

---

# Estudo comparativo entre dois grupos apresentando hipertensão arterial

Ana Ines R. P. de Carvalho<sup>1</sup>, Ana Lucia C. Tiniolo<sup>2</sup>, Andranik A. Der Bedrossian<sup>1</sup>, Claudio S. Kanai<sup>2</sup>, Daniele C. Godoy<sup>3</sup>, Fabricio D. de Souza<sup>4</sup>, Fernanda B. Barbieri<sup>4</sup>, Helder P. Oliveira<sup>5</sup>, Liliansa Claudia O. Guilherme<sup>5</sup>, Marli A. Rocha<sup>5</sup>, Patricia R. Poletto<sup>3</sup>, Rafaela F. da Silva<sup>2</sup>, Renata G. Munhos<sup>1</sup>, Rossinei D. Oliveira<sup>2</sup> e Jefferson R. Cardoso<sup>6</sup>

CARVALHO, A.I.R.P. *et al.* Estudo Comparativo entre dois grupos apresentando hipertensão arterial. *Semina*, Londrina, v. 17, ed. especial, p. 52 - 55, nov. 1996.

*RESUMO: Considerando que a Hipertensão Arterial (HA) aumenta de prevalência conforme o aumento da idade da população e que uma das formas não farmacológicas de tratamento seria a prática de atividade física e a diminuição do stress, os alunos do GIM 12 durante a identificação dos problemas da UBS do Conjunto Maria Cecília, notaram que uma das queixas relativamente alta eram a HA em um grupo de senhoras que se reuniam semanalmente para trabalhos manuais. A partir deste fato, foram estudados este grupo (G.C) com n=32 e um grupo controle (G.CT) com n=70, com média de idade de 59 e 62 anos respectivamente, com o objetivo de verificar e comparar o perfil dos hipertensos e as variáveis que influem no processo da doença. 59% do G.C e 69% do G.CT foram identificados como hipertensos e não houve estatisticamente diferenças entre os grupos em relação as outras variáveis, porém, os resultados obtidos revelam existir uma grande preocupação das pessoas em obter informações sobre a HA e uma necessidade urgente de se organizar programas educativos para a população que frequenta as UBS do município.*

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é um importante fator de risco para as doenças coronarianas, vasculares cerebrais e congestivas do coração, sendo o grau de risco diretamente proporcional ao nível e duração da pressão arterial (PA) <sup>(1)</sup>.

É bem aceito por vários autores <sup>(2,3,4)</sup> que a idade, o peso, a frequência cardíaca, a glicose, a ingestão de sal, consumo de álcool, obesidade e o fumo estão correlacionados com os níveis de PA. Numa abordagem conceitual, a O.M.S. <sup>(10)</sup> estabeleceu como HA quando a PA sistólica é maior que 160 mmHg e/ou a PA

- 
1. Aluno do Curso de Medicina
  2. Aluno do Curso de Farmácia
  3. Aluno do Curso de Fisioterapia
  4. Aluno do Curso de Odontologia
  5. Aluno do Curso de Enfermagem
  6. Instrutor do PEEPIN e Docente do Depto. de Fisioterapia do CCS/UUEL

diastólica é maior ou igual a 95 mmHg.

O constante aumento da população idosa acima de 65 anos na sociedade, vem gerando um importante problema na saúde pública em vários países (6). A modificação do estilo de vida como forma de tratamento da HA em pessoas idosas, como por exemplo, terapias não farmacológicas, tem sido proposto por Oigman (2) e pelo Comitê Americano para Detecção, Avaliação e Tratamento da HA - JNCV (10). Programas como perda de peso, redução na ingestão de sal, álcool e fumo, e largamente programas de atividade física, parece ser um dos fatores de benefício para o tratamento da HA.

## OBJETIVOS

Visando analisar as queixas apresentadas por um grupo de senhoras que realizavam trabalhos manuais semanalmente, foram propostos os seguintes objetivos:

- Identificar o número de hipertensos neste grupo e em um grupo controle da mesma área de abrangência da UBS, que não realizavam nenhuma atividade;
- Comparar o perfil de ambos os grupos, em relação aos seus hábitos e suas atividades de vida diária;
- Propor às pessoas que frequentam às UBS do conjunto Maria Cecília e ao grupo de senhoras formas de informação sobre a HA.

## METODOLOGIA

O estudo foi realizado a partir da observação da realidade e algumas reuniões na UBS do Conjunto Maria Cecília, com a supervisora e alguns funcionários e alunos do GIM 12, onde optou-se por analisar o perfil de um grupo de senhoras que realizavam trabalhos manuais, semanalmente, em um salão da Paróquia local, em relação a HA, pois era uma das queixas mais prevalentes.

A amostra estudada teve em seu G.C um n = 32 e paralelamente através dos prontuários da UBS, foi escolhido aleatoriamente um G.CT que apresentava um perfil de sexo e idade semelhante e n = 70.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um formulário com questões fechadas que abordavam dados de identificação, hábitos e prática de atividades. A aplicação foi feita primeiramente no G.C pelos integrantes do GIM.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil apresentado, após as entrevistas com o G.C

(n = 32) e com o G.CT (n = 70), teve a idade variando entre 47 a 75 anos (média 59 anos) e 47 a 85 anos (média 62 anos) respectivamente e todas as pessoas eram do sexo feminino. Os achados mostraram que 19 (59%) mulheres do G.C e 48 (69%) do G.CT serem hipertensas\* (quadro 1). Isles (5) em seu estudo longitudinal com 8262 mulheres e 7137 homens comparou algumas variáveis que afetam o desenvolvimento da HA e demonstrou que o índice de colesterol plasmático e a obesidade eram muito mais prevalentes em mulheres.

### QUADRO 1

Perfil de ambos grupos estudados

	G.C (Grupo Caso)	G.CT (Grupo Controle)
n	32	70
Idade (média)	47 - 75 (59 anos)	47 - 85 (62 anos)
No. Hipertensas	19 (59%)	48 (69%)

No quadro 2, observa-se o primeiro perfil estudado, com relação a possível etiologia e diz respeito aos antecedentes familiares, sendo que 22 (69%) do G.C e 40 (57%) do G.CT relataram que os familiares de 1o. grau apresentam HA. A etiologia da HA primária, que corresponde a 95% da população de hipertensos, não está totalmente definida, onde BOTOLATO & SILVA (1) ainda citam que a HA primária é resultado final de uma série de mecanismos inter-relacionados entre si influenciados por vários fatores externos, ambientais e genéticos. PICKERING (11) diz que é comprovado pelo achado de pessoas com história familiar positiva de HA terem uma chance duas vezes maior de serem hipertensas.

### QUADRO 2

Perfil dos hábitos de ambos grupos estudados

	G.C (Grupo Caso)	G.CT (Grupo Controle)
Antec. Familiares	22 (69%)	40 (57%)
Fumantes	03 (09%)	09 (13%)
Cons. Bebida Alc.	06 (19%)	02 (03%)
Prática Ativ. Física	14 (44%)	21 (30%)
Stress	18 (56%)	45 (64%)

Em levantamento para verificar a prevalência dos fumantes, encontrou-se um baixo número, sendo apenas 3 (9%) e 9 (13%) com o hábito de fumar. Não há evidências epidemiológicas onde sugira que a pressão arterial seja maior nos fumantes do que nos não-fumantes, segundo OIGMAN (1). No entanto, KANNEL & NEATON (7), explica que não existe relação do hábito de fumar com o desenvolvimento da HA e observa-se evidente associação entre a presença do fumo e uma substancial e excessiva taxa de mortalidade, principalmente de eventos coronarianos, como por exemplo acidentes vasculares cerebrais (AVC).

Um outro fator estudado e estatisticamente relevante, foi o consumo de álcool pelo G.C, 6 (19%) e apenas 2 (3%) do outro grupo. Foi um resultado não esperado pelo GIM pois acreditávamos que as pessoas com atividade em grupo semanalmente, poderia não ter a necessidade deste tipo de consumo, porém não investigamos os seus hábitos e costumes anteriores, nem a quantidade ingerida (No. de drinks). É definida como um drink a ingestão de 8 a 10g de etanol. McMAHON & NORTON (8) afirma que a HA dobra nos indivíduos de raça branca e aumenta em 50% nos negros que ingerem mais de 6 drinks por dia. Com relação a epidemiologia, o consumo de 3 ou mais drinks por dia está associado com o aumento da pressão arterial e há também evidências de um efeito benéfico de 1 a 2 drinks diários (por causa da redução na resistência vascular e periférica e aumento do débito cardíaco), segundo POTTER & BEEVERS (9).

A prática de alguma atividade física foi observada em maior porcentagem no G.C, 14 (44%) contra 21 (30%) do G.CT. Dentro do tipo de atividade física mais relacionada está a caminhada. Publicação da OMS (3), recomenda-se como tratamento não farmacológico, além do próprio, a prescrição de exercícios para os indivíduos com HA, como por exemplo: caminhar, andar de bicicleta e nadar. Devem ser prescritos de acordo com as características individuais. SIQUEIRA e cols.(4) estudaram o comportamento da pressão arterial e da frequência cardíaca durante um programa de atividade física (caminhada, 3x semana) de um grupo de normotensos e hipertensos controlados e demonstrou que durante a atividade, a pressão sistólica elevou-se (ou até diminuiu) discretamente e a pressão diastólica decaiu em ambos os grupos.

A relação feita com o stress, considerado pela grande maioria dos indivíduos leigos a principal causa da HA, teve como resultado no G.C., 18 pessoas (56%) afirmando sofrerem de stress e no G.CT 45 pessoas (64%). Na prática, há três tipos de abordagem

comportamental comumente aplicados para reduzir a pressão arterial em pessoas com stress: relaxamento, biofeedback e psicoterapia, porém os principais comites para tratamento da HA não recomendam abordagens comportamentais como tratamento de primeira linha para HA, segundo cita OIGMAN (1).

## CONCLUSÃO

Embora vários fatores de riscos possam contribuir para a elevação da pressão arterial e são inúmeramente citados e analisados, necessita-se urgentemente de criarem-se condições de como as informações no combate a HA poderiam chegar até a população de baixa renda. Juntamente com o tratamento farmacológico, as mudanças no estilo de vida poderiam corroborar para uma interferência no processo. Achemos conveniente reproduzir na tabela 1 as modalidades de abordagem não farmacológica para o tratamento da HA.

### TABELA 1

#### Abordagem não farmacológica para o tratamento da HA

- 
- I. Intervenção nos fatores relacionados ao estilo de vida
    - . Obesidade
    - . Exercícios
    - . Stress
    - . Fumo
    - . Álcool
  - II. Intervenção em fatores dietéticos ou nutricionais
    - . Proteínas, gorduras, carboidratos ou nutricionais
    - . Cloro, fósforo, magnésio
    - . Sódio
    - . Cálcio
    - . Potássio
  - III. Intervenção na conscientização do paciente
- 

Fonte: Oigman, W. *Arq. Bras. Cardiol.* 57(4):341-46, 1991.

Mesmo esse trabalho visando apenas identificar o número de hipertensos em um grupo e comparar os seus hábitos, e seus resultados expressarem poucas informações e diferenças estatísticas entre os grupos,

podemos concluir que a taxa de observância as medidas básicas para o tratamento da HA são reduzidas. Em parte, a explicação para este fato seria que apenas os médicos da UBS estariam envolvidos no tratamento dos hipertensos, priorizando fundamentalmente o tratamento farmacológico ou até quem sabe o desconhecimento da Secretaria da Saúde do Município com a relação a um mapeamento dos casos de HA. Independente de quem e por quê negligencia-se os fatos, os participantes do GIM 12 deixam claro que não basta ter números e perfis de população, precisa-se sim de intervenções concretas, pelos profissionais, políticos e até mesmo por nós da academia, participantes de um projeto onde um dos objetivos é indicar alternativas de solução para os problemas e informar a população envolvida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORTOLOTTI, L.A.; SILVA, H.B. Hipertensão Arterial: conceito, classificação e etiopatogenia. *Rev. Bras. Med.* v.47 (10), p.510-516 1990.
2. OIGMAN, W. Recomendações não farmacológicas coadjuvantes no tratamento da hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* v.57 (4), p.341-346, 1991.
3. FAGARDS, R. Physical Exercises in the management of hypertension. *Bull WHO.* v.69 (2), p.326-331, 1991.
4. SIQUEIRA, R.B. et al. Blood Pressure response to mild physical training in normotensive and controlled-hypertensive humans. *Rev. Bras. Med.* v.52 (7), p.714-718, 1995.
5. ISLES, C. Blood Pressure in males and females. *Journal of Hypertens.* v.13 (3), p.285-290, 1995.
6. BARRETO, A.C.P. et al. Hipertensão Arterial no idoso. *Hiperativo.* v.1 (3), p.19-28, 1994.
7. KANNEL, W.B.; NEATON, J. Overall and coronary heart disease mortality rates in relation to major risk factors in 325, 438 men screened for the MRFIT. *Am. Heart J.* v.12, p.825-836, 1987.
8. McMAHON, S.W.; NORTON, R.N. Alcohol and hypertension: implication for prevention and treatment. *Ann. Intern. Med.* v.105, p.124-126, 1986.
9. POTTER, J.F.; BEEVERS, D.G. Pressor effect of alcohol in hypertension. *Lancet.* i, p.119-122, 1984.
10. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The fifth report of JNCV. *Arch. Intern. Med.* v.153, p.154-164, 1993.
11. PICKERING, S.G. **Hypertension: Causes, consequences and management.** Churchill Livingstone, London, 2nd ed., 1974.

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Tiemi Matsuo, Depto. de Matemática Aplicada, pela dedicação e orientação a este trabalho e a Profa. Jocelaine Martins da Silveira, do Depto. de Psicologia Geral e Análise do Comportamento pela sua colaboração