pequena entre as de sexo feminino da Comunidade de São Francisco (27,06).

A medida da Razão Cintura Quadril (RCQ) apresentou diferença estatisticamente significante entre as comunidades, tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino. É entre o sexo masculino (91,43) e feminino (94,41) da Comunidade de Novo Renascer que a média da RCQ tem valor mais elevado. Em relação à Circunferência do Pescoço (CP), não houve diferença estatisticamente significante para nenhum dos sexos.

Tabela 4. Média das variáveis antropométricas de ribeirinhos das comunidades São Francisco e Novo Renascer entre adultos e idosos, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco Adultos (n=46) (67,65%)	Comunidade Novo Renascer Adultos (n=50) (90,91%)	Comunidade São Francisco Idosos (n=22) (32,35%)	Comunidade Novo Renascer Idosos (n=5) (9,09%)
IMC* (Kg/m²) (sexo masculino)	25,73	26,04	24,85	24,85
IMC* (Kg/m²) (sexo feminino)	26,92	28,65	27,36	24,26
RCQ ** (sexo masculino)	87,04	90,54	79,91	96,75
RCQ ** (sexo feminino)	82,68	94,04	96,30	104,00
CP# (sexo masculino)(cm)	37,71	37,83	36,75	37,50
CP# (sexo feminino)cm)	34,36	34,62	34,10	34,00

*Índice de Massa Corporal; ** Razão Cintura Quadril; # Circunferência do Pescoço.

Na tabela 4, é realizado um comparativo da média do Índice de Massa Corporal (IMC), Razão Cintura Quadril (RCQ) e Circunferência do Pescoço (CP) entre adultos e idosos ribeirinhos das Comunidades de São Francisco e Novo Renascer, segundo o grupo de proporção da amostra.

Sobre o Índice de Massa Corporal (IMC), não houve uma expressiva diferença entre adultos e idosos dos dois sexos, apresentando o maior nível de IMC para o sexo feminino da Comunidade de Novo Renascer (28,65) enquanto na Comunidade de São Francisco o sexo feminino apresentou o IMC de 26,92.

A média da Razão Cintura Quadril (RCQ) entre adultos do sexo masculino não demonstrou uma marcante diferença entre eles. Enquanto adultos de sexo feminino apresentou a média 82,68 na Comunidade de São Francisco e 94,04 em Novo Renascer, que enquadra uma expressiva diferença entre eles. A RCQ dos idosos de sexo masculino de São Francisco teve uma média de 79,91 e 96,75 em Novo Renascer, que enquadra uma diferença em destaque entre as duas comunidades ribeirinhas. E a RCQ dos idosos de sexo feminino apresentou média de 96,30 em São Francisco e média de 104,00 em Novo Renascer, onde não foi encontrada uma

expressiva diferença estatística entre elas. Em relação à Circunferência do Pescoço (CP), não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos grupos da amostra.

5.3. Pressão Arterial Sistêmica

Tabela 5. Distribuição da classificação da pressão arterial sistêmica das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer estratificado por sexo, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco Sexo Feminino (n=32) (47,06%)	Comunidade São Francisco Sexo Masculino (n=36) (52,94%)	Comunidade Novo Renascer Sexo Feminino (n=27) (49,09%)	Comunidade Novo Renascer Sexo Masculino (n=28) (50,91%)
Pressão arterial sistêmica ^(%)				
<140 e <90 ^(normal a limítrofe)	23 (71,88%)	22 (61,11%)	22 (81,48%)	23 (82,14%)
>140-159 ou >90-99 ^{(HAS)*}	9 (28,12%)	14 (38,89%)	5 (18,52%)	5 (17,86%)

*Hipertensão Arterial Sistêmica

A tabela 5 mostrou que a frequência da Pressão Arterial (PA) “normal a limítrofe” foi significativamente diferente nos ribeirinhos de sexo masculino da Comunidade Novo Renascer (82,14%) quando comparada com a comunidade de São Francisco (61,11%). As mulheres da Comunidade de Novo Renascer tiveram maior frequência de pressão arterial sistêmica normal a limítrofe (81,48%) em comparação as mulheres da Comunidade de Novo Renascer (71,88%). Os ribeirinhos de sexo masculino da Comunidade de São Francisco (38,89%) possuem frequência maior de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que os da Comunidade de Novo Renascer (17,86%). Os ribeirinhos de sexo feminino da comunidade de São Francisco apresentaram maior frequência de hipertensão arterial sistêmica (28,12%) em relação dos que residem em Novo Renascer (17,86%).

Tabela 6. Distribuição da classificação da pressão arterial sistêmica das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer entre adultos e idosos, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade
	São Francisco	Novo	São	Novo
	Adultos	Renascer	Francisco	Renascer
	(n=46)	Adultos	Idosos	Idosos
	(67,65%)	(n=50)	(n=22)	(n=5)
		(90,91%)	(32,35%)	(9,09%)
Pressão arterial sistêmica ^{n(%)}				
<140 e <90 (normal a limítrofe)	36 (78,26%)	42 (84%)	9 (40,91%)	3 (60%)
>140-159 ou >90-99(HAS)*	10 (21,74%)	8 (16%)	13 (59,09%)	2 (40%)

*Hipertensão Arterial Sistêmica

Já na tabela 6, a porcentagem de 78,26% dos adultos da Comunidade de São Francisco possui uma pressão arterial sistêmica normal a limítrofe, enquanto 84% dos adultos de Novo Renascer possuem essa classificação. Os adultos de São Francisco apresentaram 21,74% frequência maior de HAS que os de Novo Renascer (16%), que demonstra uma insignificante diferença entre as duas classificações entre os adultos das duas comunidades. Houve uma diferença expressiva entre os valores de pressão arterial sistêmica normal e a limítrofe entre os idosos da Comunidade de Novo Renascer (60%) e São Francisco (40,91%), assim como na classificação de HAS entre São Francisco (59,09%) e Novo Renascer (40%).

5.4. Estilo de Vida

Tabela 7. Distribuição das características referentes ao estilo de vida das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer estratificado por sexo, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco	Comunidade São Francisco	Comunidade Novo Renascer	Comunidade Novo Renascer
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Sexo Masculino
	(n=32)	(n=36)	(n=27)	(n=28)
	(47,06%)	(52,94%)	(49,09%)	(50,91%)
Tabagismo				
Fumantes	1 (3,13%)	10 (27,78%)	5 (18,52%)	7 (25,00%)
Ex fumantes	13 (40,63%)	22 (61,11%)	6 (22,22%)	12 (42,86%)
Nunca fumaram	18 (56,25%)	4 (11,11%)	16 (59,26%)	9 (32,14%)
Álcool nos últimos 7 dias				
Sim	1 (3,13%)	9 (25,00%)	3 (11,11%)	11 (39,29%)

Na tabela 7, observou-se a distribuição das características de estilo de vida das suas comunidades ribeirinhas. Na distribuição referente ao hábito de fumar houve diferença entre as duas comunidades, na qual 61,11% dos ribeirinhos de sexo masculino de São Francisco foi de ex-fumantes e 42,86% dos ribeirinhos de sexo masculino de Novo Renascer foi de ex-fumantes.

Enquanto, 59,26% dos ribeirinhos de sexo feminino de Novo Renascer nunca fumaram e 56,25% do sexo feminino de São Francisco nunca fumaram.

Em relação aos fumantes das duas comunidades, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino das duas comunidades, 18,52% de Novo Renascer fumam e 3,13% de São Francisco são fumantes. Os homens da Comunidade de São Francisco (27,78%) são os que mais utilizam o fumo. Em relação ao consumo de álcool nos últimos sete dias, também, houve diferença estatisticamente significativa entre elas, no qual os que tiveram maior uso de bebida alcoólica nos últimos 7 dias foram os homens da Comunidade de Novo Renascer (39,29%).

Tabela 8. Distribuição das características referentes ao estilo de vida das comunidades ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer estratificado por sexo, Ilha da Marchantaria, Iranduba, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	Comunidade São Francisco Adultos (n=46) (47,92%)	Comunidade Novo Renascer Adultos (n=50) (52,08%)	Comunidade São Francisco Idosos (n=22) (81,48%)	Comunidade Novo Renascer Idosos (n=5) (18,52%)
Tabagismo				
Fumantes	8 (17,39%)	10 (20,00%)	3 (13,64%)	2 (40,00%)
Ex fumantes	21 (45,65%)	16 (32,00%)	14 (63,64%)	2 (40,00%)
Nunca fumaram	17 (36,96%)	24 (48,00%)	5 (22,73%)	1 (20,00%)
Álcool nos últimos 7 dias				
Sim	8 (17,39%)	13 (26,00%)	2 (9,09%)	1 (20,00%)

Na tabela 8, na distribuição sobre o tabagismo, a maioria dos adultos da Comunidade de São Francisco foi classificada como ex fumantes (45,65%) e em Novo Renascer a maioria dos adultos foi classificada como “nunca fumaram” (48,00%). Entre os idosos da Comunidade de São Francisco, prevaleceu 63,64% de ex fumantes e 40% de Novo Renascer apresentou como fumantes e 40% como ex fumantes, havendo uma diferença expressiva entre os idosos das duas comunidades.

Sobre o consumo de álcool nos últimos 7 dias, também se enquadraram uma marcante diferença entre as comunidades, onde 26% dos adultos de Novo Renascer e 17,39% dos adultos de São Francisco consumiram álcool. Os idosos de Novo Renascer representaram 20% dos que consumiram álcool e 9,09% em São Francisco.

6. DISCUSSÃO

A discussão se desenvolveu por meio da análise crítica de estudos de prevalência de base populacional rural da hipertensão arterial publicados no Brasil e em outros países.

6.1. Características sociodemográficas

Pesquisa com 841 adultos residentes nas comunidades ribeirinhas do Rio Madeira no Estado do Amazonas (OLIVEIRA et al,2013), com uma população de idade entre 16 a 29 anos (30%), mostrou que 70% dos adultos possuem de 3 a 9 anos de estudo e 36% referem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Em relação ao sexo, houve diferenças percentuais estatisticamente significantes entre homens e mulheres para as variáveis faixa etária, Índice de Massa Corporal (IMC), etilismo e escolaridade. Em comparação com este estudo, mostra-se que a renda mensal total familiar de 1 a 2 salários mínimos entre sexo masculino da Comunidade de São Francisco, do Município de Iranduba corrobora com os achados de Oleiveira (2013), fortalecendo a característica socioeconômica evidenciada.

O estudo *Clustering and combining pattern of metabolic syndrome components in a rural Brazilian adult population*, composto por 270 homens (50,6%) e 264 mulheres (49,4%) em duas comunidades, das Virgens Graças e Caju, nas áreas rurais dos municípios de Ponto dos Volantes e Jequitinhonha revelou que a idade de intervalos entre a população apresentou distribuição homogênea, com uma proporção ligeiramente superior de indivíduos com idades entre 18 e 29 anos. A maioria dos sujeitos viviam com o cônjuge (69,3%) e eram de cor preta/misto (75,3%). Esta última característica foi observada mais frequentemente entre os homens. A proporção de indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade foi elevada (76,3%), como foi a proporção de analfabetos (34,5%) (PIMENTA, FELISBINO-MENDES, e VELASQUEZ-MELENDZ, 2013). Os dados relacionados ao sexo do estudo acima, corroboram com o presente estudo das duas comunidades ribeirinhas do município de Iranduba, onde não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Em relação ao estado civil, tanto os ribeirinhos do sexo feminino quanto do sexo masculino, declararam estar casados, atestando relação das características demográficas entre os dois estudos.

Em pesquisa sobre HAS, realizada em Goiânia, foram investigados 1.168 indivíduos, o que representou 12,0% da população do município. Houve predominância do sexo feminino, que correspondeu a 63,2% dos entrevistados. A média de idade foi de $43,2 \pm 14,9$ anos, com o mínimo de 18 e o máximo de 78 anos. O maior percentual encontrado foi o de indivíduos na

faixa etária de 30 a 39 anos com 23,9% do total, tanto para o sexo masculino (21,6%) quanto para o feminino (25,2%). O percentual de idosos com 60 ou mais anos de idade foi de 17,6% (NASCENTE et al, 2010). Os ribeirinhos da Comunidade de São Francisco e Novo Renascer também apresentam a média da faixa etária de 39 anos, tanto para o sexo masculino quanto sexo feminino. O que vai ao encontro dos resultados do artigo “Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica”, com uma amostra de 579 indivíduos, sendo 291 (50,26%) do sexo masculino e 288 (49,74) do feminino. Nesse estudo, a idade variou de 18 a 94 anos, não havendo diferença significativa entre os sexos (FREITAS, HADDAD e VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ,2009).

A Pesquisa intitulada *Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil*, mostrou que a prevalência da Síndrome Metabólica (SM), na população estudada, foi de 21,6%, sendo de 33,6% para as mulheres e 7,7% para os homens. As características da população do estudo, segundo o sexo, dentre as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos masculinos e femininos foram: estado civil, tabagismo, sobrepeso e obesidade. A frequência de adultos solteiros foi maior entre os homens, enquanto a frequência do estado viúvo e separado foi maior entre as mulheres (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ et al, 2007). Diferente do presente estudo, das Comunidades de São Francisco e Novo Renascer, no qual, ambas as comunidades apresentaram a maior porcentagem da variável casados para ambos os sexos e entre adultos e idosos.

O estudo de Filho et al (2007) evidenciou que, do total de indivíduos do município de Luzena, região Meio-Oeste de Santa Catarina, pouco mais da metade eram mulheres (50,7%) e a idade média da amostra foi igual a 40,4 anos. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relacionadas à presença de diabetes, tabagismo e dislipidemia com prevalências maiores entre os homens.

Na pesquisa de Rojas et al (2010), a prevalência foi praticamente inalteradas, por região geográfica e nível socioeconômico, A prevalência da SM aumentou de forma consistente como a educação diminuiu, com a menor escolaridade tendo um nível de prevalência 1,8 vezes maior do que o nível mais alto.

No estudo de Navarrete Briones e Cartes-Velásquez (2012), a constatação mais notada foi a significativa diferença por faixa etária, aumentando progressivamente de 2% em indivíduos com idade entre 15-24 anos. Na análise da HAS por sexo, foi observado uma ligeira diferença no grupo de 25-45 anos, com uma prevalência de hipertensão em mulheres (11,34%) e 15,66% em homens. Quanto a etnia, não houve diferença significativa no grupo 25 a 45 anos, com uma prevalência de 7,41% em mestiços, 13,33% e 18,18% em pehuenches em

Western. Finalmente, de acordo com o estado nutricional, foram encontradas diferenças no grupo de 25 a 44 e 45 a 64 anos.

6.2. Medidas antropométricas

Na pesquisa de Oliveira et al (2013) foi encontrado um índice maior de adultos com sobrepeso/obesidade (55%). Entre as mulheres, 62% apresentaram sobrepeso e 32% possuem entre 16 a 29 anos. Na análise de dados das Comunidades Ribeirinhas São Francisco e Novo Renascer, em relação ao sexo, a média dos valores apresentaram o Índice de Massa Corporal (IMC) classificado como sobrepeso, onde a média mais elevada foi da população de sexo feminino da Comunidade de Novo Renascer.

Já no estudo de Nascente et al (2010), o IMC indicou que 49,7% dos entrevistados apresentaram excesso de peso (33,7% sobrepeso e 16,0% obesidade). Houve correlação positiva entre HAS e IMC. A prevalência de hipertensos com sobrepeso foi de 36,5% e de hipertensos com obesidade foi de 54,5%. Observou-se a Circunferência da Cintura alterada em 51,9% das pessoas investigadas (24,2% aumentada e 27,7% muito aumentada) e encontrou-se correlação positiva entre HA e CC. A prevalência de hipertensos com CC aumentada foi de 33,6% e de hipertensos com CC muito aumentada foi de 50,8%. Também houve alteração nos valores da RCQ dos idosos de sexo masculino da Comunidade de Novo Renascer, e idosos de sexo feminino das duas Comunidades Ribeirinhas da Ilha da Marchantaria.

No estudo de Freitas, Haddad e Velásquez-Meléndez (2009), as mulheres apresentaram maiores níveis de IMC, Colesterol VLDL, TG/HDL e resistência à insulina (RI) que os homens, o que corrobora com o maior nível da média de IMC dos ribeirinhos de sexo feminino da Ilha da Marchantaria. Ressalta-se que nos estudos em comparação, a média da Relação Cintura Quadril (RCQ) foi significativamente maior no sexo masculino. Contudo, quando essa variável foi categorizada, a frequência de RCQ acima do recomendado foi significativamente maior entre as mulheres. Neste estudo, o segundo fator foi composto por níveis da pressão arterial e obesidade abdominal – sendo nomeado hipertensão/obesidade – porém, as cargas da RCQ, tanto no modelo masculino quanto no feminino, foram muito próximas de 0,3. Por fim o terceiro fator, nomeado distúrbios de homeostase da glicose/obesidade, foi carregado por medidas de glicemia de jejum e de obesidade, sendo que o IMC apresentou uma carga maior do que a RCQ, em ambos os sexos. Na Ilha da Marchantaria, diferentemente do estudo de Freitas, Haddad e Velásquez-Meléndez, o sexo feminino teve a maior prevalência no valor da RCQ (0,94).

Pimenta et al (2008), mostram que a obesidade foi mais prevalente entre as mulheres e todas as covariáveis investigadas, exceto o percentual de gordura corporal, estavam associadas com HAS: a prevalência tendia a aumentar com a CC. Na população masculina, não houve associações entre HAS e as diversas covariáveis. Todavia, no estudo de Velásquez-Meléndez et al, (2007), o exame dos componentes individuais que constituíam SM em homens e mulheres mostrou que houve uma diferença significativa em relação ao HDL-C e circunferência da cintura. A prevalência de baixo HDL-C e obesidade abdominal foi maior entre as mulheres do que entre os homens. Revelou também, que o número de indivíduos com hipertensão arterial foi de 62,5%.

Por sua vez, no estudo de Filho et al (2007), a prevalência de obesidade central, medida pela circunferência abdominal, foi maior entre as mulheres do que entre os homens. Foi observado que 52,4% da população não apresentava nenhum dos fatores de risco para doença cardiovascular analisados. Não houve diferença estatisticamente significativa quando avaliada a presença de um ou de mais fatores entre homens e mulheres, exceto quando cinco fatores de risco foram considerados simultaneamente, e a prevalência maior de homens nessa condição quando comparados às mulheres apresentou-se no limite da significância estatística.

Pesquisa realizada no Peru (Creber et al, 2010), com 985 participantes, mostrou que houve uma proporção maior de pessoas com baixa atividade física em comparação aos com moderada/alta atividade física, o que refletiu na avaliação da classificação de Índice de Massa Corporal como obesos ou sobrepeso.

A prevalência de hipertensão arterial no estudo de Navarrete Briones e Cartes-Velásquez (2012), em indivíduos com média de Índice de Massa Corporal (IMC) foi de 6,82%; 12,20% em indivíduos com sobrepeso e 20,37% em indivíduos obesos. No grupo 45-64 anos, a prevalência de hipertensão foi de 34,78% para IMC normal, sobrepeso e 43,75% a 27,08% para obeso, não tendo diferenças significativas em nenhum dos grupos.

O artigo *Prevalence of obesity, tobacco use, and alcohol consumption by socioeconomic status among six communities in Nicaragua*, realizado em seis comunidades nicaraguanas, com 355 adultos, concluiu que o sobrepeso e a obesidade afetam mais de metade, enquanto o baixo peso foi relativamente raro, afetando apenas 1 em cada 40 indivíduos. Nas mulheres, o aumento da idade foi fator de risco muito maior para obesidade do que nos homens, o que, provavelmente, segundo o autor, reflete na diminuição da atividade física ao longo do tempo. O estudo mostrou que a escolaridade não aumenta a probabilidade de obesidade entre as mulheres. Houve o predomínio estatisticamente significativo das mulheres com IMC > 35 kg / m² e > 40 kg / m². Houve diferença significativa entre os níveis de renda. Enquanto 52,7% do

total amostrou que vivia em pobreza extrema, 53,2% aqueles com um IMC > 35 kg / m² e 57,1% das pessoas com um IMC > 40 kg / m² viviam, também, em extrema pobreza (LAUX et al, 2012). O estudo realizado em Nicarágua, corroborou com o estudo realizado na Ilha da Marchantaria, no Amazonas, pois os resultados, os idosos apresentaram média de sobrepeso e maiores índices relacionados aos valores da Razão Cintura Quadril, no qual 1,04 foi a média dos idosos de sexo feminino da Comunidade de Novo Renascer.

6.3. Pressão Arterial Sistêmica

A prevalência de HAS no estudo de Oliveira et al (2013), foi de 25,7% com maior predominância no sexo masculino à prevalência no sexo feminino 22,8%. A prevalência de HAS apresentou tendência crescente ao longo das faixas etárias, com maior valor entre indivíduos com mais de 60 anos. A população ribeirinha, que reside na seção à jusante da Usina Hidrelétrica Santo Antônio, apresentou maior prevalência de HAS quando comparada à prevalência da seção à montante e Reserva de Cuniã. Ainda, indivíduos com excesso de peso e níveis elevados de triglicédeos e de glicemia apresentaram maior prevalência de HAS quando comparados, respectivamente, aos indivíduos com peso adequado, triglicédeos e de glicemia dentro dos padrões de normalidade. Na Ilha da Marchantaria, no Amazonas, as Comunidades de São Francisco e Novo Renascer apresentaram valores semelhantes entre adultos e idosos, pois a classificação de HAS aumentou conforme a idade, onde 59,09% dos idosos de São Francisco e 40% de idosos de Novo Renascer apresentaram HAS.

Pimenta et al (2008) referem que as características demográficas e socioeconômicas de ambos dos grupos (participantes e não participantes) da população adulta de Virgem das Graças, comunidade rural localizada no Vale do Jequitinhonha, eram diferentes, o grupo não participante do estudo era mais jovem e tinha um nível mais elevado de escolaridade. HAS foi diagnosticada em 47,0% dos indivíduos participantes do estudo, sem diferenças significantes quanto ao sexo, o que avigora os dados relacionados ao estudo entre as comunidades ribeirinhas, onde 38,89% dos comunitários de sexo masculino de São Francisco apresentaram HAS. As prevalências de HAS padronizadas por idade e escolaridade foram inferiores à prevalência bruta, respectivamente 43,2%, a prevalência de HAS permaneceu, no entanto, semelhante entre homens e mulheres. Havia diferenças significantes entre homens e mulheres quanto a tabagismo e consumo de álcool, sendo os níveis mais elevados observados entre os homens. Entre as mulheres, a HAS estava associada com idade, cor da pele e nível de escolaridade, sendo também positivamente relacionada à menopausa. A prevalência de HAS tendeu a aumentar com a idade

e com o número menor de anos de escolaridade. Na população masculina, porém, a HAS foi significativamente associada somente à idade, especialmente, entre os indivíduos de 50 a 59 anos, embora a frequência de HAS, em geral, tendesse a aumentar depois dos 40 anos de idade. Nas comunidades da Ilha da Marchantaria também houve associação da HAS com o tabagismo, perante a qual 40% dos idosos de Novo Renascer são fumantes e 40% ex-fumantes e 63,64% dos idosos de São Francisco são ex-fumantes.

A síndrome metabólica foi diagnosticados em 14,9% dos participantes, e foi quatro vezes mais frequente entre as mulheres do que entre os homens. No que diz respeito componentes da síndrome metabólica, 11,6% da população apresentaram obesidade abdominal, 15,2% hipertrigliceridemia, 44,1% baixos níveis de HDL - C , 10.6 % hiperglicemia e hipertensão 59,7 %. Níveis de obesidade abdominal e baixas de HDL- c foram proporcionalmente maior entre as mulheres (PIMENTA, FELISBINO-MENDES, e VELASQUEZ-MELENDZ, 2013).

Na pesquisa de Nascente et al (2010) foi encontrada uma prevalência de HAS em 32,7% da população. Essa prevalência foi maior no sexo masculino (35,8%), quando comparado com o feminino (30,9%), muito embora não haja diferença significativa entre os sexos. Houve correlação positiva entre HAS e faixa etária, sendo a prevalência de 14,0% dos 30 aos 39 anos, subindo para 34,6% dos 40 aos 49 anos e chegando a 63,1% nos indivíduos de 60 anos ou mais. A amostra apresentou 25,2% dos indivíduos com renda superior a um salário mínimo *per capita*. Não se detectou uma associação significativa entre HA e renda. Da população estudada, 67,5% afirmaram ter mais de quatro anos de estudo. Houve uma correlação negativa entre HAS e escolaridade, tanto na população geral da amostra, quanto na dividida por sexo. Dos hipertensos, 79,3% tinham até nove anos de estudo e 18,2% tinham escolaridade igual ou maior a nove anos de estudo. Ao analisar a situação conjugal, a maioria da população do estudo informou a presença de companheiro (69,0%) e, portanto, não houve diferença estatística para a variável situação conjugal em sua correlação com HA. Enquanto na Ilha da Marchantaria, a prevalência de HAS foi de 38,89% para o sexo masculino da Comunidade de São Francisco, 28,12% para o sexo feminino da comunidade anterior, 18,52% para o sexo feminino e 17,86% para sexo masculino, ambas da Comunidade Novo Renascer.

O estudo *Prehypertension in Jamaica: a review of data from recent studies* realizado na Jamaica, realizaram dois recentes inquéritos nacionais que forneceram estimativas da pré-hipertensão prevalência na Jamaica. A prevalência de pré-hipertensão na Jamaica usando dados da Jamaica Saúde e Pesquisa Estilo de vida 2000- 2001 foi de 30% no total e foi maior nos homens em comparação com mulheres, 35% e 25%, respectivamente. Entre os homens, a

prevalência foi consistentemente alta (entre 35-39%) em todas as idades grupos de até 64 anos de idade , enquanto para as mulheres , a prevalência aumentaram com a idade até 54 anos de idade. Quando examinaram a prevalência de fatores de risco para Doença Cardiovascular (DCV) através de exames de sangue e aferição de pressão arterial, verificou-se que houve maior prevalência de todos os fatores de risco cardiovascular entre pessoas com pré-hipertensão em comparação com as pessoas com sangue normal, pressão, com exceção de tabagismo entre homens e mulheres e baixa atividade física entre as mulheres. Também houve aumento da agregação de fatores de risco para DCV entre pessoas com pré-hipertensão. Entre as pessoas pré-hipertensos, 28% dos homens e 41% das mulheres tiveram pelo menos um fator de risco de doenças cardiovasculares e quase 7% dos homens e 11% das mulheres tinham três ou mais fatores de risco para DCV (FERGUSON et al, 2011).

O dados de Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica, da pesquisa de Creber et al (2010), não tiveram correlação com os baixos níveis de atividade física. Também não houve evidência de uma verdadeira diferença na pressão arterial, síndrome metabólica ou hipertensão entre aqueles com baixa atividade física.

Na pesquisa realizada no México, *Metabolic syndrome in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006*, a população do estudo apresentou uma prevalência de mais de 40% por três ou mais componentes da Síndrome Metabólica (SM). A síndrome metabólica acometeu 36,8% da população adulta, sendo 42,2% de mulheres e 30,3% dos homens. A obesidade central foi três vezes maior em mulheres do que em homens. Redução do nível de colesterol HDL foi mais comum em mulheres do que homens. A hipertensão foi mais frequente em homens (46,7%) do que nas mulheres (39,1%). A SM foi maior em mulheres do que em homens, e aumentou com a idade (ROJAS et al, 2010), o que avigora o estudo comparativo das duas comunidades da Ilha da Marchantaria, pois a HAS foi mais presente em homens (38,89%) e idosos 59,09%) da Comunidade São Francisco.

Investigação em comunidades rurais sobre HAS (Navarrete Briones e Cartes-Velásquez, 2012), com 400 indivíduos, verificou que a maioria dos sujeitos eram da etnia Pehuenche (64%). A prevalência de hipertensão arterial atingiu 24,5%, com destaque para o fato de que 20,25% terem apresentando pressão arterial elevada no momento do exame na primeira consulta. As pessoas que cumpriram a segunda consulta tiveram diagnóstico prévio de hipertensão, implicando, assim, no entendimento de que 9% foram admitidos por ambas as consultas, e que, apesar do diagnóstico e o início do tratamento médico e/ou farmacológica anterior, esses 36 pacientes apresentavam pressões elevadas.

6.4. Estilo de Vida

Na pesquisa de Oliveira et al (2013), os dados mostraram maior distribuição percentual para fumantes (55%), nenhum consumo de bebida alcoólica (64%), ingestão de peixe até três vezes na semana (52%). Do total de homens, 71% possuem de 3 a 6 anos de estudo, 63% são fumantes e 48% consomem bebida alcoólica pelo menos 1 vez na semana. Em contrapartida, no estudo de Pimenta, Felisbino-Mendes e Velasquez-Melendez (2013), as prevalências de consumo de álcool e hábito de fumar foram 23,6% e 30,3%, respectivamente. Estes hábitos também foram mais frequentes entre os homens. O que comprova igualdade de resultados entre adultos da Comunidade de São Francisco, onde 26% possuiu a prevalência de consumo de álcool e 32% são ex-fumantes.

Nascente et al (2010) investigando tabagismo, encontraram correlação significativa entre HAS e tabagismo, com prevalência de HAS maior entre os ex-tabagistas (48,8%) e tabagistas (32,9%) do que entre os não tabagistas (26,1%). O estudo mostrou, ainda, que em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 33,3% da população relatou este hábito, sendo observada diferença significativa entre os sexos (homens 51,1% e mulheres 23,1%) e associação negativa entre HAS e etilismo. Em relação à atividade física no lazer, os sedentários tiveram prevalência de hipertensão de 31,4% e, em relação à atividade física no trabalho, os sedentários hipertensos eram 34,09%. Em análise comparativa com os resultados deste estudo, os dados, também, mostram uma relação negativa entre álcool e HAS, e maior prevalência de HAS entre ex-fumantes idosos das duas comunidades.

Na pesquisa de Creber et al (2010), a diferença mais marcante em relação a atividade física está relacionada com a baixa atividade física. que apresentou um escore de quase 18 vezes maior no grupo urbano, comparado ao grupo rural. A probabilidades de ter baixos níveis de atividade física foram fortemente associadas à condição de migrantes. Todos os participantes do estudo residem em favelas na cidade de Lima ou em comunidades rurais e foram distribuídos uniformemente entre os mais baixos e mais altos níveis fisicamente ativos. Para comportamento sedentário, os dados espelharam que 32 (73,1%) estavam no grupo migrante, 12 (26,9%) no grupo urbano e nenhum no grupo rural.

CONCLUSÃO

Na pesquisa sobre fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica das Comunidades ribeirinhas da Ilha da Marchantaria do município de Iranduba, Amazonas, a população em estudo se caracterizou com *status* sociodemográfico de pessoas em idade economicamente ativa, com média de idade prevalente entre adultos de 31,23 a 39,54 anos e com idade média entre idosos de 67, 90 a 79 anos, predominância do estado civil casado para todas as categorias, ocupação na agricultura, renda mensal individual para os ambos os sexos de 1 salário mínimo na Comunidade de São Francisco e menos de 1 salário mínimo como renda individual mensal para ambos os sexos da Comunidade Novo Renascer.

A Renda Mensal Total Familiar apresentou menos de 1 salário mínimo para o sexo feminino da Comunidade de São Francisco e para ambos os sexos na Comunidade Novo Renascer, diferente para o sexo feminino da Comunidade de São Francisco, que foi entre 1 e 2 salários mínimos.

Sobre a moradia, todos apresentaram a categoria de residência própria. A escolaridade de Ensino Fundamental Incompleto foi maior para o sexo masculino da Comunidade de São Francisco e para ambos os sexos da Comunidade Novo Renascer, com prevalência de Ensino Fundamental Completo para o sexo feminino da Comunidade de São Francisco, expressando ser uma amostra populacional de pessoas que, mesmo incluídas no grupo de população economicamente ativa, estão às margens da inclusão social quanto a renda familiar por esta está abaixo de um salário mínimo.

Entre as variáveis de adultos e idosos das Comunidades São Francisco e Novo Renascer, não houve diferenças entre as idades apresentadas acima e nem ao estado civil, onde todos possuem o estado civil casados como prevalente, a agricultura faz parte da ocupação dos adultos de ambas as comunidades e prevaleceu a categoria na ocupação aposentado para os idosos de ambas as comunidades, com Renda Mensal Individual de menos de 1 salário mínimo para os adultos das duas comunidades e 1 salário mínimo para os idosos da Comunidade São Francisco e Novo Renascer, a Renda Mensal Total Familiar apresentou em sua maioria para os adultos das duas comunidades menos de 1 salário e entre 1 e 2 salários para os idosos, a moradia própria prevaleceu para adultos e idosos das duas comunidades, a variável escolaridade entre adultos prevaleceu a categoria ensino fundamental incompleto para os adultos das duas comunidades e idosos de Novo Renascer e analfabeto para a maioria dos idosos de São Francisco.

Quanto ao Índice de Massa Corporal como preditor de circunferência abdominal, relação cintura-quadril e circunferência do pescoço de adultos e idosos ribeirinhos os achados evidenciaram que não houve presença de obesidade entre as pessoas das comunidades estudadas, haja vista que os valores das médias de Índice de Massa Corporal foram equivalente nas duas comunidades, constatando sobrepeso para adultos de sexo feminino e masculino de ambas as comunidades e IMC adequado para o sexo masculino de idosos da Comunidade de São Francisco e também para ambos os sexos de idosos da Comunidade Novo Renascer, ressaltando-se, também, que no estudo da Relação Cintura Quadril e Circunferência do Pescoço, os dados mostraram não haver diferenças significantes. Os sujeitos de sexo masculino que apresentaram valores da média de RCQ $> 0,95$, foram os idosos da Comunidade Novo Renascer e os sujeitos de sexo feminino foram as mulheres de ambas comunidades.

O levantamento dos níveis tensionais em adultos e idosos ribeirinhos das Comunidades São Francisco e Novo Renascer, do município de Iranduba, Amazonas mostrou que a Pressão Arterial Sistêmica normal a limítrofe para ambas as comunidades, prevalecendo nos idosos das duas comunidades estudadas.

Sobre o estilo de vida, os indivíduos de sexo feminino apresentaram prevalência na categoria “nunca fumaram”, enquanto de sexo masculino apresentou a maior porcentagem na categoria “ex-fumantes”. Já com os adultos e idosos, os ribeirinhos da comunidade São Francisco apresentaram a categoria “ex-fumante” como prevalente e na Comunidade Novo Renascer predominou a categoria “nunca fumaram” para os adultos e “fumantes” e “ex-fumantes” para idosos de Novo Renascer.

Diante de todos os sujeitos e variáveis analisadas, não se detectou uma associação significativa entre HA e renda. Houve correlação negativa entre HAS e o nível de escolaridade, tanto na população geral de sexo masculino e feminino da amostra, quanto na estratificação por idades. Na análise da situação conjugal, a população do estudo informou a presença de companheiro, não havendo diferença estatística para a variável situação conjugal em sua correlação com HA. Os fatores de risco para as duas comunidades em relação a idade e sexo, está relacionada ao índice de IMC com a classificação sobrepeso e RCQ acima dos valores preconizados, além disso, houve correlação com o tabagismo onde a população idosa que apresentou maior índice de HAS nas duas comunidades, em algum momento da vida teve acesso ao tabagismo.

Este estudo apresenta como limitações a amostragem que foi não-probabilística e por conveniência, devido a saída de muitos comunitários da Ilha da Marchantaria pela perda de suas casas em decorrência das cheias do rio Solimões nos últimos anos; a abrangência território-

fluvial, na qual muitas casas ficavam longe uma das outras e muitos dos moradores não foram encontrados nas sedes das comunidades devido aos seus deslocamentos para o trabalho na agricultura em outras áreas das comunidades e só retornarem ao final da tarde ou noite.

Diante das informações coletadas, corroborados com os dados de pesquisas recentes levantadas, conclui-se que a HAS é um problema de saúde pública que aflige, também, comunidades ribeirinhas, independente do seu espaço territorial e, mesmo com as medidas de promoção da saúde, prevenção da HAS e seu monitoramento e controle pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, a HAS tem eclodido sem olhar as pessoas pelo *status* social, mas relacionando-se com hábitos alimentares, estilo de vida fortemente relacionados ao etilismo e tabagismo, os quais se configuram como principais fatores desencadeantes de HAS.

Por fim, no sentido de buscar-se a promoção da saúde e a prevenção da HAS, a Estratégia Saúde da Família tem um papel vital, especialmente, junto às populações ribeirinhas, no enfrentamento das doenças crônicas, entre elas, a HAS, trabalhando a educação permanente por meio de abordagens estratégicas voltadas para a qualidade de vida de pessoas isentas de hipertensão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL;** 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHAVES, M. D. P. S. R., BARROSO, S. C., LIRA, T. D. M. Populações tradicionais: manejo dos recursos naturais na Amazônia. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 111-122, 2009.

COHEN-CARNEIRO, F., SOUZA-SANTOS, R., PONTES, D. G., SALINO, A. V., REBELO, M. A. B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.

CREBER, R. M. M., SMEETH, L., GILMAN, R. H., MIRANDA, J. J. Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 1, p. 1-8, 2010.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Medicina embasada em evidências. **Revista da Associação Médica Brasileira. Sao Paulo. Vol. 45, n. 3 (jul./set. 1999), p. 247-254**, 1999.

FERGUSON, T. S., TULLOCH-REID, M. K., YOUNGER, N. O., MCFARLANE, S. R., FRANCIS, D. K., WILKS, R. J. Prehypertension in Jamaica: a review of data from recent studies. **The West Indian medical journal**, v. 60, n. 4, p. 429-433, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3ª ed. Revista e atualizada. Curitiba: Positivo. 2004.

FILHO, J. R. N., DEBASTIANI, D., NUNES, A. D., PERES, K. G. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007.

FREITAS, E. D. D., HADDAD, J. P. A., VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 5, p. 1073-1082, 2009.

GONÇALVES, C. W. P. **Amazônia, Amazônias**. 2 ed. São Paulo: Contexto. 2005.

HARRIS, M. **Life on the Amazon: The anthropology of a brazilian peasant village**. Oxford, UK: University Press, 2000.

IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Nota 1: Estimativas da população residente com data de referência 1º julho de 2014 publicada no Diário Oficial da União em 28/08/2014.

IRION, G., ADIS, J., JUNK, W.J., WUNDERLICH, F. Sedimentological studies of the 'Ilha de Marchantaria' in the Solimões/Amazon River near Manaus. *Amazoniana* 8, 1–18. 1983.

JARDIM, P. C. B. V., GONDIM, M. D. R. P., MONEGO, E. T., MOREIRA, H. G., VITORINO, P. V. D. O., SOUZA, W. K. S. B., SCALA, L. C. N. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JANSSEN, I.; KATZMARZYK, P. T.; ROSS, R. Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. **Archives of internal medicine**, v. 162, n. 18, p. 2074-2079, 2002.

LAUX, T. S., BERT, P. J., GONZÁLEZ, M., UNRUH, M., ARAGON, A., LACOURT, C. T. Prevalence of obesity, tobacco use, and alcohol consumption by socioeconomic status among six communities in Nicaragua. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 3, p. 217-225, 2012.

LESSA, Ínes. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

MATSUDO, S., ARAÚJO, T., MARSUDO, V., ANDRADE, D., ANDRADE, E., BRAGGION, G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, v. 6, n. 2, p. 05-18, 2001.

MÁRQUEZ, C. E., RIVAS, O. B., DIVISÓN, G. J., SOBREVIELA, B. E., LUQUE, O. M. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MEDEIROS NEDER, M. D., BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia?. **Rev Bras Hipertens** vol, v. 13, n. 2, p. 126-133, 2006.

MORAES, M. V. G. **Enfermagem no trabalho: programas, procedimentos e técnicas**. 1ª edição. São Paulo: Iátria, 2007.

NASCENTE, F. M. N., JARDIM, P. C. B. V., PEIXOTO, M. D. R. G., MONEGO, E. T., MOREIRA, H. G., VITORINO, P. V. D. O., SCALA, L. N. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 4, p. 502-9, 2010.

NAVARRETE BRIONES, Claudia; CARTES-VELÁSQUEZ, Ricardo. Prevalencia de hipertensión arterial en comunidades pehuenches, Alto Biobio. **Revista chilena de cardiología**, v. 31, n. 2, p. 102-107, 2012.

OLIVEIRA, B. F. A. D., SOUZA MOURÃO D., D., GOMES, N., COSTA, J. M. C., SOUZA, A. V. D. , BASTOS, W. R., HACON, S. S. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. Prevalence of arterial hypertension in communities along the Madeira River, Western Brazilian. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1617-1630, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

PIMENTA, A. M., FELISBINO-MENDES, M. S., VELASQUEZ-MELENDZ, G. Clustering and combining pattern of metabolic syndrome components in a rural Brazilian adult population. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 4, p. 213-219, 2013.

PIMENTA, A. M., KAC, G., GAZZINELLI, A., CORRÊA-OLIVEIRA, R., VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Associação entre obesidade central, triglicérides e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 6, p. 419-25, 2008.

ROJAS, R., AGUILAR-SALINAS, C. A., JIMÉNEZ-CORONA, A., SHAMAH-LEVY, T., RAUDA, J., ÁVILA-BURGOS, L., LAZCANO PONCE, E. Metabolic syndrome in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. **Salud pública de México**, v. 52, p. S11-S18, 2010.

SCHERER, E.F. **O defeso e a defesa do meio ambiente**. Universidade Federal do Amazonas. (Relatório Técnico). 2004, 15p.

SILVA, D. A.; PETROSKI, E. L.; PERES, M. A. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 988-98, 2012.

SIMONE, G. D., DEVEREUX, R. B., CHINALI, M., ROMAN, M. J., BEST, L. G., WELTY, T. K., HOWARD, B. V. Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure the strong heart study. **Hypertension**, v. 47, n. 2, p. 162-167, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA e SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq. bras. cardiol**, v. 84, n. supl. 1, p. 3-28, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA e SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Brazilian guidelines on hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1 Suppl, p. 1, 2010.

SOUZA, C. S. D., STEIN, A. T., BASTOS, G. A., PELLANDA, L. C. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. **Arq Bras Cardiol**, v. 102, n. 6, p. 571-8, 2014.

TRATAMENTO, D. E. I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. Suplemento I, 2005.

TEIXEIRA, E., CASTRO, E. M. R. D., MARIN, R. A. **Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos**. Belém: Ltda; 2001.

XAVIER, J; DUTRA, A. Ribeirinhos do Tapajós ainda esperam pelo SUS. **Radis-Comunicação em Saúde**, v. 35, 2005. p. 9-15.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G., GAZZINELLI, A., CÔRREA-OLIVEIRA, R., PIMENTA, A. M., KAC, G. Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. **São Paulo medical journal**, v. 125, n. 3, p. 155-162, 2007.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo da Universidade Federal do Amazonas em convênio com Universidade do Estado do Pará, cujo título é: **ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE RIBEIRINHOS DAS COMUNIDADES SÃO FRANCISCO E NOVO RENASCER, DA ILHA DA MARCHANTARIA, IRANDUBA, AMAZONAS.**

Objetivo: analisar os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica de ribeirinhos das comunidades São Francisco e Novo Renascer, da Ilha da Marchantaria, do município de Iranduba, estado do Amazonas.

Durante a coleta dos dados serão verificados o seu peso, no qual você irá ficar em pé, descalço e com roupas leves. Para medir a sua altura, você será orientado a ficar de costas para o marcador de altura, com os pés unidos, em posição reta, olhando para frente. Para as medidas do tamanho da cintura e do quadril, você deverá estar em posição reta, com o abdômen relaxado, braços ao lado do corpo, com os pés unidos. Durante a verificação da pressão arterial você ficará sentado em uma cadeira, posicionando o braço esquerdo sobre uma mesa de modo que a braçadeira do aparelho que verifica a pressão fique na altura do seu coração, nesse momento você permanecerá com o braço imóvel até o término da medição.

No caso da verificação da pressão apresentar alguma alteração, o (a) senhor (a) receberá tratamento e acompanhamento pela equipe de saúde do Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha da sua região ou instituição de saúde mais próxima da sua casa/comunidade.

Riscos: O risco que esse estudo poderá oferecer está associado ao aspecto psicoemocional, ou seja, pela não compreensão dos resultados dos valores das medidas antropométricas e níveis tensionais, na qual a pesquisadora será responsável em orientar e encaminhar o sujeito para acompanhamento e monitoramento das medidas antropométricas e níveis tensionais pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha, se houver a possibilidade do sujeito apresentar valores alterados.

Benefícios: Com este estudo, esperamos ajudar a ampliar os conhecimentos sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica em ribeirinhos do município do Iranduba, buscando contribuir na criação de estratégias de cuidados que possam melhor atender suas reais necessidades de saúde. Concluída a Pesquisa, os benefícios resultantes serão divulgados nas comunidades da seguinte forma: será entregue aos líderes comunitários um exemplar da dissertação do mestrado com o qual será agendada uma reunião com os membros da comunidade e liderança comunitária para a apresentação dos resultados da pesquisa, enfatizando-se os pontos relevantes e de retorno social a comunidade. Também será realizada uma reunião com a equipe de saúde para apresentar os resultados da pesquisa e encaminhar os indivíduos que apresentaram alterações em seus níveis tensionais, bem como medidas antropométricas para acompanhamento.

Todo o material será utilizado apenas para a realização de pesquisa. Os resultados desse estudo serão publicados em revistas científicas, nas quais você não será identificado (a). Se depois de consentir em sua participação, você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada,

sendo guardada em sigilo. Fica garantido que você será indenizado caso sobrevenha algum dano decorrente a participação da pesquisa.

Para qualquer outra informação você pode entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 3305.5100 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão composto por um grupo de pessoas que deve existir em instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Ele tem a função de defender os direitos, interesses e a dignidade e integridade das pessoas, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa. Desta maneira e de acordo com a Resolução CNS 466/2012, “toda pesquisa envolvendo a seres humanos deverá ser submetida a apreciação de um Comitê de ética e Pesquisa”.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante da pesquisa

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Instrumento de Entrevista

Levantamento das medidas antropométricas e mensuração da pressão arterial.



1.

2. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

2.1. Peso _____ Kg

2.2. Altura: _____ cm

2.3. IMC: _____

2.4. Circunferência do pescoço:

2.4.1. Medida 1: _____ cm

2.4.2. Medida 2: _____ cm

2.5. Circunferência da cintura:

2.5.1. Medida 1 _____ cm

2.5.2. Medida 2 _____ cm

2.6. Circunferência do quadril:

2.6.1. Medida 1: _____ cm

2.6.2. Medida 2 : _____ cm

3. MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

3.1 Circunferência do braço direito: _____ cm

3.2. PA do braço direito:

3.2.1. Medida 1: _____ mmHg

3.2.2. Medida 2: _____ mmHg

3.2.3. Medida 3: _____ mmHg

3.2.4. Média: _____ mmhg

3.3. Pulso:

3.3.1. Medida 1: _____ bpm

3.3.2. Medida 2: _____ bpm

3.3.3. Medida 3: _____ bpm

3.3.4. Média: _____ bpm

Parte II- Levantamento das variáveis, demográficas, socioeconômicas e estilo de vida.

4. IDENTIFICAÇÃO:

4.1. COMUNIDADE ONDE VOCÊ MORA: _____

4.2. MEIOS DE COMUNICAÇÃO: () TELEFONE FIXO () CELULAR () INTERNET
() OUTROS _____

4.3. IDADE EM ANOS COMPLETOS: _____

4.4. SEXO: () MASCULINO () FEMININO

4.5. QUAL É A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO NO MOMENTO?

4.6. QUAL A SUA COR OU RAÇA?

() BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA

4.7. QUAL A COR OU RAÇA DO SEU PAI?

() BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA

4.8. QUAL A COR OU RAÇA DE SUA MÃE?

() BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA

4.9. ESTADO CIVIL: () CASADO/AMIGADO () SOLTEIRO () VIÚVO

() OUTROS

4.10. QUAL É A SUA RELIGIÃO OU CULTO? _____

5. MORADIA:

5.1. QUANTAS PESSOAS MORAM NA SUA CASA? _____

5.2. QUAL O GRAU DE PARENTESCO DESSAS PESSOAS QUE ESTÃO MORANDO COM VOCÊ?

() SOMENTE PAI () SOMENTE MÃE () PAIS

() FILHO () FILHA () FILHOS () SOMENTE AVÓ

() SOMENTE AVÔ () AVÓS () CÔNJUGE () AMIGADO

() SOMENTE TIO () SOMENTE TIA () TIOS () SOMENTE SOBRINHO

() SOMENTE SOBRINHA () SOBRINHOS () SOMENTE NETO () SOMENTE NETA () NETOS () ENTEADO (A)

() OUTROS

5.3. NA SUA CASA QUANTOS CÔMODOS SÃO UTILIZADOS PARA DORMIR?

5.4. VOCÊ MORA EM: () CASA PRÓPRIA () ALUGADA

5.5. ONDE FICA O BANHEIRO DE SUA CASA?

() DENTRO DA CASA () FORA DA CASA

6. ESCOLARIDADE:

6.1. ATÉ QUE SÉRIE VOCÊ ESTUDOU NA ESCOLA?

() FUNDAMENTAL COMPLETO

() FUNDAMENTAL INCOMPLETO

() ENSINO MÉDIO COMPLETO

() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

() ENSINO SUPERIO COMPLETO

() ENSINO SUPERIO INCOMPLETO

() ANALFABETO

7. ESTILO DE VIDA

7.1. TABAGISMO:

7.1.1. VOCÊ FUMA? () SIM () NÃO, MAS JÁ FUMEI () NUNCA FUMEI

7.1.2. QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA? **I__I__I__I CIGARROS**

7.1.3 QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMAVA POR DIA? **I__I__I__I CIGARROS**

7.1.4. VOCÊ JÁ FUMOU 100 CIGARROS OU MAIS NA VIDA?

() SIM () NÃO () NÃO LEMBRA QUANTOS

7.2. ETILISMO:

7.2.1. NOS ÚLTIMOS 07 DIAS (**incluindo sábado e domingo**), VOCÊ BEBEU ALGUMA BEBIDA ALCOOLICA, TAIS COMO: CERVEJA, CACHAÇA E OUTRAS?

() SIM () NÃO () NÃO LEMBRO

7.2.2. () NÃO BEBO () PAREI DE BEBER () NUNCA BEBI

7.2.3. (**Caso tenha parado de beber**) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ PAROU DE BEBER?

____ ANOS OU _____ MESES () NÃO LEMBRO

7.3. ATIVIDADE FÍSICA:

7.3.1. NA SEMANA PASSADA, VOCÊ CAMINHOU POR PELO MENOS 10 MINUTOS?
() SIM () NÃO

8.3.2. ISSO FOI QUANTAS VEZES NA SEMANA?

() 1X POR SEMANA

() 2X POR SEMANA

() 3X POR SEMANA

() 4X POR SEMANA

() 5X POR SEMANA

() 6X POR SEMANA

() TODOS OS DIAS

8.3.3. **TEMPO TOTAL:** _____ (MIN. OU HORAS) (a calcular pelo entrevistador ou com auxílio do entrevistador)

FEZ ATIVIDADES **MODERADAS** POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS, COMO, POR EXEMPLO: CARREGAR PESOS LEVES COMO: COMPRAS, CRIANÇA PEQUENA E/OU FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS NA CASA OU NO QUINTAL, E/OU PEDALAR LEVE NA BICICLETA, NADAR, DANÇAR, JOGAR VÔLEI RECREATIVO, OU QUALQUER ATIVIDADE QUE FEZ AUMENTAR MODERADAMENTE SUA RESPIRAÇÃO OU BATIMENTOS DO CORAÇÃO? (NÃO INCLUA CAMINHAR).

() SIM () NÃO

7.3.4. ISSO FOI QUANTAS VEZES NA SEMANA?

() 1X POR SEMANA

() 2X POR SEMANA

() 3X POR SEMANA

() 4X POR SEMANA

() 5X POR SEMANA

() 6X POR SEMANA

() TODOS OS DIAS

7.3.5. **TEMPO TOTAL:** _____ (MIN. OU HORAS) (a calcular pelo entrevistador ou com auxílio do entrevistador).

7.3.6. FEZ ATIVIDADES **VIGOROSAS** POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS, COMO, POR EXEMPLO: FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS PESADOS EM CASA E/OU NO QUINTAL, CORRER, JOGAR FUTEBOL OU QUALQUER ATIVIDADE QUE AUMENTE MUITO SUA RESPIRAÇÃO OU

7.3.7. ISSO FOI QUANTAS VEZES NA SEMANA? _____ VEZES

7.3.8. **TEMPO TOTAL:** _____ (MIN. OU HORAS) (a calcular pelo entrevistador ou com auxílio do entrevistador)

7.4. DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

7.4.1. DIABETES

7.4.1.1. ALGUMA VEZ UM MÉDICO DISSE QUE VOCÊ TINHA DIABETES OU AÇÚCAR NO SANGUE? () SIM () NÃO

7.4.1.2. HA QUANTO TEMPO O MÉDICO DISSE QUE VOCÊ TINHA DIABETES OU AÇÚCAR NO SANGUE? ____ANOS OU ____ MESES

7.4.1.3. ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA ESTÁ COM DIABETES? () SIM () NÃO

7.4.1.4. SE SIM, QUAIS PARENTES?

() SOMENTE PAI () SOMENTE MÃE () PAIS

() SOMENTE AVÓ () SOMENTE AVÔ () AVÓS

() SOMENTE IRMÃO () SOMENTE IRMÃ () IRMÃOS

7.4.1.5. VOCÊ USA MEDICAMENTOS PARA TRATAR OU CONTROLAR A DIABETES? () SIM () NÃO

7.4.1.6. SE SIM, QUAL OU QUAIS MEDICAMENTO(S)? _____

7.4.1.7. VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO CASEIRO PARA PREVENIR OU TRATAR A DIABETES? () SIM () NÃO

7.4.1.8. CASO SIM, QUAL (QUAIS): _____

7.5. HIPERTENSÃO ARTERIAL

7.5.1.1. ALGUMA VEZ UM MÉDICO DISSE QUE VOCÊ TINHA PRESSÃO ALTA OU HIPERTENSÃO ARTERIAL? () SIM () NÃO

7.5.1.2. HA QUANTO TEMPO O MÉDICO DISSE QUE VOCÊ TINHA PRESSÃO ALTA OU HIPERTENSÃO ARTERIAL? ____ ANOS OU ____ MESES

7.5.1.3. ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA ESTÁ COM PRESSÃO ALTA?

() SIM () NÃO

7.5.1.4. SE SIM, QUAIS PARENTES?

() SOMENTE PAI () SOMENTE MÃE () PAIS

() SOMENTE AVÓ () SOMENTE AVÔ () AVÓS

() SOMENTE IRMÃO () SOMENTE IRMÃ () IRMÃOS

7.5.1.5. VOCÊ USA MEDICAMENTOS PARA TRATAR OU CONTROLAR A HIPERTENSÃO?

() SIM () NÃO

7.5.1.6. SE SIM, QUAL OU QUAIS MEDICAMENTO(S) ? _____

7.5.1.7. VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO CASEIRO PARA PREVINIR OU TRATAR A PRESSÃO ALTA?

() SIM () NÃO

7.5.1.8. CASO SIM, QUAL (AIS): _____

7.6. OUTRAS DOENÇAS

7.6.1.1. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ TEM OU TEVE DIAGNÓSTICO MÉDICO DE OUTRA DOENÇA?

() SIM () NÃO

7.6.1.2. SE SIM, QUAIS: () DEPRESSÃO () REUMATISMO () DOENÇA DO CORAÇÃO () INSUFICIÊNCIA RENAL () OSTEOPOROSE () GASTRITE () TIREÓIDE

7.6.1.3. OUTRAS: _____

7.6.1.4. VOCÊ USA MEDICAMENTOS CASEIROS PARA TRATAR OU PREVENIR ALGUMA DOENÇA (SEM SER DIABETES OU HIPERTENSÃO)?

() SIM () NÃO

7.6.1.5. CASO SIM, QUAL (AIS): _____

7.6.1.6. PARA TRATAR QUAL OU (QUAIS) DOENÇA(S): _____

7.6.1.7. JÁ TEVE MALÁRIA ALGUMA VEZ? () SIM () NÃO

7.6.1.8. SE SIM, QUAL O TIPO? () FALCIPARUM () VIVAX

7.6.1.9. QUANTAS VEZES _____

8. RENDA FAMILIAR:**8.1. QUAL É A SUA RENDA MENSAL INDIVIDUAL?**

- () MENOS QUE UM SALÁRIO MÍNIMO
- () 1 SALÁRIO MÍNIMO
- () ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 2 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 2 E 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 3 E 4 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 4 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 4 E 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

- () 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 5 E 6 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 6 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 6 E 7 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 7 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 7 E 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 8 E 9 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 9 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () MAIS DE 9 SALÁRIOS MÍNIMOS

8.2. QUAL É A RENDA TOTAL DA FAMÍLIA:

- () MENOS QUE UM SALÁRIO MÍNIMO
- () 1 SALÁRIO MÍNIMO
- () ENTRE 1 E 2 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () 2 SALÁRIOS MÍNIMOS
- () ENTRE 2 E 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

- 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
- ENTRE 3 E 4 SALÁRIOS MÍNIMOS
- 4 SALÁRIOS MÍNIMOS
- 4 E 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

- 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
- ENTRE 5 E 6 SALÁRIOS MÍNIMOS
- 6 SALÁRIOS MÍNIMOS
- ENTRE 6 E 7 SALÁRIOS MÍNIMOS
- 7 SALÁRIOS MÍNIMOS
- ENTRE 7 E 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
- 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
- ENTRE 8 E 9 SALÁRIOS MÍNIMOS
- 9 SALÁRIOS MÍNIMOS
- MAIS DE 9 SALÁRIOS MÍNIMOS

9.7. ESSA RENDA DA FAMÍLIA É PARA QUANTAS PESSOAS? _____

DATA ____/____/____

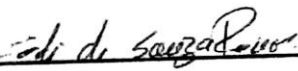
NOME DA PESQUISADORA

ANNE CAROLINE SAMPAIO SOARES

ANEXO A- Termo de Anuência da Comunidade São Francisco**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO**

Eu, Sadi de Souza Ramos, líder da Comunidade São Francisco pertencente a Ilha da Marchantaria, do município de Iranduba, do estado do Amazonas, declaro que fui esclarecido e consinto o ingresso dos pesquisadores Anne Caroline Sampaio Soares e David Lopes Neto na comunidade São Francisco para a realização do Projeto de Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, NÍVEIS TENSIONAIS, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E STATUS SOCIOECONÔMICO DE RIBEIRINHOS DO MUNICÍPIO DE IRANDUBA, AMAZONAS, que tem como finalidade analisar a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica e níveis tensionais, medidas antropométricas e status socioeconômicos de ribeirinhos do município de Iranduba do Amazonas, Norte do Brasil, buscando contribuir na criação de estratégias de cuidado que possam melhor atender suas reais necessidades de saúde.

Manaus, 12 de Março de 2015.



Sadi de Souza Ramos

Líder da Comunidade São Francisco

ANEXO B- Termo de Anuência da Comunidade Novo Renascer**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO**

Eu, Adélia Nice Ferreira, líder da Comunidade Novo Renascer pertencente a Ilha da Marchantaria, do município de Iranduba, do estado do Amazonas, declaro que fui esclarecido e consinto o ingresso dos pesquisadores Anne Caroline Sampaio Soares e David Lopes Neto na comunidade São Francisco para a realização do Projeto de Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, NÍVEIS TENSIONAIS, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E STATUS SOCIOECONÔMICO DE RIBEIRINHOS DO MUNICÍPIO DE IRANDUBA, AMAZONAS, que tem como finalidade analisar a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica e níveis tensionais, medidas antropométricas e status socioeconômicos de ribeirinhos do município de Iranduba do Amazonas, Norte do Brasil, buscando contribuir na criação de estratégias de cuidado que possam melhor atender suas reais necessidades de saúde.

Manaus, 17 de março de 2015.

Adélia Nice Ferreira

Adélia Nice Ferreira

Líder da Comunidade Novo Renascer

ANEXO C- Termo de Anuência da Secretária Municipal de Saúde de Iranduba

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba- SEMSA Iranduba,

Venho por meio desta, requerer a Vossa Senhoria, a Anuência Prévia para a realização do projeto de Pesquisa intitulado “**Análise Comparativa da Associação entre Hipertensão Arterial, Níveis Tensionais, Medidas Antropométricas e Status Socioeconômico de Ribeirinhos do Município de Iranduba.**”

O Objetivo é: Analisar a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica, Níveis tensionais, Medidas Antropométricas e *Status Socioeconômico* de ribeirinhos da Ilha de Marchantaria do Município de Iranduba, Amazonas, Norte do Brasil.

Para cada um dos indivíduos será feita medida da pressão, verificação do peso, da altura e da barriga. Também serão convidados para responder um instrumento de coleta de dados com perguntas sobre as condições sociais, econômicas e de saúde.

No caso da verificação da pressão apresentar alguma alteração, o indivíduo receberá tratamento e acompanhamento pela equipe de saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Iranduba- SEMSA Iranduba ou instituição de saúde mais próxima da sua casa/ comunidade.

Riscos: Pesquisa de risco mínimo do tipo psicoemocional, pela não compreensão dos resultados dos valores das medidas antropométricas e níveis tensionais, na qual a pesquisadora será responsável em orientar e encaminhar o sujeito para acompanhamento e monitoramento das medidas antropométricas e níveis tensionais pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família Ribeirinha, se houver a possibilidade do sujeito apresentar valores alterados.

Benefícios: Com este estudo, esperamos ajudar a ampliar os conhecimentos sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica em ribeirinhos da Ilha de Marchantaria, buscando contribuir na criação de estratégias de cuidados que possam melhor atender suas reais necessidades de saúde.


Todo o material será utilizado apenas para a realização de pesquisa. Os resultados desse estudo serão publicados em revistas científicas, nas quais o indivíduo não será identificado (a). Se depois de consentir em sua participação, o indivíduo desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O indivíduo não terá

nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 3305.5100 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496.

Consentimento Pós-Informação

Eu, **Josimar Martins Marinho** fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração e estou de acordo com a mesma.

Manaus, 20 de março de 2015



Josimar Martins Marinho
Secretário de Saúde da Prefeitura de Iranduba



Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO D- Termo de Anuência a Coordenação de Atenção Básica do Município de Iranduba

TERMO DE ANUÊNCIA

A Coordenação da Atenção Básica do Município do Iranduba,

Venho por meio desta, requerer a Vossa Senhoria, a Anuência Prévia para a realização do projeto de Pesquisa intitulado “**Análise Comparativa da Associação entre Hipertensão Arterial, Níveis Tensionais, Medidas Antropométricas e Status Socioeconômico de Ribeirinhos do Município de Iranduba.**”

O Objetivo é: Analisar a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica, Níveis tensionais, Medidas Antropométricas e *Status* Socioeconômico de ribeirinhos da Ilha de Marchantaria do Município de Iranduba, Amazonas, Norte do Brasil.

Para cada um dos indivíduos será feita medida da pressão, verificação do peso, da altura e da barriga. Também serão convidados para responder um instrumento de coleta de dados com perguntas sobre as condições sociais, econômicas e de saúde.

No caso da verificação da pressão apresentar alguma alteração, o indivíduo receberá tratamento e acompanhamento pela equipe de saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Iranduba- SEMSA Iranduba ou instituição de saúde mais próxima da sua casa/ comunidade.

Riscos: Pesquisa de risco mínimo do tipo psicoemocional, pela não compreensão dos resultados dos valores das medidas antropométricas e níveis tensionais, na qual a pesquisadora será responsável em orientar e encaminhar o sujeito para acompanhamento e monitoramento das medidas antropométricas e níveis tensionais pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família Ribeirinha, se houver a possibilidade do sujeito apresentar valores alterados.

Benefícios: Com este estudo, esperamos ajudar a ampliar os conhecimentos sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica em ribeirinhos da Ilha de Marchantaria, buscando contribuir na criação de estratégias de cuidados que possam melhor atender suas reais necessidades de saúde.

Todo o material será utilizado apenas para a realização de pesquisa. Os resultados desse estudo serão publicados em revistas científicas, nas quais o indivíduo não será identificado (a). Se depois de consentir em sua participação, o indivíduo desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O indivíduo não terá

nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 3305.5100 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496.

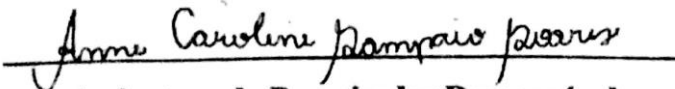
Consentimento Pós-Infomação

Eu, **Ronaldh Oliveira Carneiro** fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração e estou de acordo com a mesma.

Manaus, 20 de Março de 2015

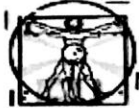


Ronaldh Oliveira Carneiro
Coordenador da Atenção Básica do Município do Iranduba



Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO E- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL, NÍVEIS TENSIONAIS, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E STATUS SOCIOECONÔMICO DE RIBEIRINHOS DO MUNICÍPIO DE IRANDUBA, AMAZONAS.

Pesquisador: ANNE CAROLINE SAMPAIO SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44291515.2.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.044.234

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Estudos epidemiológicos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica são de grande importância para o conhecimento das condições que influenciam o adoecimento da população. Durante os últimos anos, as populações ribeirinhas no Brasil, vêm passando um acelerado processo de transição no estilo de vida, gerando principalmente aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Entre essas, é possível destacar a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. Esse estudo tem o objetivo de descrever a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica através da mensuração dos níveis tensionais em adultos e idosos ribeirinhos do município de Iranduba. A coleta dos dados será realizada no período de 01 a 30 de junho de 2015, com ribeirinhos de duas comunidades da Ilha da Marchantaria no município de Iranduba, Amazonas, no qual serão realizadas a mensuração do peso, altura, circunferência da cintura, relação cintura-quadril, bem como a medida da pressão arterial e realização da entrevista, por meio de um instrumento de coleta de dados, composta por questões abertas e

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 1.044.234

meio do coeficiente de correlação de Pearson.

Para organização e descrição dos dados serão utilizados os seguintes software SPSS for Windows (versão 20.0), Excell 2013 para organização de tabelas e gráficos e Epi Info™ 7.

Desfecho Primário:

Descrever a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica através da mensuração dos níveis tensionais em adultos e idosos ribeirinhos do município de Iranduba, Amazonas, contribuindo para o conhecimento do adoecimento por hipertensão e os fatores que contribuem para o mesmo. Através dos resultados que serão obtidos, apontar a necessidade de elaborar estratégias para prevenir e controlar os fatores de risco para hipertensão arterial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto – ADEQUADA:
2. Termos de Anuência - ADEQUADO: foi anexado à Plataforma Brasil
3. TCLE – ADEQUADO- foi anexado à Plataforma Brasil
4. Instrumentos da pesquisa - ADEQUADO: consta no projeto anexado a Plataforma Brasil
5. Riscos - ADEQUADOS

Currículo Lattes: anexado na Plataforma Brasil

6- Cronograma - ADEQUADO: Não detalhou cada etapa e respectivo período de desenvolvimento do estudo, informando quando pretende iniciar a pesquisa e quando irá terminar. Coleta de dados 01/06/2015 a 30/06/2015

7-Metodologia- ADEQUADA

- 8- Orçamento – ADEQUADO:
- 9- Critérios de Inclusão e Exclusão: ADEQUADOS

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atendeu totalmente o que preconiza a resolução 466/2012, sendo o parecer pela APROVAÇÃO

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

CEP: 69 057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br