



ESTUDO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

STUDY OF SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND CLINICAL OF THE HYPERTENSIVE PATIENTS FOLLOWUP IN BASIC HEALTH UNITS

Autores

PEREIRA, Júlia de Fátima Martins¹
 SOARES, Noeme Madeira Moura Fé¹
 MAIA, Thayani Alves²
 MAEDA, Sheila Cristiani Simões Tresse²
 SILVA, Luciana Duarte Novais¹
 ABDALLA, Douglas Reis^{2,3}
 OLIVEIRA, Luciano Fonseca Lemos¹
 CARVALHO, Eduardo Elias Vieira¹

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é considerada um grave problema de saúde pública, assim sendo necessária assistência por meio dos programas desenvolvidos nas unidades básicas de saúde, para auxiliar os pacientes na sua prevenção e/ou tratamento. **Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas dos pacientes acompanhados em um grupo de hipertensos (HIPERDIA) da Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** O estudo foi realizado através de um questionário no qual foi aplicado a fim de analisar as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas dos pacientes cadastrados. **Resultados:** Foram estudados 59 pacientes com hipertensão arterial de ambos os sexos, com idade média de $65,69 \pm 10,64$ anos. Os resultados mais relevantes, documentados durante a coleta de dados foi que a média da pressão arterial, aferida na posição sentada, apresentou-se elevada ($PAS = 137,12 \pm 20,6$ mmHg e $PAD = 86,10 \pm 11,14$ mmHg), mesmo estando todos com suas medicações otimizadas e sendo acompanhados frequentemente por uma equipe multiprofissional para o controle de seus níveis pressóricos. **Conclusão:** O presente estudo foi capaz de descrever as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas dos voluntários estudados. Documentou-se ainda correlações entre a idade, índice de massa corporal, circunferência abdominal, relação cintura/quadril e renda familiar com altos níveis de pressão arterial.

Palavras-Chave: Saúde pública; hipertensão arterial; hipertensos.

Filiação

¹ Programa de Pós-graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG).

² Centro Universitário de Talentos Humanos da Unibrasília, Uberaba (MG).

³ Curso de Medicina, Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG).

Autor Correspondente

Eduardo Elias Vieira de Carvalho
 eduardo.carvalho@uftm.edu.br

Abstract

Introduction: Hypertension is considered a serious public health problem, so its assistance through the programs developed in the basic health units is necessary to assist patients in their prevention and/or treatment. **Objective:** To describe the sociodemographic, clinical and anthropometric characteristics of the patients followed in a group of hypertensive subjects (HIPERDIA) of the Family Health Strategy. **Methods:** The study was carried out through a questionnaire in which it was applied in order to analyze the sociodemographic, clinical and anthropometric characteristics of the patients enrolled. **Results:** We studied 59 patients with arterial hypertension of both sexes, with a mean age of 65.69 ± 10.64 years. The most striking result, documented during data collection, was that the mean arterial blood pressure, measured in the sitting position, was elevated ($SBP = 137.12 \pm 20.6$ mmHg and $DBP = 86.10 \pm 11.14$ mmHg), even though all of them have their medications optimized and are frequently followed by a multiprofessional team to control their blood pressure levels. **Conclusion:** The present study was able to describe the sociodemographic, clinical and anthropometric characteristics of the studied volunteers. It was also documented correlations between age, body mass index, waist circumference, waist / hip ratio and family income with high blood pressure levels.

Keywords: Public health; arterial hypertension; Hypertensive

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica, não transmissível (DCNT), de início silencioso e na maioria dos casos seu diagnóstico é tardio. Sua principal característica é a elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais. (BARROSO et al., 2021; ; GOROSTIDI et al., 2022; MANCIA et al., 2023; ROSAS-PERALTA e BORRAYO-SÁNCHEZ, 2018).

Trata-se do fator de risco mais importante para a carga global de doenças, sendo a doença cardiovascular mais prevalente no mundo e, segundo a OMS, afeta 1,28 mil milhões de adultos com idades compreendidas entre 30 e 79 anos em todo o mundo, dois terços dos quais vivem em países de baixo e médio rendimento. A HA predomina como causa isolada de importante morbidade e/ou mortalidade em adultos e, por esse motivo, é considerada um grave problema de saúde pública (GOROSTIDI et al., 2022; MANCIA et al., 2023).

Pode ser associada a outros fatores de risco, incluindo dislipidemia, tolerância diminuída à glicose e diabetes tipo 2, que aumentam ainda mais o risco cardiovascular (MANCIA et al., 2023). Por seu diagnóstico muitas das vezes ser tardio, quando a mesma passa a apresentar sintomas, pode já haver comprometimento de órgãos alvo nos quais podem levar o indivíduo a comprometimentos funcionais irreversíveis (SILVA et al. 2014; LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011).

De acordo com Barroso et al., 2021, os fatores de risco modificáveis para esse quadro se destacam nas dietas não saudáveis como: gordura saturada, consumo elevado de sal, gorduras trans, baixo consumo de frutas e vegetais, sedentarismo, tabagismo, álcool e obesidade. Os fatores de risco não modificáveis consistem em: histórico familiar, idade acima de 65 anos, além de doenças crônicas como: diabetes mellitus, doença renal.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como mola propulsora de reorientação do modelo na Atenção Primária à Saúde (APS), ao propor atenção contínua a uma população de território definido, com o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, voltando-se para a articulação de uma prática intersetorial, que considera a determinação social do processo saúde-doença (BEZERRA et al., 2020; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Conhecer o perfil clínico e social de pacientes com hipertensão arterial é de extrema importância para auxiliar a traçar um plano de abordagem e tratamento voltados para as necessidades de cada comunidade, a fim de prestar um melhor atendimento à população. Dessa forma, faz-se necessário um estudo criterioso que capaz de documentar de maneira eficiente o perfil dos pacientes hipertensos que são acompanhados no Programa Hiperdia, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o tratamento de hipertensão arterial.

Para tanto, o presente estudo, objetiva descrever as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas de pacientes hipertensos que fazem acompanhamento clínico no Grupo Hiperdia.

Nosso estudo objetiva ainda: 1 – Comparar a PAS e PAD de homens e mulheres; 2 – Avaliar o nível pressórico em repouso dos participantes no dia da anamnese; e 3 – Correlacionar a PAS e PAD com variáveis sociodemográficas e clínicas.

MÉTODOS

Desenho Geral do Estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, transversal e descritivo que visa identificar as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas de pacientes hipertensos acompanhados no Grupo Hiperdia de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais.

Este estudo foi realizado por meio da aplicação de um questionário em hipertensos do Grupo Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Jardim Uberaba e Jardim Indianópolis, no período de setembro a novembro de 2016.

A Estratégia Saúde da Família Jardim Indianópolis está lotada dentro da Unidade Básica de Saúde Dr. Ézio de Martino e abrange a população do bairro Boa Vista. A Estratégia Saúde da Família Jardim Uberaba está localizada na Unidade Básica de Saúde Roberto Árabe Abdanur, abrangendo a população dos bairros: Jardim Uberaba, Jardim Canadá, Serra Dourada e uma pequena porção da Avenida Alfredo de Farias do bairro Tutunas.

Cada área de abrangência é dividida em oito micro-áreas delimitadas e acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 981 famílias cadastradas.

Os grupos multiprofissionais de cada Estratégia Saúde da Família são compostos por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e seis agentes comunitários de saúde.

A pesquisa foi realizada através da aplicação de uma ficha de avaliação, por uma profissional técnica de enfermagem devidamente treinada, aos pacientes pertencentes ao grupo Hiperdia, no dia de suas consultas.

Previamente, a profissional estabeleceu contato com os pacientes para convidá-los a participar como voluntários do estudo e agendar as avaliações.

Em seguida, cada voluntário respondeu a ficha de avaliação individualmente, acompanhado pela avaliadora, em um ambiente tranquilo e livre de circulação de pessoas, para que pudessem dar informações corretas durante a entrevista.

Por fim, foi realizada, após um período de dez minutos de repouso sentado, a medida da pressão arterial sistêmica, utilizando estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide da marca Premium®, medidas da circunferência abdominal, quadril e cintura, além de peso corporal, altura e índice de massa corporal (IMC) de todos os pacientes do estudo.

Casuística

Foram entrevistados 59 pacientes, com idade média de 65,69 ± 10,64 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica acompanhados no programa Hiperdia. Os critérios de exclusão da pesquisa foram aqueles pacientes que não conseguiram responder o questionário e aqueles que não tinham uma boa aderência ao programa Hiperdia, ou seja, com histórico de pelo menos uma falta nos últimos seis meses de seguimento.

Os pacientes cadastrados são, em sua grande maioria, caracterizados por uma população idosa e que fazem uso integral do Sistema Único de Saúde.

Aspectos Éticos

Todos os participantes aceitaram responder uma ficha de avaliação de maneira voluntária e após serem esclarecidos quanto aos procedimentos adotados durante o estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, dando consentimento de sua participação na pesquisa.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa instituição, como parecer nº 0048/2016.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada utilizando-se o software GraphPad InStat versão 3.05. A análise descritiva foi realizada para todas as variáveis do estudo. As variáveis contínuas foram descritas no formato de média ± desvio padrão da média, quando apresentadas em tabelas e texto. As variáveis nominais foram descritas em frequência (n) e porcentagem (%). O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificar se as diversas variáveis estudadas apresentavam distribuição normal. Para comparação das variáveis não pareadas com distribuição normal, foi utilizado o Unpaired t test, e para aquelas com distribuição não normal foi utilizado o Mann-Whitney test. O teste de Correlação de Pearson foi utilizado para avaliar as correlações entre as variáveis. O nível de significância considerado será de 5% (p < 0,05).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta dados socioeconômicos e clínicos dos pacientes estudados.

Tabela 1: Dados socioeconômicos e clínicos dos pacientes estudados.

VARIÁVEIS	Total (n=59)	Homens (n=19)	Mulheres (n=40)
Raça – n (%)			
Branca	33 (55,93)	9 (47,37)	24 (60)
Parda	19 (32,2)	7 (36,84)	12 (30)
Negra	7 (11,86)	3 (15,79)	4 (10)
Escolaridade – n (%)			
Superior	4 (6,78)	1 (5,26)	3 (7,5)
2º Grau Incompleto	7 (11,86)	2 (10,52)	5 (12,5)
1º Grau Completo	2 (3,39)	1 (5,26)	1 (2,5)
1º Grau Incompleto	38 (64,41)	12 (63,16)	26 (65)
Analfabeto	8 (13,56)	3 (15,79)	5 (12,5)
Religião – n (%)			
Católico	31 (52,54)	10 (52,63)	21 (52,5)
Evangélico	16 (27,12)	4 (21,04)	12 (30)
Espírita	12 (20,34)	5 (26,31)	7 (17,5)
Renda Familiar – n (%)			
Até 1000 reais	11 (18,64)	3 (15,79)	8 (20)
1000 até 2000 reais	34 (57,63)	11 (57,89)	23 (57,5)
2000 até 3000 reais	11 (18,64)	4 (21,04)	7 (17,5)
Superior a 3000 reais	3 (5,08)	2 (10,52)	1 (2,5)
Filhos (M±DP)	3,25 ± 1,72	3,63 ± 1,86	3,1 ± 1,67
Fator de Risco DAC – n (%)			
HAS	59 (100)	19 (100)	40 (100)
Diabetes Mellitus	21 (35,59)	4 (21,04)	17 (42,5)
DLP	13 (22,03)	2 (10,52)	11 (27,5)
Tabagista	10 (16,95)	2 (10,52)	8 (20)
Ex Tabagista	16 (27,12)	8 (42,08)	8 (20)
Sedentarismo	28 (47,46)	7 (36,84)	21 (52,5)
Estresse	24 (40,68)	5(26,31)	19 (47,5)
HF+ DAC	28 (47,46)	8 (42,08)	20 (50)

HAS = hipertensão arterial sistêmica; DLP = dislipidemia; HF+DAC = história familiar positiva para doença arterial coronariana.

A tabela 2 apresenta as classes medicamentosas que os pacientes utilizam regularmente.

A maior prevalência foi no uso de anti-hipertensivos, 45 pacientes (76,27%) e de diuréticos, 33 pacientes (55,93%). Foi observado também um elevado número de pacientes em uso de

Observa-se um maior número de pacientes de raça branca (33 voluntários – 55,93%) na amostra total, assim como quando são divididos por sexo, homens (9 voluntários – 47,37%) e mulheres (24 voluntárias – 60%).

A grande maioria dos pacientes estudados tinham cursado apenas o primeiro grau incompleto, 38 voluntários (64,41%) do total dos pacientes.

Em relação à religião, a maioria dos voluntários afirmaram ser católicos, 31 indivíduos (52,54%).

A renda familiar mais prevalente foi entre 1000 e 2000 reais, onde 34 pacientes (57,63%) afirmaram receber valores dentro dessa faixa de valores. Do total dos pacientes do estudo, 11 voluntários (18,64%) afirmaram receber menos de mil reais por mês e apenas 3 pacientes (5,08%) relataram ganhar mais de três mil reais por mês.

Foi observado um elevado número de fatores de risco para doença arterial coronariana na amostra de pacientes estudados, dos quais 21 indivíduos (35,59%) eram diabéticos, 28 indivíduos (47,46%) sedentários e com história familiar positiva para surgimento de doença arterial coronariana.

medicação hipoglicemiantes, 27 voluntários (45,76%) e Betabloqueadores, 20 indivíduos (33,9%).

A tabela 3 apresenta as características demográficas e antropométricas dos pacientes estudados. Foram estudados 59 pacientes com hipertensão arterial de ambos os sexos, com idade

média de 65,69 ± 10,64 anos. A média da pressão arterial, aferida na posição sentada foi de PAS = 137,12 ± 20,6 mmHg e PAD = 86,10 ± 11,14 mmHg.

O gráfico 1 apresenta os valores individuais da PAS dos voluntários do estudo, medidas na posição sentada, após 10 minutos de repouso. Pode ser observado grande número de indivíduos (38 voluntários – 64,41%) apresentando valores de

PAS superior à 120 mmHg, destes, 25 (43,37%) apresentaram a PAS ≥ 140 mmHg.

O gráfico 2 apresenta os valores individuais da PAD dos voluntários que participaram do estudo. Assim como para os valores de PAS, nós documentamos grande número de pacientes estudados, com a PAD superior ao indicado pelas Diretrizes Brasileiras e nesta ocasião 31 (52,54%) pacientes estavam com valores ≥ 80 mmHg.

Tabela 2: Classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes

VARIÁVEIS	Total (n=59)	Homens (n=19)	Mulheres (n=40)
Medicação – n (%)			
Anti-hipertensivos	45 (76,27)	16 (84,2)	29 (72,5)
Diurético	33 (55,93)	7 (36,84)	26 (65)
Estatina	10 (16,95)	2 (10,52)	8 (20)
Hipoglicemiantes	27 (45,76)	5 (26,31)	22 (55)
Betabloqueadores	20 (33,9)	4 (21,04)	16 (40)
AAS	6 (24,17)	2 (10,52)	4 (10)
Antiarrítmicos	1 (1,69)	1 (5,26)	0 (0)
Vasodilatadores	7 (11,86)	3 (15,78)	4 (10)
Clonidina	1 (1,69)	0 (0)	1 (2,5)

AAS = ácido acetil salicílico

Tabela 3: Características clínicas e antropométricas.

VARIÁVEIS	Total (n=59)	Homens (n=19)	Mulheres (n=40)	p
Idade (anos)	65,69 ± 10,64	69,63 ± 11,32	63,83 ± 9,90	0,04
PAS (mmHg)	137,12 ± 20,6	139,47 ± 19,28	136,0 ± 21,34	0,55
PAD (mmHg)	86,10 ± 11,14	87,37 ± 10,98	85,50 ± 11,31	0,66
Peso (Kg)	74,48 ± 14,34	77,68 ± 13,24	72,96 ± 14,75	0,24
Altura (m)	1,58 ± 0,09	1,65 ± 0,10	1,55 ± 0,07	0,0001
IMC (Kg/m ²)	29,80 ± 5,28	28,40 ± 3,84	30,46 ± 5,76	0,16
C/Q	0,97 ± 0,27	1,04 ± 0,44	0,94 ± 0,13	0,44
Circ. Abdominal	98,78 ± 16,49	98,16 ± 15,46	99,08 ± 17,14	0,84

PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; IMC = índice de massa corporal; C/Q = relação cintura quadril; Circ = circunferência; mmHg = milímetros de mercúrio; Kg = quilograma; m = metros. p = valor estatístico entre os grupos homens e mulheres.

Gráfico 1: Valores individuais da PAS dos pacientes estudados.

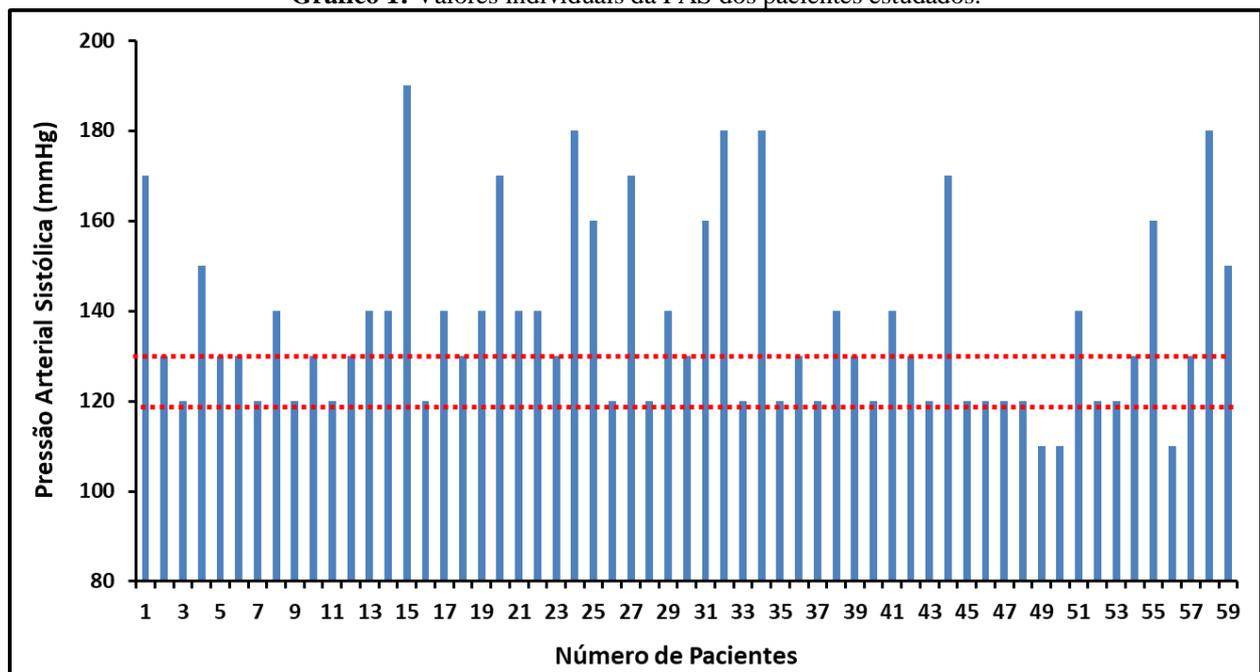
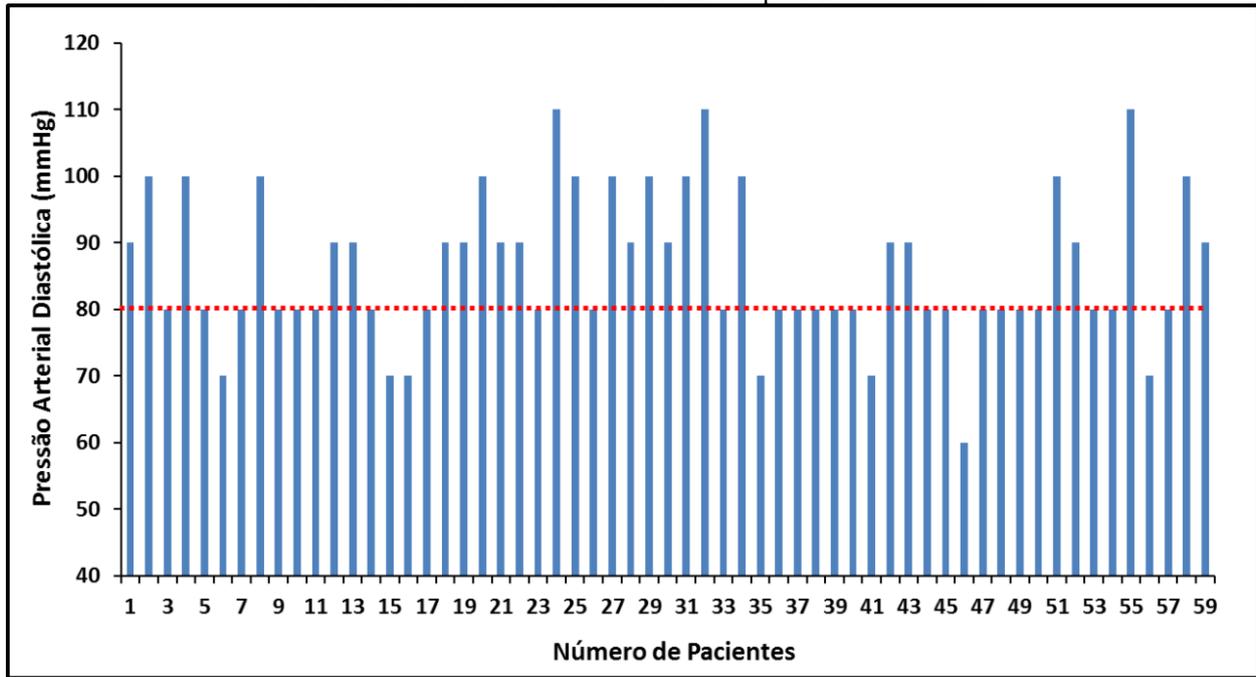


Gráfico 2: Valores individuais da PAD dos pacientes estudados.



A tabela 4 apresenta a correlação de algumas variáveis estudadas com os níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD).

O índice de massa corporal e a circunferência abdominal correlacionaram-se significativamente tanto com a PAS, como com a PAD.

Tabela 4: Correlação entre a PAS e PAD e algumas variáveis estudadas.

VARIÁVEIS	PAS		PAD	
	r	P	r	P
Idade	0,30	0,03	0,06	0,62
IMC	0,31	0,01	0,43	0,0007
Circ. Abdominal	0,30	0,03	0,40	0,001
C/Q	-0,09	0,52	-0,05	0,69
Renda Familiar	-0,26	0,04	-0,20	0,13

IMC = índice de massa corporal; Cir. = circunferência abdominal; C/Q = relação cintural quadril

DISCUSSÃO

Em resumo, este estudo revelou importantes aspectos do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes hipertensos acompanhados nas unidades básicas de saúde pelo programa Hiperdia. É fundamental garantir um acompanhamento mais próximo e personalizado desses pacientes, bem como a implementação de medidas preventivas e educativas voltadas para o controle da pressão arterial. O engajamento e a conscientização desses indivíduos são cruciais para a melhoria da qualidade de vida e a redução de complicações associadas à hipertensão arterial. Este estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre a realidade dos pacientes hipertensos, auxiliando na elaboração de estratégias mais efetivas para gerenciar essa importante condição de saúde pública.

São necessários dados comparáveis sobre a detecção, tratamento e controle da hipertensão para aprender com as boas práticas e orientar os programas do sistema de saúde. Não existem dados globais comparáveis para avaliar quais os países que apresentam taxas de detecção, tratamento e controle elevadas ou baixas, e como estas medidas mudaram ao longo do tempo (ZHOU et al., 2021).

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a maioria dos pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, que são

acompanhados no programa Hiperdia das UBS estudadas, possuem mais do que 60 anos de idade e são mulheres brancas.

De acordo com as diretrizes atuais, cerca de 65% dos indivíduos com mais de 60 anos sofrem com HA. É importante considerar a transição epidemiológica que o Brasil está passando, com aumento significativo do número de idosos (com 60 anos ou mais) nas próximas décadas. Isso resultará em aumento substancial na prevalência de hipertensão arterial e suas complicações (BARROSO et al., 2021). Nas faixas etárias mais jovens, os homens tendem a apresentar pressão arterial mais elevada. No entanto, ao longo das décadas, é observado aumento maior na pressão arterial das mulheres. Portanto, na sexta década de vida, as mulheres costumam ter pressão arterial mais alta e maior prevalência de hipertensão arterial (BARROSO et al., 2021; MANCIA et al., 2023).

Nosso perfil foi semelhante a um estudo transversal de base populacional incluindo 99.468 hipertensos previamente diagnosticados e tratados, inscritos no Biobank do Reino Unido, onde a mediana de idade foi de 62,3 anos, 45,9% mulheres, 92,0% brancos e 40,1% obesos.

Dentre os aspectos socioeconômicos relevantes, encontram-se a baixa escolaridade, a precariedade habitacional e a baixa renda familiar como elementos de risco significativos para o surgimento da hipertensão arterial (BARROSO et al., 2021). Em 2019, 82%

de todas as pessoas com hipertensão no mundo viviam em regiões de baixo e médio rendimento (ZHOU et al., 2021).

A literatura científica concorda com as associações entre posição social e prevalência de hipertensão: o baixo nível de escolaridade, baixo nível de rendimento financeiro e não estar empregado estão associados a maior prevalência de hipertensão. Estudos franceses, espanhóis e austríacos encontram correlação entre alto nível de escolaridade e controle da hipertensão (NAKAGOMI et al., 2022).

Os voluntários apresentaram elevado número de comorbidades cardiovasculares, associadas ao uso de várias classes medicamentosas. Pudemos documentar ainda que os voluntários, tanto homens como mulheres, apresentam IMC e relação C/Q acima dos limites de normalidade, bem como, as mulheres possuem a circunferência abdominal elevada.

A hipertensão está frequentemente associada a outros fatores de risco, incluindo dislipidemia, tolerância diminuída à glicose e diabetes tipo 2, que aumentam ainda mais o risco cardiovascular (MANCIA et al., 2023). Uma meta-análise de 57 estudos de coorte prospectivos, reunindo 2,3 milhões de indivíduos, relatou um aumento de 1 a 2 vezes no risco de desenvolver hipertensão com o aumento de vários índices de obesidade, como índice de massa corporal, distúrbios da cintura e relação cintura-altura (JAYEDI et al., 2018).

Em relação aos níveis pressóricos medidos em repouso sentado, grande parte dos voluntários, mesmo com tratamento medicamentoso otimizado e em seguimento clínico no programa Hiperdia, apresentaram valores elevados de PAS \geq 140 mmHg (43,37% dos voluntários) e de PAD \geq 80 mmHg (52,54% dos voluntários).

Sabe-se muito pouco sobre os fatores relacionados a falha do uso de medicamentos anti-hipertensivos e à eficácia do tratamento entre os hipertensos. Entender as causas desses problemas é um verdadeiro desafio. Em um estudo realizado em 2019, foram encontradas altas taxas para falhas no diagnóstico e no tratamento eficaz da hipertensão em idosos que vivem em diferentes regiões do Brasil. Fatores como o desconhecimento do diagnóstico da doença estavam relacionados ao sexo masculino, presença de outras doenças, ter um parceiro, ser de raça ou cor branca, ter acesso a serviços de saúde privados ou convênios, ter baixa renda pessoal ou média e estar empregado. Além disso, as falhas no uso de medicamentos anti-hipertensivos foram significativamente associadas a baixa renda e ocupação profissional. Esses dados anteriores mostram a dimensão dos problemas de diagnóstico e tratamento da hipertensão no Brasil. Estima-se que um terço dos hipertensos não tenha conhecimento do diagnóstico clínico da doença e, entre aqueles que têm o diagnóstico, apenas 30% têm sua pressão arterial controlada. Apesar dos avanços na medicina nos últimos anos, há uma clara necessidade de se dar mais atenção a essas falhas, especialmente entre os idosos, que têm altos índices de hipertensão e são mais vulneráveis (SANTIMARIA et al., 2019).

No estudo de Fici et al. (2023), os betabloqueadores diminuíram a pressão arterial elevada sem diferença significativa em relação a outros agentes anti-hipertensivos comuns. Além disso, os b-bloqueadores, em comparação com o placebo, reduziram o risco de resultados cardiovasculares importantes, enquanto, em comparação com outras classes de medicamentos, os resultados relatados são muito heterogêneos. Portanto, é difícil, globalmente, encontrar uma diferença entre os b-bloqueadores e outras classes de medicamentos (FICI et al., 2023).

Numa das maiores análises populacionais de adultos de meia-idade com pressão arterial medida, a maioria dos hipertensos tratados não estava controlada. Fatores de risco para hipertensão foram associados a menor probabilidade de controle (TAPELA et al., 2021).

Neste contexto, os problemas observados são referentes a não participação ao tratamento pelos pacientes, expressado principalmente pela baixa adesão a uma dieta equilibrada, terapia medicamentosa e exercícios físicos. Nos últimos dez anos, constatou-se que a adesão ao tratamento medicamentoso é especialmente baixa em pacientes com doenças cardiovasculares, no entanto, ainda há pouco conhecimento sobre como essa adesão medicamentosa influencia os custos dos cuidados de saúde dos pacientes com problemas cardiovasculares (SOLBIATI et al., 2018).

Sociedades Internacionais de Hipertensão recomendam que além dos benefícios diretos, as modificações no estilo de vida (mudança na dieta, a moderação do álcool, a cessação do tabagismo e o exercício aeróbico) também podem amplificar o efeito do tratamento farmacológico da hipertensão, se necessário (CHARCHAR et al., 2024).

Por fim evidenciamos ainda correlação positiva entre idade, IMC e circunferência abdominal e os níveis pressóricos.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial existe uma clara correlação entre o excesso de peso e os níveis de pressão arterial, que parece seguir uma linha contínua e direta. Apesar de haver várias evidências mostrando que a circunferência de cintura é um indicador independente e complementar ao índice de massa corporal na predição de problemas de saúde e risco de morte, essa medida ainda não é amplamente realizada na prática médica. É importante que os profissionais de saúde sejam capacitados para realizar essa simples medida adequadamente e considerá-la como um "sinal vital" relevante em sua prática clínica (BARROSO et al., 2021).

Uma meta-análise indicou que o risco de hipertensão aumentou 49% por incremento de cinco unidades no IMC, 27% por incremento de 10 cm na circunferência da cintura e 37% e 74% por incremento de 0,1 unidade em relação cintura-quadril e relação cintura-estatura, respectivamente (JAYEDI et al., 2018). Do mesmo modo, em estudo com 188 mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde foi constatado que aquelas com maiores medidas de circunferência abdominal apresentaram maior prevalência, bem como maior risco de desenvolver hipertensão arterial (SCARPELLINI; CARVALHO; SANTOS-HISS, 2011).

Um painel internacional de especialistas convocado pelo Colégio de Especialistas da Sociedade Internacional de Hipertensão compilou recomendações de gestão do estilo de vida como estratégia de primeira linha para prevenir e controlar a hipertensão na idade adulta. Também se recomendou que as mudanças no estilo de vida sejam continuadas mesmo quando são prescritos medicamentos para reduzir a pressão arterial. As recomendações específicas baseadas nas evidências da literatura são resumidas com conselhos para iniciar estas medidas precocemente na vida, incluindo a manutenção de um peso corporal saudável, níveis aumentados de diferentes tipos de atividades físicas, uma vez que é sabido que o exercício físico contribui de maneira aguda e crônica para redução dos níveis pressóricos (SIQUEIRA et al., 2021) alimentação e consumo de bebidas saudáveis, evitar e cessar o consumo de tabaco e álcool, gestão de níveis de estresse e sono (CHARCHAR et al., 2024).

CONCLUSÃO

Concluimos que houve uma predominância de pacientes do sexo feminino e com idade acima de 60 anos, além de maior prevalência de pacientes brancos. É preocupante também o elevado número de comorbidades cardiovasculares entre os voluntários, sendo necessário destacar a importância de um acompanhamento clínico adequado para o controle dessas condições. Além disso, tanto homens como mulheres apresentaram IMC e relação C/Q acima dos limites

recomendados, demonstrando a necessidade de incentivar a adoção de hábitos saudáveis e a prática regular de exercícios físicos.

Podemos concluir que uma parcela significativa dos pacientes hipertensos, mesmo com tratamento medicamentoso otimizado e acompanhamento clínico regular, ainda apresenta níveis elevados de pressão arterial em repouso sentado. Isso ressalta a importância de se buscar estratégias eficientes para o controle da hipertensão, levando em consideração fatores como idade, índice de massa corporal e circunferência abdominal, que se mostraram correlacionados aos níveis pressóricos.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516–658, 3 mar. 2021.

BEZERRA, H. M. DE C. et al. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.

CHARCHAR, F. J. et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 42, n. 1, p. 23–49, jan. 2024.

FICI, F. et al. Beta-Blockers and Hypertension: Some Questions and Answers. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, v. 30, n. 3, p. 191–198, 11 maio 2023.

GOROSTIDI, M. et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular*, v. 39, n. 4, p. 174–194, out. 2022.

JAYEDI, A. et al. Body mass index, abdominal adiposity, weight gain and risk of developing hypertension: a systematic review and dose–response meta-analysis of more than 2.3 million participants. *Obesity Reviews*, v. 19, n. 5, p. 654–667, 15 maio 2018.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A.. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 2, p. 271–284, abr. 2011.

MANCIA, G. et al. ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 41, n. 12, p. 1874–2071, dez. 2023.

NAKAGOMI, A. et al. Social determinants of hypertension in high-income countries: A narrative literature review and future directions. *Hypertension Research*, v. 45, n. 10, p. 1575–1581, 20 out. 2022.

ROSAS-PERALTA, M.; BORRAYO-SÁNCHEZ, G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gaceta Médica de México*, v. 154, n. 6, 24 out. 2018.

SANTIMARIA, M. R. et al. Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos brasileiros – Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 10, p. 3733–3742, out. 2019.

SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.

SCARPELLINI, E.S.; CARVALHO, E.E.V.; SANTOS-HISS, D.B. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres com segmento nas equipes de saúde da família no município de Bebedouro – SP. *Revista EPeQ Fafibe*. 3º ed, v. 01, 2011.

SILVA, M.V.; MONTEIRO, C.F.S.; LANDIM, C.A.P.; MELO T.M.T.V.; ROCHA F.C.V.; Assistência de Enfermagem ao portador de hipertensão na atenção básica. *Revista Interdisciplinar*; v.7, n.2, p.156-164; abr-jun 2014.

SIQUEIRA, A.L.F. Immediate and late acute effect of moderate continuous and high intensity interval training on hypertension stage I: case report. *Brazilian Journal of Case Reports*. v.01, n.4, p:50-56, 2021.

SOLBIATI, V. P. et al. Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. *RNONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, v. 12, n. 73, p. 629–633, 2018.

TAPELA, N. et al. Prevalence and determinants of hypertension control among almost 100 000 treated adults in the UK. *Open Heart*, v. 8, n. 1, p. e001461, 11 fev. 2021.

ZHOU, B. et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, v. 398, n. 10304, p. 957–980, set. 2021.