

Mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia: aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos

Hypertensive women with complications associated registered in Hiperdia: socio-demographic, clinical and epidemiological aspects

Vanessa Barreto Bastos Menezes¹, Thereza Maria Magalhães Moreira²

¹ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
nessabbastos@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Professora da UECE.
tmmoreira@yahoo.com

RESUMO O acúmulo de responsabilidades femininas representa uma facilidade ao tardio cuidado com a saúde e favorece o surgimento de hipertensão e complicações associadas. Diante disso, objetivou-se caracterizar as mulheres hipertensas e com complicações associadas quanto aos aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, documental e transversal, realizada com 814 fichas de cadastro do Hiperdia. Percebeu-se frequência significativa de fatores de risco modificáveis. Sugere-se que esses fatores sejam mais bem abordados e com mais frequência pela Estratégia de Saúde da Família no sentido de prevenir novos agravos e complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Mulheres; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT Women's responsibility accumulation makes easy the late health care and collaborates to the emergence of hypertension and associated complications. Given this, it was aimed to characterize the hypertensive women and with complications associated with regard to their socio-demographic, clinical and epidemiological aspects. This is a quantitative research, documentary and cross, made with 814 sheets of Hiperdia register. We noticed a significant incidence of modifiable risk factors. It is suggested that these factors are more and better addressed by the Family Health Strategy to prevent new injuries and complications.

KEYWORDS: Hypertension; Women; Primary health care.

Introdução

Nos últimos tempos, a modernização trouxe várias consequências para a humanidade. Na área da saúde, houve mudança no perfil de morbimortalidade. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se uma redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5% (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, as doenças crônicas não infecciosas (DCNI) ganharam destaque pelo crescente aumento do número de casos. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNI já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (BRASIL, 2010).

Dentro do grupo das DCNI, têm-se as doenças cardiovasculares (DCV). Estas representam bem a magnitude atual desse grupo, pois só elas perfazem 31% do total de óbitos por causas conhecidas. Na década de 30, representavam apenas 12%, mas, atualmente, são as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras. Em segundo lugar, seguem-se as neoplasias e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência (BRASIL, 2005).

No âmbito das DCV, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esta afeta mais de 30 milhões de brasileiros e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de doenças, com destaque para o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM), as duas maiores causas isoladas de mortes no País segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (VI DBH, 2010).

Para melhorar o acesso às informações sobre a população hipertensa, em 2002, por meio da Portaria Conjunta nº 112, criou-se o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Trata-se de um sistema informatizado, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), que disponibiliza as informações sobre o estado de saúde dos usuários cadastrados (BRASIL, 2002).

O padrão de vida das mulheres modificou-se ao longo do tempo. Ao lado das responsabilidades tradicionais com a casa, filhos, marido e parentes idosos, as mulheres adquiriram novas responsabilidades, como o trabalho fora do lar. As necessidades financeiras decorrentes de abandono, divórcio e viuvez também são exemplos disso. Ao mesmo tempo, as mulheres adquiriram 'hábitos de homem', como: dietas irregulares, sem restrição de gorduras e carboidratos; tabagismo; etilismo; falta de atividade física regular e de repouso adequado (LUZ; SOLIMENE, 1999).

Essa mudança nos hábitos de vida das mulheres trouxe repercussões para sua saúde, especialmente, cardiovascular. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008 de 44 estudos realizados em 35 países revelou uma prevalência global de hipertensão de 32,1% em mulheres. No Brasil, a prevalência foi de 30%, semelhante à de outros países (VI DBH, 2010).

O acúmulo de responsabilidades da mulher moderna muitas vezes representa um fator facilitador ao tardio cuidado delas com sua saúde. Cria-se então uma situação propícia ao desenvolvimento de complicações associadas à hipertensão arterial em decorrência da negligência na manutenção dos níveis pressóricos aceitáveis. Esses fatores sinalizam a necessidade de maior atenção às mulheres hipertensas, especialmente às que já desenvolveram alguma complicação.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi caracterizar as mulheres hipertensas e com complicações associadas quanto aos aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, documental, analítico e transversal, realizado com dados de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia nas Unidades de Saúde Básica da Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde vinculadas à Secretaria de Saúde de Fortaleza (CE).

Em Fortaleza, 1.090.587 pessoas constam no cadastro familiar feito pelos programas básicos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde até dezembro

do ano de 2009 (DATASUS, 2010). Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER).

O universo da pesquisa foi constituído pela totalidade, 14.200, das fichas de usuários para cadastro no sistema do Hiperdia coletadas nas SERs. Essas fichas são referentes ao período de 2007 a 2009.

Os critérios de inclusão constaram de usuários do sexo feminino, com hipertensão arterial e com pelo menos uma das quatro complicações contempladas na ficha de cadastro do Hiperdia – AVE, IAM, coronariopatia e doença renal.

Foram excluídas da pesquisa as mulheres com diabetes *mellitus* concomitante à HAS e aquelas em que o campo de pressão arterial sistólica e/ou diastólica estava sem informação. Tal exclusão é explicada pela intenção da pesquisadora de investigar a associação direta entre HAS e o desenvolvimento de complicações e por ser a pressão arterial uma variável imprescindível à análise.

Deste universo de fichas, 10.022 eram mulheres e 6.478 apresentaram hipertensão arterial como diagnóstico único, excluindo-se, portanto, aquelas que tinham diabetes tipo 1 e tipo 2.

Das 6.478 mulheres somente hipertensas, 823 apresentaram pelo menos uma complicação associada, sendo que nove não continham o campo de pressão arterial sistólica e/ou diastólica preenchido. Portanto, o estudo se constituiu de 814 mulheres hipertensas com complicações associadas.

A coleta de dados foi então realizada nas seis Secretarias Executivas Regionais por meio de pesquisa documental pelas cópias das fichas de cadastro do Hiperdia de 78 unidades de saúde durante o período de outubro de 2009 a janeiro de 2010.

As variáveis pesquisadas foram as características sociodemográficas – idade, escolaridade, raça/cor da pele, situação familiar/conjugal – e as clínico-epidemiológicas – pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, antecedentes familiares cardiovasculares, IMC, CA, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, consumo de tabaco e sedentarismo.

Este estudo integra um projeto guarda-chuva intitulado ‘Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas em Fortaleza – Ceará’ aprovado pelo Comitê de Ética da

Universidade Estadual do Ceará. Também tem aprovação da Coordenação Geral do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza para o estudo nas seis Secretarias Executivas Regionais do município.

Todos os trâmites legais e éticos requisitados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a pesquisa com seres humanos, foram seguidos (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), sob a forma de concessão de bolsa *Stricto Sensu*. Teve financiamento também por parte do projeto guarda-chuva por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resultados

Das 814 mulheres hipertensas com complicações associadas que participaram deste estudo, o perfil sociodemográfico mostrou que 121 (16,1%) estavam em idade fértil, de 27 a 49 anos, e 191 (25,5%) tinham de 50 a 59 anos. As 438 idosas representaram 58,4% das mulheres, nas faixas etárias de 60 a 69 anos (25,4%); 70 a 79 anos (21,5%) e 80 a 97 anos (11,5%).

Boa parte das mulheres (70,1%) tinha de um a oito anos de estudo (alfabetizada/ensino fundamental incompleto ou completo) e 129 (17,2%) não sabiam ler nem escrever. Poucas, 95 (12,7%), tinham mais de oito anos de estudo e apenas oito mulheres (1,0%) conseguiram chegar ao ensino superior, sendo que sete o concluíram. A associação estatística entre idade e escolaridade foi significativa ($p < 0,0001$).

Verificou-se que as idosas tiveram o maior percentual entre aquelas que não sabiam ler/escrever (22,2%) e as mais jovens, em idade fértil, tiveram maior percentual entre aquelas com mais de oito anos de estudo. O percentual de mulheres com até oito anos de estudo se manteve por volta de 70% nas três faixas etárias.

As hipertensas com a cor da pele branca foram em número de 177 mulheres (26,8%), mas grande parte foram não brancas, 488 (73,2%). Dentre estas, as pardas perfizeram 64,3 e as negras 6,3%. Já as amarelas (16) e as indígenas (3) tiveram um percentual pequeno e, juntas, não chegaram a 3%.

As mulheres que vivem com companheiro e com filho foram o maior quantitativo, 398 (60,2%), seguidas daquelas que vivem sem companheiro/com familiares, 223 (36,7%). As 59 que vivem com companheiro/sem filhos e as 64 que vivem com companheiro/filhos/outros familiares não tiveram ampla representação, sendo seu percentual menor que 10% cada uma, além daquelas 25 que vivem com outras pessoas que foram menos de 4% do total de mulheres. Apenas 20 mulheres vivem sozinhas (3%).

Não houve associação estatística significativa entre raça/cor da pele e situação conjugal ($p=0,960$). As mulheres brancas e as não brancas que viviam com companheiro e/ou filhos e/ou familiares tiveram percentuais próximos, 61 e 59,9%, respectivamente, assim como aquelas que viviam sem companheiro e com familiares e/ou outras pessoas, 36,2 e 40%, e aquelas que viviam sozinhas, 2,8 e 3,1%.

Quanto ao perfil clínico-epidemiológico, a pressão arterial sistólica (PAS) teve mínima de 90 mmHg e máxima de 230 mmHg. Encontra-se dentro dos parâmetros aceitáveis (ótima, normal e limítrofe) em 405 mulheres (50,4%) e alterada (hipertensão estágios 1, 2 e 3) em 399 (49,6%). Entretanto, quando estratificada a pressão arterial, a maior porcentagem (32,1%) encontrada foi de hipertensão estágio 1, seguida da normal

(24,6%) e da limítrofe (17,8%). As outras categorias de PA foram: ótima, 67 (8,2%); hipertensão estágio 2, 92 (11,3%); e estágio 3, com 49 (6%).

A pressão arterial diastólica (PAD) teve mínima de 60 mmHg e máxima de 160 mmHg. Encontra-se dentro dos parâmetros aceitáveis em 503 mulheres (62,6%) e alterada em 301 (37,4%). Quando estratificada, quase a metade das mulheres, 395 (48,5%), estava com PAD Normal, sendo a hipertensão estágio 1 a segunda categoria mais frequente, encontrada em 172 pesquisadas, 21,1%. Não foram identificados casos de limítrofe. As categorias ótima, hipertensão estágio 2 e estágio 3 tiveram 112 (13,8%), 99 (12,2%) e 36 (4,4%) casos, respectivamente.

A presença de antecedentes familiares cardiovasculares (AFC) foi significativa. Encontrou-se 535 mulheres hipertensas com complicações que tinham AFC, representando 66,5% das pessoas estudadas.

Na tabela 1, tem-se a associação entre presença/ausência de AFC com as pressões sistólicas e diastólicas, normal e alterada, além das médias e desvios-padrão da PAS e da PAD, como sendo $136,68 \pm 20,31$ e $84,42 \pm 12,05$.

É interessante observar que as porcentagens são próximas para todos os casos. Quando se verifica as

Tabela 1. Antecedentes familiares cardiovasculares (AFC) e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Antecedente familiar de DCV*	PAS** Média±DP***=136,68±20,31						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	262	64,7	273	68,4	535	66,5	$\chi^2=1,256$ p=0,262	t=1,074 p=0,283
Não	143	35,3	126	31,6	269	33,5		
Total	405	100,0	399	100,0	804	100,0		
Antecedente familiar de DCV*	PAD**** Média±DP=84,42±12,05						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	332	66,0	203	67,4	535	66,5	$\chi^2=0,175$ p=0,676	t=0,301 p=0,763
Não	171	34,0	98	32,6	269	33,5		
Total	503	100,0	301	100,0	804	100,0		

*DCV: Doença cardiovascular.

**PAS: Pressão arterial sistólica.

***DP: Desvio-padrão.

****PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

mulheres com AFC, a PAS normal e alterada é identificada em 64,7 e 68,4%, respectivamente, e aquelas sem AFC, em 35,3 e 31,6%. O mesmo ocorre com AFC e PAD. Nas mulheres com AFC, a PAD normal e alterada é identificada em 66 e 67,4%, respectivamente, e nas sem AFC, em 34 e 32,6%.

Quando se associou AFC e PAS, categorizada em normal e alterada, realizou-se o teste do Qui-Quadrado e encontrou-se um valor de $p=0,262$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre AFC e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,676$.

Para associação entre AFC e PAS, variável contínua, realizou-se o teste t de Student e encontrou-se valores de $t=1,074$ e de $p=0,283$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre AFC e PAD, variável contínua, com valores de $t=0,301$ e de $p=0,763$.

Sobre o Índice de Massa Corpórea, este teve média acima do valor de normalidade ($IMC=24,9 \text{ kg/m}^2$), sendo de $27,88 \text{ kg/m}^2$. Por frequência absoluta, a categoria mais recorrente foi o 'sobrepeso', com 320 mulheres (40,7%), seguido da 'normal', com 199 (25,3%), e da 'obesa classe I', com 168 (21,3%). As outras categorias

tiveram percentuais decrescentes de: 'obesa classe II', 7,3%; 'abaixo do peso', 3,0%; e 'obesa classe III', 2,3%.

A associação entre IMC categorizado em três – normal ($IMC<25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2<IMC<30 \text{ kg/m}^2$) e obesa ($IMC\geq 30 \text{ kg/m}^2$) – e as pressões sistólicas e diastólicas foi ilustrada na tabela 2.

A tabela 2 mostra que nas mulheres com IMC normal a PAS normal e alterada é identificada em 29,3 e 28,6%, respectivamente; naquelas com sobrepeso, em 41,6 e 38,7%; e nas obesas, em 29,1 e 32,7%. O mesmo ocorre com IMC e PAD. Nas mulheres com IMC normal, a PAD normal e alterada é identificada em 32,3 e 23,5%, respectivamente; nas com sobrepeso, em 39,1 e 41,9%; e nas obesas, em 28,6 e 34,6%.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre IMC e PAS categorizadas, encontrou-se um valor de $p=0,519$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre IMC e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,24$.

Quanto à circunferência abdominal (CA), a média foi de 94,43 cm, também acima do valor de normalidade para mulheres ($CA<88 \text{ cm}$). CA superior a 88

Tabela 2. Índice de Massa Corpórea e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

PAS*							
Índice de Massa Corpórea	Normal		Alterada		Total		χ^2
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<25kg/m ²	117	29,3	111	28,6	228	29	$\chi^2=1,312$ p=0,519
25–30kg/m ²	166	41,6	150	38,7	316	40,2	
≥30kg/m ²	116	29,1	127	32,7	243	30,9	
Total	399	100	388	100	787	100	
PAD**							
	Normal		Alterada		Total		χ^2
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<25kg/m ²	158	32,3	70	23,5	228	29	$\chi^2=7,469$ p=0,24
25–30kg/m ²	191	39,1	125	41,9	316	40,2	
≥30kg/m ²	140	28,6	103	34,6	243	30,9	
Total	489	100	298	100	787	100	

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

cm foi encontrada em grande parte das mulheres, 263 (74,5%); e inferior, em 90 (25,5%).

Vale ressaltar que essa informação esteve ausente em 461 fichas do Hiperdia, ou seja, mais da metade das mulheres em estudo não continham em suas fichas de cadastro de hipertensão a informação referente à circunferência abdominal.

A associação entre circunferência abdominal inferior/superior a 88 cm e as pressões sistólicas e diastólicas também foi avaliada, conforme se observa na tabela 3.

Por essa tabela, verifica-se que nas mulheres com CA < 88 cm, a PAS normal e alterada é identificada em 24,9 e 26,1%, respectivamente, e naquelas com CA > 88 cm, em 75,1 e 73,9%. O mesmo ocorre com CA e PAD; nas mulheres com CA normal, a PAD normal e alterada é identificada em 25,2 e 25,9%, respectivamente, e nas com CA fora da normalidade, em 74,8 e 74,1%.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre CA e PAS categorizadas, encontrou-se um valor de $p=0,783$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre CA e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,884$.

Para associação entre CA e PAS (variável contínua), realizou-se o teste t de Student e encontrou-se valores de $t=0,118$ e de $p=0,906$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre CA e PAD (variável contínua), com valores de $t=0,79$ e de $p=0,937$.

Identificou-se que as mulheres com IMC normal ($<25 \text{ kg/m}^2$) estão em número significativo com CA também normal ($<88 \text{ cm}$), enquanto aquelas com sobrepeso ($25<\text{IMC}<30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC}\geq 30 \text{ kg/m}^2$) estão em grande parte com CA alterada ($\text{CA}\geq 88 \text{ cm}$).

Este achado é reforçado pelo teste do Qui-Quadrado no valor de $\chi^2=111,925$ e tem significância estatística ($p<0,0001$).

Para avaliar a correlação e indicar a associação entre as variáveis – IMC, CA e pressão arterial – foi realizado o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson, já que se utilizou das variáveis contínuas.

Todos os testes demonstraram associações fracas ($0<r<0,3$), porém quase todos não tiveram significações estatísticas, já que $p>0,05$: PAS/IMC= $r=0,066/p=0,064$; PAS/CA= $r=0,000/p=0,997$; PAD/CA= $r=0,01/p=0,855$.

A exceção foi a associação entre PAD e IMC. Essa associação teve como resultado os seguintes valores: $r=0,119/p<0,0001$. Estes indicam que há uma correlação significativa entre essas variáveis. Essa associação se mostrou fraca com reta ascendente e positiva.

As outras associações – PAS/IMC, PAS/CA e PAD/CA – também apresentaram retas ascendentes e positivas, entretanto não obtiveram significância estatística. Por esse motivo, não foram ilustradas em gráficos de dispersão.

Tabela 3. Circunferência abdominal e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Circunferência abdominal	PAS*						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
<88 cm	44	24,9	46	26,1	90	25,5	$\chi^2=0,76$ p=0,783	t=-0,118 p=0,906
≥88 cm	133	75,1	130	73,9	263	74,5		
Total	177	100	176	100	353	100		

	PAD**						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
<88 cm	55	25,2	35	25,9	90	25,5	$\chi^2=0,21$ p=0,884	t=0,79 p=0,937
≥88 cm	163	74,8	100	74,1	263	74,5		
Total	218	100	135	100	353	100		

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a glicemia, a média da glicemia de jejum foi de 115 mg/dL, variando entre a mínima de 74 mg/dL e a máxima de 334 mg/dL. Já a média da glicemia pós-prandial foi de 119 mg/dL, sendo a mínima de 75 mg/dL e a máxima de 279 mg/dL. A tolerância à glicose diminuída esteve presente em 25% na glicemia de jejum e em 14,3% na glicemia pós-prandial, e o diabetes em 15 e 3,6%, respectivamente.

A maioria das mulheres esteve dentro dos parâmetros de normalidade para glicemia de jejum (60%) e grande parte para pós-prandial (82,1%).

Vale ressaltar que as informações referentes à glicemia de jejum e pós-prandial somente estiveram presentes em 40 e 56 fichas de cadastro do Hiperdia, respectivamente, ou seja, 94,1% das fichas não continham a informação sobre a glicemia das mulheres.

No tocante ao tabagismo, este foi um hábito de vida identificado em 173 mulheres (21,6%) e negado por 627 (78,4%). O outro hábito investigado, sedentarismo, foi identificado em 450 mulheres (56,4%) e negado por 350 (43,6%).

Quando se correlaciona os hábitos de vida, encontra-se que não há associação estatística significativa entre tabagismo e sedentarismo ($p=0,642$), o uso ou não de tabaco associado ao sedentarismo.

As mulheres sedentárias e as não sedentárias apresentaram percentuais próximos com relação às tabagistas, 22,2 e 20,9%, respectivamente, e também com relação às não tabagistas, 77,8 e 79,1%.

O tabagismo também foi relacionado às pressões sistólicas e diastólicas, conforme tabela 4.

Verificou-se que nas mulheres tabagistas a PAS normal e alterada é identificada em 22 e 21,2%, respectivamente, e naquelas não tabagistas, em 78 e 78,8%. O mesmo ocorre com tabagismo e PAD; nas mulheres tabagistas, a PAD normal e alterada é identificada em 20,1 e 24%, respectivamente, e nas não tabagistas, em 79,9 e 76%.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre tabagismo e PAS, categorizada em normal e alterada, encontrou-se um valor de $p=0,784$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre tabagismo e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,188$.

Para associação entre tabagismo e PAS (variável contínua), realizou-se o teste t de Student e encontrou-se valores de $t=0,111$ e de $p=0,912$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre tabagismo e PAD, variável contínua, com valores de $t=1,613$ e de $p=0,107$.

O sedentarismo foi relacionado às pressões sistólicas e diastólicas, conforme tabela 5.

Nas mulheres sedentárias, a PAS normal e alterada é identificada em 53,3 e 59,6%, respectivamente, e naquelas não sedentárias, em 46,7 e 40,4%. O mesmo ocorre entre sedentarismo e PAD; nas mulheres sedentárias, a PAD normal e alterada é identificada em 54 e 60,5%, respectivamente, e nas não sedentárias, em 46 e 39,5%.

Tabela 4. Tabagismo e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

PAS*								χ^2	t de Student
Tabagismo	Normal		Alterada		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Sim	90	22	84	21,2	174	21,6	$\chi^2=0,75$ $p=0,784$	t=0,111 $p=0,912$	
Não	320	78	313	78,8	633	78,4			
Total	410	100	397	100	807	100			
PAD**								χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Sim	101	20,1	73	24	174	21,6	$\chi^2=1,734$ $p=0,188$	t=1,613 $p=0,107$	
Não	402	79,9	231	76	633	78,4			
Total	503	100	304	100	807	100			

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5. Sedentarismo e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Sedentarismo	PAS*						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	218	53,3	235	59,6	453	56,4	$\chi^2=3,285$ p=0,07	t=1,507 p=0,132
Não	191	46,7	159	40,4	350	43,6		
Total	409	100	394	100	803	100		

	PAD**						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	271	54	182	60,5	453	56,4	$\chi^2=3,214$ p=0,73	t=0,959 p=0,338
Não	231	46	119	39,5	350	43,6		
Total	502	100	301	100	803	100		

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre sedentarismo e PAS, categorizada em normal e alterada, encontrou-se um valor de $p=0,07$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre sedentarismo e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,73$.

Para associação entre sedentarismo e PAS (variável contínua), realizou-se o teste *t* de Student e encontrou-se valores de $t=1,507$ e de $p=0,132$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre tabagismo e PAD, variável contínua, com valores de $t=0,959$ e de $p=0,338$.

Discussão

No gênero feminino, a questão da idade é fator que merece destaque e deve ser considerado em qualquer avaliação (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008; SOARES *et al.*, 2009).

Nas mulheres em idade fértil, é necessária uma investigação clínica para se associar o uso de anticoncepcionais orais (ACO), já que se trata de hormônios sintéticos, aos quadros hipertensivos (LIMA *et al.*, 2001).

Com o avanço da idade, a PA se eleva. Neste trabalho, encontrou-se já um percentual maior entre as mulheres que tinham de 50 a 59 anos em relação às em idade fértil. Um pouco mais de um quarto, 25,1%, das pesquisadas se encontrava nessa faixa etária, existindo

boas possibilidades de essas mulheres estarem no período do climatério.

É importante considerar que o efeito da menopausa sobre a pressão arterial é difícil de ser avaliado, visto que a menopausa e a pressão arterial sofrem influências de diversos fatores, como índice de massa corporal, classe socioeconômica e tabagismo (LIMA *et al.*, 2001).

No entanto, a menopausa tem sido apontada como um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão em mulheres. Vários mecanismos etiopatogênicos têm sido identificados (LIMA *et al.*, 2001). Entretanto, o mecanismo mais estudado é a deficiência estrogênica (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008).

Conforme a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), as doenças cardiovasculares ocorrem duas a três vezes mais após a menopausa, e a taxa de mortalidade em mulheres com idade de 45 a 64 anos é de 1:9 (SBC, 2008).

Muito se tem estudado a respeito dos benefícios da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em mulheres hipertensas, mas vale lembrar que é muito importante que a usuária esteja com níveis pressóricos sob controle para que se possa iniciar a terapia (LIMA *et al.*, 2001).

Existem ainda autores que indicam a preferência por alternativas não hormonais para o tratamento

de sinais/sintomas relacionados ao climatério pela deficiência de estrogênio. As fortes evidências de risco cardiovascular, tromboembolismo e câncer de mama associadas à TRH, entretanto, sugerem não ser prudente empregar essa terapia com vistas à prevenção de DCV, independentemente da existência de hipertensão arterial sistêmica (LUBIANCA; VALLE; FUCHS, 2008).

Diante do exposto, a influência dos anticoncepcionais orais e da terapia de reposição hormonal sobre os valores de pressão arterial, apesar de não bem elucidada, merece atenção. Esses parâmetros funcionam como sinalizadores aos profissionais que assistem às mulheres que fazem uso de hormônios sintéticos, no sentido de ficarem atentos a possíveis elevações da pressão.

Por esses motivos, o uso de ACO e o uso de TRH devem ser contemplados na ficha de cadastro do Hiperdia a fim de que essas mulheres tenham um atendimento diferenciado, por se tratar de fatores de risco para elevação da PA e para o surgimento de complicações associadas.

Nas idosas, os resultados corroboram com os encontrados na literatura, nos quais se pode observar que a incidência de hipertensão é realmente maior nessa fase da vida (ZAITUNE *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009).

Conforme a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e Influência da Terapia de Reposição Hormonal, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres após os 65 anos de idade é 1:3 (SBC, 2008).

Quanto à escolaridade, os autores relacionam o fato de os usuários não saberem os nomes dos medicamentos à questão da baixa instrução. Essa situação tem influência direta no tratamento da hipertensão, que exige, muitas vezes, o uso de fármacos para o controle da pressão arterial (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009).

Por esse motivo, a escolaridade se apresentou como efeito protetor para a doença, já que, à medida que se sabe ler, aumentam-se as chances de que os remédios sejam tomados nas doses e horários prescritos (JARDIM *et al.*, 2007; HARTMANN *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; JARDIM *et al.*, 2010).

Na questão da raça/cor da pele, a literatura coloca que o impacto da hipertensão arterial não é uniforme. Os negros têm os maiores níveis pressóricos. Significativa variação na prevalência da hipertensão arterial tem sido encontrada em populações de diferentes etnias; também tem sido observado que algumas delas estão mais expostas às complicações da hipertensão arterial, como AVE e Insuficiência renal crônica do que outras, por razões não totalmente esclarecidas (III CBH, 1998; BRANDÃO *et al.*, 2003; BRANDÃO *et al.*, 2006).

Apesar desses resultados, já existem estudos que não encontraram associação entre raça/cor da pele negra e hipertensão (HARTMANN *et al.*, 2007), assim como neste estudo.

As diferenças entre as mulheres que vivem com ou sem cônjuge não foram identificadas em alguns estudos (JARDIM *et al.*, 2007). Os resultados quanto às solteiras corroboram com os da literatura que apontam uma menor frequência de hipertensão entre as mulheres incluídas nessa situação conjugal (HARTMANN *et al.*, 2007; BORGES; CRUZ; MOURA, 2008).

Quanto aos níveis pressóricos sistólicos, os resultados corroboram com os resultados de outros estudos, que mostram que a margem de percentual de mulheres com PAS alterada é entre 39,6 e 55,5%. A média também tem valor equivalente, por volta de $140 \pm 24,4$ mmHg. Ressalte-se que as mulheres eram todas sabidamente hipertensas, entretanto o controle de pressão arterial ainda não se apresentava como eficaz (ROSINI; MACHADO; XAVIER, 2006; REZA; NOGUEIRA, 2008). Fato também verificado neste estudo em que as mulheres são sabidamente hipertensas e com pelo menos uma complicação e não têm controle satisfatório da PAS. O mesmo ocorre quando se estratifica as complicações em estudo.

Sobre os antecedentes familiares cardiovasculares, os estudos mostram que existe associação entre as pessoas que apresentam algum familiar com história de hipertensão arterial ou alguma enfermidade relacionada a ela e o desenvolvimento da HAS (SIMÃO *et al.*, 2002; NOBLAT *et al.*, 2004; VI DBHA, 2010). Os resultados deste estudo corroboram com a frequência encontrada na literatura, em torno de 60%.

Na questão do peso, um pouco mais de 40% das mulheres foram identificadas com sobrepeso e de 30% com obesidade, ou seja, mais de 70% das pesquisadas apresentaram alterações de peso. Apenas um quarto das mulheres estava com IMC normal. A própria média de IMC demonstra a alteração de peso: 27,88 kg/m². Vários estudos apontam para a associação significativa entre IMC e hipertensão (HARTMANN *et al.*, 2007; SARNO; MONTEIRO, 2007; JARDIM *et al.*, 2007).

O IMC alcança o pico máximo entre os 50 e 59 anos. A mudança no metabolismo que acompanha o climatério ocorre à custa da redução da lipase lipoproteica, responsável, com o estrogênio, por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Esse padrão se relaciona com um risco elevado de doenças cardiovasculares, endócrinas e neoplasias (BRASIL, 2008).

Grande parte das mulheres apresentou alteração na circunferência abdominal nas quatro complicações, sendo encontrada em 76,4% naquelas acometidas por doença renal e em 70,3% naquelas acometidas por IAM.

Um estudo desenvolvido em Goiânia encontrou, a exemplo de outros estudos, uma correlação positiva entre a circunferência da cintura e a hipertensão arterial. Esse achado identifica uma medida simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, como importante marcador para a hipertensão arterial (JARDIM *et al.*, 2007).

No entanto, apesar de ser uma medida que deveria ser uma rotina em todos os atendimentos por ser prática na execução e extremamente útil na prevenção de riscos cardiovasculares e adoção de atitudes preventivas precoces nos casos de valores discrepantes (JARDIM *et al.*, 2007), a informação sobre a CA das mulheres esteve ausente em mais da metade das mulheres deste estudo.

A associação entre IMC e CA é significativa de uma maneira geral e para cada complicação, evidenciando que o excesso de peso está, intrinsecamente, relacionado à hipertensão arterial e que aquelas mulheres com índices maiores também têm alteração de CA, assim como o contrário é verdadeiro. Em estudo desenvolvido em mulheres por Sarno e Monteiro (2007), a combinação do IMC e da circunferência abdominal aumentou o poder explicativo desses índices isolados.

Estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir também as complicações da hipertensão arterial. Além do monitoramento da pressão arterial, a verificação da glicemia de jejum e pós-prandial são importantes na detecção e prevenção de agravos futuros (SILVA *et al.*, 2006).

Apesar da importância do monitoramento da glicemia em mulheres hipertensas, quase a totalidade das fichas de cadastro do Hiperdia, em média 94,1%, não continha essa informação.

O uso de tabaco foi um hábito negado por grande parte das mulheres, 78,4%, o que corrobora a literatura que aponta ser o tabagismo um fator de risco modificável mais aceito na mudança para hábitos saudáveis no hipertenso (SILVA; SOUZA, 2004; COSTA *et al.*, 2007; MIRANZI *et al.*, 2008). Em todas as quatro complicações estudadas, as mulheres foram em grande parte não fumantes.

Nesta pesquisa, ainda encontraram-se 174 (21,6%) mulheres fumantes. Esse fato merece atenção já que essas mulheres se encontram em situação de risco mais acentuada, tendo em vista que são, sabidamente, hipertensas e já apresentam complicações associadas.

A inatividade física é outro hábito de vida não saudável, importante fator de risco para agravos futuros. No entanto, mais da metade das mulheres estudadas eram sedentárias, 56,4%. Vale dizer que a mulher apresenta uma redução dos níveis pressóricos quando melhor condicionada fisicamente, e essa redução é ainda maior em mulheres hipertensas (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008).

Ao se associar o consumo de tabaco com o sedentarismo, não houve significância estatística. As mulheres fumantes eram tão sedentárias quanto as não fumantes para todas as pesquisadas, inclusive nas quatro complicações.

Conclusões

Para analisar a hipertensão e as complicações associadas em mulheres com cadastro no Hiperdia de Fortaleza no período de 2007 a 2009, encontrou-se dificuldades pelo fato de as fichas ainda não estarem informatizadas e terem de ser digitadas.

Apesar disso, foi possível identificar os perfis sociodemográfico e clínico-epidemiológico e constatar que, de maneira geral, percebeu-se frequência significativa de fatores de risco em vários parâmetros clínicos analisados (pressão arterial, antecedentes familiares cardiovasculares, IMC, CA, glicemia e sedentarismo).

Os fatores de risco modificáveis foram quase a totalidade. Sugere-se que esses dados sejam mais bem trabalhados e com mais frequência pela Estratégia de Saúde da Família no sentido de prevenir novas complicações, sobretudo nas mulheres que apresentaram apenas uma complicação. ■

Referências

- BARBOSA A. L. *et al.* Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, jan./fev. 2007, p. 75-79.
- BARBOSA, E.; GUIMARÃES, J. I.; SARAIVA, R. Hipertensão arterial sistêmica e a mulher. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, ano XVI, n. 15, set./out./nov./dez. 2008.
- BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 30, n. 1, 2009, p. 57-61.
- BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, n. 2, 2008, p. 110-118.
- BRANDÃO, A. A. *et al.* *Hipertensão*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- BRANDÃO, A. P. *et al.* Epidemiologia da Hipertensão. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, jan./fev. 2003, p. 7-19.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, 1996, p.15-25. Suplemento.
- _____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção a mulher no climatério/menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. *Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002*. Aprova o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia, obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2002.
- _____. *Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>. Acesso em: 12 jul 2010.
- CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Campos do Jordão, SP: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998.
- COSTA, M. F. F. L. *et al.* Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, supl. 2, 2009, p. 18-26.
- DATASUS. *Cadastramento familiar – Ceará: sistema de informação da atenção básica (SIAB)*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfCE.def>>. Acesso em: 12 jul 2010.
- HARTMANN, M.; DIAZ-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007, p. 1857-1866.
- JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 4, 2007, p. 452-457.
- JARDIM, T. S. V. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em coorte de profissionais da área médica: 15 anos de evolução. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 3, 2010, p. 332-338.
- LIMA, S. M. R. R. *et al.* Hipertensão arterial e climatério. *Hipertensão*, v. 4, n. 2, 2001.
- LUBIANCA, J. N.; VALLE, F. H.; FUHS, F. D. Menopausa e Hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 15, n. 4, ago. 2008, p. 222-224.

LUZ, P. L.; SOLIMENE, M. C. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 45, n. 1, 1999, p. 45-54.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, out./dez. 2008, p. 672-679.

NOBLAT, A. C. B. *et al.* Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n. 4, out. 2004.

OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, jan./fev. 2007, p. 75-79.

_____. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, abr./jun. 2008, p. 41-49.

REZA, C. G.; NOGUEIRA, M. S. O estilo de vida de usuários hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 2, jun. 2008, p. 265-270.

ROSINI, N.; MACHADO, M. J.; XAVIER, H. T. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 86, n. 3, mar. 2006.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007, p. 788-796.

SILVA, T. R.; FELDMAM, C.; LIMA, M. H. A. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, set./dez. 2006, p. 180-189.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 6, n. 3, 2004, p. 330-335.

SIMÃO, M. *et al.* Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destiladora do interior paulista. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 4, n. 2, 2002.

SOARES, D. S. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial com o avanço da idade em mulheres. *Revista Digital*, Buenos Aires, año 14, n. 136, Sept. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e influência da terapia de reposição hormonal (TRH)*. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretrizDCVmulheres.pdf>>. Acesso em: 10 set 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, fev. 2006, p. 285-294.

Recebido para publicação em Janeiro/2011

Versão definitiva em Maio/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: FUNCAP/CNPq