

RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficos de todos os pacientes com HAS e DM participantes do PECHAS e PECDM de unidade de ESF. Jataí, GO, Brasil, 2017. (N=287)

Parâmetros	n	(%)
Sexo		
Feminino	207	72
Masculino	80	28
Idade		
<49	53	18,5
50-59	70	24,4
60-69	100	35
70-79	57	19,9
>80	7	2,4
Cor/etnia		
Branca	192	66,9
Não branca	95	33,1
Escolaridade		
Ensino fund. incompleto/não alfabetizado	188	65,3
Ensino fundamental completo	65	22,6
Ensino médio completo	25	9
Ensino superior	9	3,1

Nota: Valores expressos em número total (n) e percentual (%). fund. = fundamental

Tabela 2. Características clínicas de pacientes com HAS e DM participantes do PECHAS e PECDM de unidade de ESF. Jataí, GO, Brasil, 2017. (N=287)

Parâmetros	População total (n=287)	Mulheres (n=207)	Homens (n=80)	p valor
Idade	56,1	56	56,2	0,0028*
Sedentarismo (%)	66,2	69	54	0,0144*
Tabagismo (%)	15	15	15	0,9692
Diabetes Mellitus (%)	19,1	19,8	17,5	na
Hipertensão (%)	80,8	80,1	82,5	na
IMC	28,1	28,5	27,2	0,0428*
Quantidade de anti-hipertensivo	2	2	2	na
BB (%)	22,2	25,6	14	0,035*
BCC (%)	22,5	5	10	na
Vasodilatador (%)	27,5	23,6	37,5	na
IECA (%)	20,2	15,4	32,5	na
Diuréticos (%)	65,5	63,2	71,2	na
ARAI (%)	14,2	15,4	11,2	na

Nota: *comparação entre homens e mulheres (p<5%); na = não se aplica; IMC = índice de massa coporral; BB = bloqueador beta-adrenérgico; BCC = bloqueador dos canais de cálcio; IECA = inibidor da enzima conversora de angiotensina; ARAII = antagonista do receptor da angiotensina II; hipertens = hipertensivo. Valores expressos em porcentagem. Valores da quantidade de anti hipertensivos expressos em média. Utilizado o método estatístico Teste t de Student.

Observou-se, conforme Tabela 1, predominância do sexo feminino (72%). Além disso, a população que corresponde a faixa etária de 60-69 anos, expressa o maior número de pacientes em comparação às demais (35%), assim como a pele branca (66,9%) prevaleceu sobre a não branca.

A população pesquisada, mostrou-se, em sua maioria, pouco escolarizada. Indivíduos não alfabetizados e com primeiro grau incompleto prevaleceram sobre os demais graus de escolaridade.

Na Tabela 2, mulheres e homens apresentaram médias de idades semelhantes e, quando comparados à população total estudada, caracterizando uma amostra homogênea. Não houve diferença significativa entre os índices de tabagismo nos grupos. No entanto, em se tratando de sedentarismo, DM, HAS e IMC, os índices entre as mulheres mostram-se maiores do que em homens.

Verifica-se que a quantidade média de anti-hipertensivos é a mesma entre a população total, mulheres e homens. Além disso, os diuréticos apresentaram maior índice de uso e os ARAII menor (antagonista do receptor da angiotensina II).

Tabela 3. Pressão arterial sistólica, diastólica e de pulso referente a população total e separada por sexo em participantes do PECHAS e PECDM de unidade de ESF. Jataí, GO, Brasil, 2017. (N=287)

Parâmetros (mmHg)	População total (n=287)	Mulheres (n=207)	Homens (n=80)	p valor
PS	128	135,6	120	0,0002*
PD	78,5	84	73,3	0,3683
PP	49,8	52	46,5	0,0480*

Nota: *comparação entre mulheres e homens ($p < 0,05$); PS = pressão arterial sistólica; PD = pressão arterial diastólica; PP = pressão de pulso. Valores expressos em média. Utilizado o método estatístico Teste t de Student.

Figura 1. Variação da PP em pacientes hipertensos, por sexo e faixas etárias. Jataí, GO, Brasil, 2017

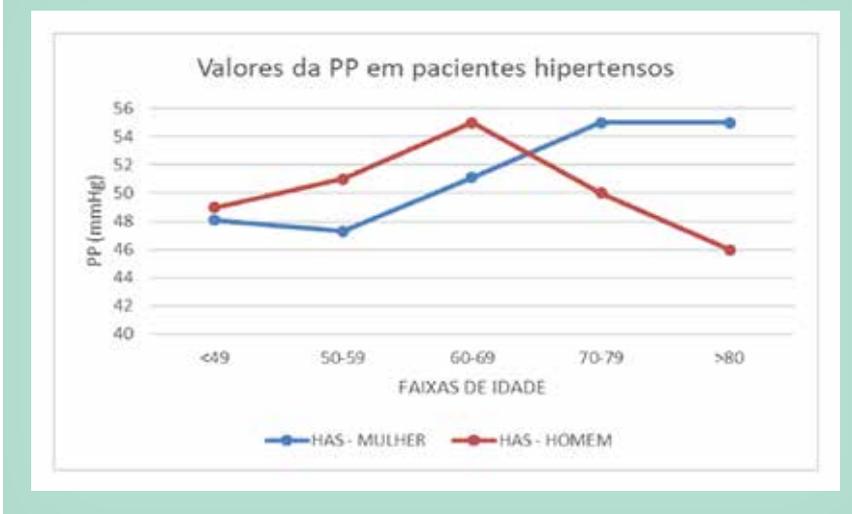
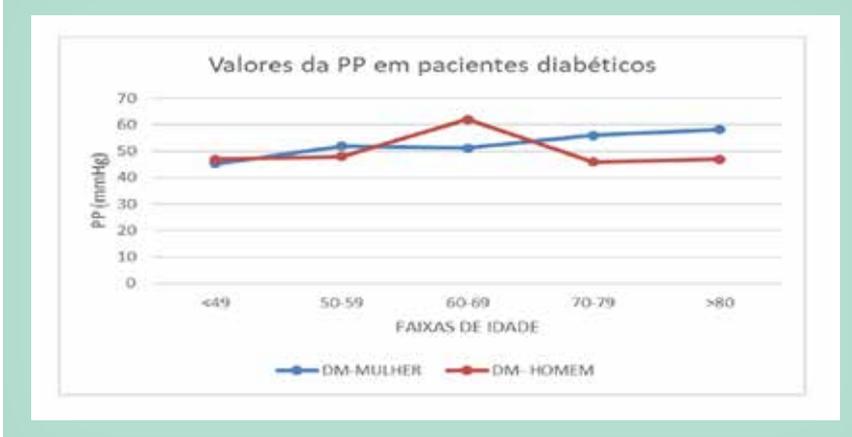


Figura 2. Variação da PP em pacientes diabéticos, por sexo e faixas etárias. Jataí, GO, Brasil, 2017



Na Tabela 3, é possível verificar que o sexo feminino apresentou valores da PS e PD de pré-hipertensão e da PP

aumentada (52 mmHg), enquanto os valores médios do sexo masculino PS, PD e PP permaneceram normais^(7,10,11).

Pode-se visualizar aumento da PP na população feminina hipertensa a partir de 60 anos de idade de maneira progressiva para as faixas posteriores, entretanto, nos homens os valores aumentam até a 6ª década de vida (Figura 1). Dessa maneira, nos pacientes diabéticos o aumento da PP nas mulheres iniciou na 5ª década e permaneceu até a 8ª década de vida (Figura 2).

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, observou-se uma população de mulheres idosas. O IMC e o sedentarismo elevados foram evidenciados tanto em mulheres quanto em homens, fatores estes que podem ser atribuídos como fatores de RCV. Estudos⁽¹⁰⁻¹³⁾ realizados afirmam que a obesidade, sedentarismo e estresse aumentam o aparecimento da HAS, consequentemente DCV, e, principalmente, em mulheres idosas.

A maior prevalência do sexo feminino neste estudo pode ser caracterizada pelo fato de que as mulheres preocupam-se mais com suas condições de saúde e, consequentemente, procuram mais os serviços de saúde em relação aos homens^(12,13).

Evidencia-se a predominância de baixa escolaridade entre os pacientes estudados, tendo em vista que a maioria deles está entre aqueles que não concluíram o ensino fundamental ou não foram alfabetizados, o que é demonstrado por outro estudo⁽¹²⁾ publicado recentemente, no qual afirma-se que menores índices de escolaridade estão associados à maior prevalência de HAS.

A maioria das mulheres está na faixa

etária dos 60-69 anos de idade. Segundo o Ministério da Saúde, a incidência da HAS aumenta conforme a idade, sobretudo nas mulheres a partir dos 55 anos^(3,12). Além disso, estudos^(3,10) realizados indicam maior prevalência de HAS em mulheres na pós-menopausa, devido às mudanças hormonais.

As mudanças estruturais na parede das artérias, causadas pela diminuição da elastina e colágeno, próprias do processo de envelhecimento humano, levam ao enrijecimento cardiovascular e, consequentemente, ao desencadeamento de eventos cardiovasculares⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, o envelhecimento favorece a elevação dos níveis pressóricos, o que resulta também no aumento da PP⁽¹⁶⁾, que além de preditora do risco de DCV, está relacionada a redução da complacência das grandes artérias⁽¹⁵⁾.

Níveis elevados de glicose sanguínea estão ligados ao aumento dos níveis pressóricos, o que pode ser correlacionado ao aumento da PP em portadores de DM⁽⁶⁾. Deste modo, evidenciou-se níveis elevados da PP na população feminina hipertensa e diabética (Figuras 1 e 2). Ambos os sexos ultrapassaram os valores de PP ≥ 50 mmHg das duas comorbidades na faixa etária dos 60 anos de idade, entretanto, os valores nas mulheres continuaram elevados, tanto em pacientes hipertensas quanto diabéticas. Todavia, iniciou-se nas mulheres diabéticas de faixa etária de 50 anos de idade e de maneira progressiva aumento da PP até os 80 anos de idade. Isto é, os homens podem apresentarem menor RCV em comparação com as mulheres de, pelo menos, 20 anos. Além disso, quando comparado à média de valores entre mulheres e homens, observou-se que o sexo feminino obteve PP de 52 mmHg enquanto no sexo masculino a PP foi de 46 mmHg (Tabela 3), ou seja, as mulheres apresentam maior RCV, resultado semelhante a outro estudo⁽¹⁰⁾.

Todos os pacientes fazem uso de anti-hipertensivos, com média de dois fármacos combinados ao dia. Frequen-

temente, o tratamento da HAS necessita da associação de duas ou mais classes dessas medicações, ou ainda quando há alto RCV⁽³⁾.

As classes medicamentosas mais utilizadas, tanto em mulheres quanto nos homens pesquisados foram os diuréticos seguido pelos vasodilatadores. Estudos clínicos evidenciam que os benefícios obtidos por meio do tratamento com diuréticos sobrepõe as demais classes medicamentosas⁽¹¹⁾. Além disso, os resultados do presente estudo convergem para os de uma pesquisa realizada com 432 idosos acima de 60 anos em Recife-PE, e com outro estudo com 165 idosos em Tejuçuoca-CE, ambos na atenção primária, os quais identificaram os diuréticos como os medicamentos mais utilizados em mulheres idosas em relação a outros fármacos⁽¹⁰⁾.

Apesar do uso de anti-hipertensivos, a média geral dos valores da PP (52 mmHg, Tabela 3) ainda está acima do ideal, o que pode representar a ausência de controle efetivo da PAS e RCV. Com isso, o controle dos níveis pressóricos na maioria dos pacientes pode ser alcançado com mudanças de estilo de vida e, principalmente, persistência no tratamento farmacológico e não farmacológico a longo prazo^(18,19).

Pode-se verificar que a terapêutica não medicamentosa aplicada ao tratamento da HAS/DM e prevenção de DCV inicia-se pelo profissional/equipe de saúde, por meio da educação em saúde na família/paciente/comunidade da seguinte forma:

- Incentivo da adesão ao tratamento: a educação em saúde não deve ser baseada apenas no repasse de informações, evitando-se assim lacunas entre orientação e aplicabilidade. O autocuidado deve ser incentivado de modo que o indivíduo possa desenvolver competências que lhe permitam atuar de forma positiva em relação a sua doença⁽²⁰⁾;
- Estratificação dos fatores de risco cardiovasculares: não se deve considerar apenas os níveis de PAS, é neces-

sário que haja avaliação do RCV^(3,11). A estratificação pode estimar o risco de cada indivíduo de desenvolver doença coronariana em dez anos. É necessário avaliar a presença de fatores de risco idade, níveis pressóricos elevados, tabagismo e níveis de colesterol (HDL e LDL). Com a estratificação, indivíduos que apresentarem maior probabilidade de complicações deverão receber intervenções mais intensas⁽²¹⁾;

- Padrão alimentar: O alto consumo de sódio está relacionado ao aumento da PAS⁽²²⁾, assim, evitar de se alimentar com salero na mesa e substituir enlatados e embutidos por ervas é uma saída para deixar os alimentos mais saudáveis e saborosos^(3,11,23);

- Atividade física: a inatividade física oferece riscos à saúde dos indivíduos, com isso, é considerada um grande problema de saúde pública, e é um importante prevalente para RCV⁽²⁴⁾. O treinamento aeróbico é indicado de preferência no tratamento da HAS, pois reduz a PAS de vigília e em situações de estresses mental, psicológico e físico^(3,25);

- Prevenção do tabagismo/etilismo: o hábito de fumar aumenta o fator de RCV, apesar disso, não há estudos que evidenciem que o abandono do tabagismo reduz a PAS⁽¹¹⁾. No entanto, o cigarro aumenta a resistência aos anti-hipertensivos⁽³⁾. Além disso, esclarecer quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, pois o seu consumo habitual e/ou excessivo eleva a PAS⁽²⁶⁾.

Além de envolver e incentivar mudanças de estilo de vida, é necessário que a educação em saúde aborde o esclarecimento, incentivo e adesão ao tratamento medicamentoso:

- Princípios gerais do tratamento medicamentoso: o paciente deverá ser orientado quanto a importância do uso contínuo, possíveis necessidades de ajustes nas doses, associação ou troca e aparecimento de efeitos adversos. Ao ser prescrito, um medicamento deverá, preferencialmente, demonstrar capacidade de reduzir a morbidade e mortalidade por DCV⁽¹¹⁾;

• Anticoncepcionais orais: o uso de anticoncepcionais orais aumenta em até três vezes a prevalência de HAS em mulheres. Seu uso é contra-indicado para mulheres fumantes maiores de 35 anos (19). Dessa forma, a substituição de anticoncepcionais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução dos níveis pressóricos em hipertensas, e a terapia de reposição hormonal nas mulheres pós-menopausa é um benefício no controle da PAS⁽³⁾.

As limitações e dificuldades para o propósito desta pesquisa foram decorrentes das lacunas dos dados coletados nos serviços de saúde que, muitas vezes, não

obtem todas as informações dos pacientes ou não as registram completamente.

Mesmo os medicamentos sendo a principal forma de tratamento para muitos hipertensos, a adesão às medidas não farmacológicas deve ser estimulada na atenção primária à saúde. É necessário que o profissional enfermeiro não se limite apenas em administrar medicamentos como suficientes para a redução dos níveis pressóricos⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Verificou-se o aumento progressivo da PP na população feminina, o que

representa o alto RCV nesta população, assim, destaca-se a necessidade de intervenções com maior direcionamento a este grupo. Entretanto, mesmo que a prevalência dos homens seja menor dentro na atenção primária, é necessário que as práticas de saúde se estendam também ao gênero masculino.

Além disso, este estudo evidencia o melhor resultado encontrado na comparação dos componentes da PAS em diferentes gêneros no estado de Goiás. Pesquisas feitas a partir de novas coletas de dados devem ser realizadas para a melhor descrição da influência da progressão da PP sobre os RCV. 🐦

Referências

1. Malta DC, Silva JJB. O plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22 (1): 151-164.
2. Barbosa MS, Budó MLD, Garcia RP, Simon BS, Beuter M, Stekel LMC. Cuidados em saúde desenvolvidos por pessoas com Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10(5):1739-48
3. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, nº 37. 2013; 37: 01-130.
4. OPAS-organização Pan-Americana de Saúde. Dia Mundial da Hipertensão 2016 [Internet]. 2016. [acesso em 2018 jan 19]. Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=3303Adia-mundial-da-hipertensao-2016&lang=pt.
5. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus, nº 36. 2013; 36: 01-160.
6. Lessa I, Barbosa PJB, Barbosa SJO, Pitanga FJG, Costa MC, Britto LL. Associação entre pressão de pulso e fatores de risco cardiovascular em população negra. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16(1): 15-22.
7. Roman MJ, Devereux RB, Kizer JR, Okin PM, Lee ET, Wang W, et al. High central pulse pressure is independently associated with adverse cardiovascular outcome the strong heart study. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 54(18): 1730-34.
8. Mônica Q, Sérgio C, Luana M, Lúcia B, Sabrina PB, Evandro TM, et al. Efeito Agudo da Pressão Positiva Contínua sobre a Pressão de Pulso na Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 102(2): 181-186.
9. Thatiane LO; Leonardo PM; Patrícia SF; Antônio PC. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):179-84
10. Pelazza BB. Comparação entre os Valores da Pressão de Pulso em Hipertensos Controlados e não Controlados. *Rev Bras Cardiol*. 2013; 26(6): 472-80.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107: 1-83.
12. Lobo LAC, Canuto R, Costa JSD, Pattussi, MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(6): 1-13.
13. Moreira JPL, Moreira JP, Moraes JR, Luiz RR. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:62-72.
14. Pelazza BB, Filho SRF. Comparison between central and brachial blood pressure in hypertensive elderly women and men. *International Journal of Hypertension*. 2017; 17(17): 1-5.
15. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. São Paulo: Artmed, 2012
16. Pelazza BB, Henrique HO, Maia LG, et al. Measurement of pressure levels of hypertensive elderly people in a primary care reference program. *Journal of Nursing UFPE*. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25066p364-370-2018>
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013; 31(7):1281-357.
18. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. 2013; 11(1): 55-61.
19. Ferraz MAAA, Carvalho PL, Chevatarese L. O impacto das ações de enfermagem referentes à mudança no estilo de vida junto ao paciente portador de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2017; 10(1).
20. Silva CS, Tomaz AF, Nascimento WG, Silva APT, Alves JP. Caracterização da Consulta de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Hipertensão e Diabetes. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*. 2017; 2(1): 347-362.
21. Cesarino EJ, Vituzzo ALG, Sampaio JMC, Ferreira DAS, Pires HAF, Souza L. Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde. *einstein*. 2012; 10(1): 33-8.
22. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014;63(25):2960-84.
23. O'Donnell M, Mente A, Rangarajan S, McQueen MJ, Wang X, Liu L, et al. Urinary sodium and potassium excretion, mortality, and cardiovascular events. *N Engl J Med*. 2014;371(7):612-23.
24. Pinho Nde A, Pierin AM. Hypertension control in brazilian publications. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):65-73. 58.
25. Cornelissen VA, Buys R, Smart NA. Endurance exercise beneficially affects ambulatory blood pressure: a systematic review and metaanalysis. *J Hypertens*. 2013;31(4):639-48.
26. Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2014;19(4):271-86.