

## **ESTUDO DESCRITIVO DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE IDOSOS HIPERTENSOS NÃO CONTROLADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Larissa dos Santos Sousa<sup>1</sup>  
Waleska Araújo Pontes<sup>2</sup>  
Wallison Pereira dos Santos<sup>3</sup>  
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz<sup>4</sup>  
Taciana da Costa Farias Almeida<sup>5</sup>

### **INTRODUÇÃO**

A definição de velhice é variada e complexa, mas conforme a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994), considera – se idoso a partir de 60 anos de idade. O envelhecimento populacional é uma realidade do mundo inteiro e pode ser explicado pela queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, na medida em que ocorre um aumento da expectativa de vida, devido principalmente aos avanços na área da saúde. Entretanto esse processo trouxe um aumento na ocorrência de doenças crônico – degenerativas além do aumento do perfil morbi- mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Dentre as doenças crônicas – degenerativas que acometem comumente os idosos, destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é uma doença cardiovascular de caráter crônico-degenerativa e uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos de pressão arterial sistólica  $\geq 140$  e diastólica  $\geq 90$  mmHg. No Brasil a HAS é considerada um grave problema de saúde pública que acomete cerca de 31,3 milhões de pessoas (SILVA, et. al. 2016; IBGE 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a hipertensão associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de

---

<sup>1</sup>Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. larissasousaefm@hotmail.com;

<sup>2</sup>Graduada pelo Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. waleskaraujopontes@hotmail.com;

<sup>3</sup>Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós – graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba PPGENF – UFPB. santoswp18@gmail.com

<sup>4</sup>Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós – graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba PPGENF – UFPB. sheila\_tshe@hotmail.com

<sup>5</sup>Professor (a) orientador (a) : Mestre. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. taciafacfalmeida@gmail.com;

eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Os eventos cardiovasculares compreendem as complicações como morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Coronariana (DAC), Doença Arterial Periférica (DAP) e Doença Renal Crônica (DRC) (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Segundo a World Health Organization (WHO), no ano de 2012 a hipertensão foi a causa principal mundial de mortes e afeta tanto homens como mulheres. Apesar de 30% da população adulta sofrer de hipertensão, um terço delas desconhece sua condição. No Brasil a HAS é considerada um grave problema de saúde pública, pois 25% da população adulta apresenta essa doença e estima – se para o ano de 2025 um aumento de 60%. Além da alta prevalência, as baixas taxas de controle contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular (SILVA; MARTINS, 2016).

As complicações advindas da HAS prejudicam a qualidade de vida do indivíduo, além de acarretar custos exorbitantes ao Sistema Único de Saúde (SUS) com o tratamento e a reabilitação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SIQUEIRA, et. al. 2017).

No Brasil estima – se para o ano de 2025 um aumento de 60%. Além da alta prevalência, as baixas taxas de controle contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular. Cerca de um terço dos óbitos são causados por doenças do sistema circulatório, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Desta maneira, fica evidente a necessidade de tratar a HA a fim de se evitarem as complicações que geram grande morbimortalidade na população idosa (CAMPANA, et. al, 2016; SILVA; MARTINS, 2016).

Com base nesse cenário, este estudo é pioneiro no local de pesquisa elencado e objetivou caracterizar os aspectos clínicos e sociodemográficos de pacientes idosos hipertensos não controlados atendidos na UPA 24h de um município do interior da Paraíba/BR.

## **METODOLOGIA**

Trata – se de um estudo descritivo, transversal, com uma abordagem quantitativa. Participaram do estudo 53 idosos hipertensos com  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg que foram atendidos na

sala de triagem da Unidade de Pronto Atendimento 24h de Campina Grande, PB; durante o período de coleta de dados (junho a julho de 2017).

A amostra foi selecionada da população de hipertensos que apresentavam valores pressóricos não controlados ( $PAS \geq 140\text{mmHg}$  e  $PAD \geq 90\text{mmHg}$ ) que compareceram na UPA 24h e foram atendidos na sala de triagem. Foi do tipo não probabilística e selecionada por conveniência. A amostragem não probabilística não faz uso de formas aleatórias de seleção, sendo os indivíduos selecionados através de critérios estabelecidos pelo pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 1996). No tipo de amostragem por conveniência o pesquisador admite que a amostra que representa o universo, se dá com a seleção daqueles sujeitos que têm acesso durante o período de coleta de dados e de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores (LEVY; LEMESHOW, 1980).

O tamanho da amostra, realizada por conveniência, se dará conforme o número de hipertensos que chegarem para serem atendidos no período de coleta de dados, de acordo com os critérios de inclusão. A não realização do cálculo amostral se deve ao fato da unidade ser porta aberta, ou seja, atende a demanda espontânea e, dessa forma, não havia disponível na unidade, o número de pacientes hipertensos atendidos.

Foram realizadas a medida da circunferência braquial e em seguida a da pressão arterial de cada sujeito, aquele que apresentasse  $PA \geq 140 \times 90$  mmHg foi convidado a participar do estudo. Os dados coletados foram analisados a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SSPS) versão 21.

Os dados foram obtidos através de entrevista com um formulário próprio durante o atendimento do cliente na sala de triagem. Esse instrumento foi elaborado com base na literatura e na experiência clínica dos pesquisadores. As variáveis biossociais incluíram: idade, sexo, etnia (cor autodeclarada), se mora acompanhado, estado civil (casado, solteiro, separado e viúvo), ocupação (aposentado, do lar, autônomo, empregado e afastado), escolaridade (anos de estudo) e renda salarial média. Avaliaram-se, ainda, fatores de risco (sedentarismo, tabagismo e alcoolismo).

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, número do parecer: 2.065.089, realizada com financiamento próprio e em conformidade com os pressupostos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, a qual dispõe sobre a consideração do respeito pela dignidade humana e

pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, assim como a liberdade e autonomia destes (BRASIL, 2012).

## **DESENVOLVIMENTO**

A hipertensão é uma doença crônica não - transmissível definida por valores pressóricos, durante um período sustentado, da sistólica acima de 140mmHg e os valores pressóricos da diastólica maior que 90 mmHg (CHEEVER, HINKLE, 2015).

No Brasil, a HAS é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339. 672 decorrentes de doenças cardiovasculares, a principal causa de morte no país. Além disso, apresenta número de internações e custos médicos e socioeconômicos elevados decorrentes de suas complicações. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS as doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Embora não seja possível, na maioria dos casos, identificar a causa exata, sabe – se que a hipertensão é uma condição clínica multifatorial, por este motivo, várias hipóteses sobre as bases fisiopatológicas estão associadas a esta condição. Desse modo, a hipertensão pode ter uma ou mais das seguintes causas: atividade aumentada do sistema nervoso simpático, relacionada à disfunção do sistema nervoso autônomo, atividade aumentada do sistema renina – angiotensina – aldosterona resultando em expansão do volume resistência vascular aumentada, reabsorção aumentada de sódio, cloreto e água por uma variação genética, disfunção endotélio vascular e resistência à ação da insulina (CHEEVER, HINKLE, 2015).

Para a confirmação do diagnóstico da hipertensão deve – se identificar se é de causa secundária e avaliar o risco cardiovascular. A avaliação consiste na anamnese, a medição da pressão arterial no consultório e fora dele, utilizando a técnica apropriada. Além disso, é realizado o exame físico, a investigação clínica e laboratorial (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

A hipertensão é classificada em pré – hipertensão, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3. A pré – hipertensão é definida quando os valores pressóricos de PAS (mmHg) estão entre 121 – 139 e os valores de PAD (mmHg) estão entre 81 – 89. A hipertensão é considerada estágio 1 quando os valores pressóricos de PAS (mmHg)

encontram – se entre 140 -159 e a PAD (mmHg) encontram – se entre 90 – 99. No estágio 2 da hipertensão os valores de PAS (mmHg) situam – se entre 160 – 179 e a PAD (mmHg) entre 100 – 109. Valores de PAS (mmHg) maiores que 180 e de PAD (mmHg) acima de 110 já são considerados hipertensão estágio 3 (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi constituída por 53 sujeitos, destes 38 (71,6 %) eram do sexo feminino. A média de idade dos sujeitos foi de 74,75(± 6,93) anos. Quanto a cor da pele, 30 (56,6%) se autodeclararam brancos, 30 (56,6%) dos usuários moravam sozinhos, 23 (43,3%) e apresentavam escolaridade média 4,24 (± 5,37) anos de estudos. A ocupação de aposentado prevaleceu 37 (69,8%) e a média da renda familiar foi de 1,18 (± 0,65) salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes idosos hipertensos não controlados atendidos na UPA 24h (n= 53). Campina Grande, PB. 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média (dp)</b>
Idade (anos)			74,75 (6,39)
Sexo			
Feminino	38	71,6	
Masculino	15	28,4	
Cor da pele			
Branco	30	56,6	
Não Branco	23	53,3	
Moram sozinhos	23	43,3	
Escolaridade			
			4,24 (5,37)
Aposentado	37	69,8	
Renda (nº salários mínimos)			1,18 (0,65)

Quanto a caracterização clínica verificou – se que apenas 6 (11,32%) declararam alcoolismo, 10 (18,86%) tabagismo e 28 (52, 83%) eram sedentários. Dentre as morbidades associadas destacou-se a DM apresentada por 19 (35,8%) sujeitos. Quanto as principais queixas relatadas na busca pelo atendimento na UPA, constatou-se que 52 (42,6%) procuraram pela elevação dos níveis pressóricos e em decorrência de episódios de cefaleia 26 (21,3%).

Dentre os idosos hipertensos observou – se uma predominância do sexo feminino corroborando com Siqueira e Riegel et al (2015), caracterizando a feminização do

envelhecimento. As mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens e constituem a maior parte da população idosa em todo o mundo. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade houve um considerável aumento, de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2010).

Com relação à idade existe uma relação estreita, direta e linear da PA com a idade, sendo 60% a prevalência de idosos com HAS. Tal fato pode ser explicado, além dos hábitos de vida, a fisiologia própria do envelhecimento (GIROTTI, 2016).

A escolha da cor auto declarada branca e não branca deu –se pelo fato da cor não branca está associada a maior prevalência de hipertensão. Os sujeitos os configuram como idosos autodeclarados brancos em sua maioria nesse estudo, este achado se assemelha aos resultados de estudo desenvolvido por Siqueira e Riegel et. al (2015), neste estudo a maior predominância foi da cor branca, o que contrapõe a maioria dos estudos encontrados na literatura, que indica a cor negra (não branca) como associada duas vezes mais a hipertensão do que os branco. O estudo ELSA – Brasil mostrou prevalência de 30,3% em brancos e 49,3% em negros (CHOR, D. RIBEIRO, A. L. et al. 2015).

O domicílio em que o idoso está inserido interfere no acesso aos bens e recursos, bem como uma interação e apoio social, por isso, devido as más condições de habitação e desorganizações familiares geraram repercussões na vida dos idosos em todos os aspectos. As maiorias dos idosos moravam sozinhos, tal fato é explicado pelo crescimento dos novos paradigmas relacionados ao envelhecimento que culminaram em mudanças nas sociedades contemporâneas (KLINENBERG, 2016).

Conforme Mendes (2011) o nível de escolaridade é um dos mais importantes indicadores das condições de saúde da população e está intimamente relacionado à idade no Brasil, visto que muitos idosos deste século não tiveram oportunidades de estudo. Esse mesmo estudo mostrou a alta prevalência de HAS em idosos com baixo nível de escolaridade, sendo este achado observado em todas as regiões geográficas do Brasil (MENDES, 2011).

O achado da aposentadoria reflete a maior fonte de rendimento da população idosa no Brasil (DEDECCA, 2007). Segundo Machado (2011) a classe social e fatores socioeconômicos podem estar associados à hipertensão, uma vez que a baixa renda dificulta o acesso ao tratamento e a melhora no estilo de vida. Porém, este é um fator que precisa ser muito discutido para chegar a dados concretos. Esse achado corrobora com o encontrado nesse estudo, em que a maioria apresentou baixa renda.

Em relação aos dados clínicos, as taxas de alcoolismo e tabagismo, considerados fatores de risco para hipertensão, foram baixas apesar da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) defender que o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumentam a PA de forma consistente, e o tabagismo ser um fator de risco adicional para doença cardiovascular.

No quesito sedentarismo a maioria relatou não praticar atividade física regular. Sabe-se que a prática de atividade física regular apresenta-se como fator importante para a redução dos valores pressóricos. A SBC constatou que uma pequena parcela dos hipertensos pratica alguma atividade física com regularidade, sendo esse fato relacionado muitas vezes com a falta de ações e indisponibilidade de programas de incentivo a prática de atividade e áreas para essas práticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No aspecto clínico, a cefaleia pode estar associada muitas vezes a uma lesão em órgão-alvo, caracterizando-se como uma emergência hipertensiva. Existe uma estreita relação entre aumento de níveis pressóricos e risco de lesões em órgãos-alvo (MALACHIAS; PLAVINIK et. al. 2016).

Estudo de Barreto e Oliveira et. al. (2017) buscou identificar a circunferência braquial de pacientes internados em UTI e correlacionar com o tamanho de manguito correspondente e verificou que 65,2% da amostra estavam utilizando manguitos de tamanhos inadequados à CB.

Para a pesquisa foi adquirido um equipamento para as medidas na pesquisa se deu em relação a ter segurança em estar aferindo de forma adequada as pressões arteriais. Porém se tornou uma limitação do estudo as pesquisadoras possuírem apenas um tamanho de manguito, limitando a amostra apenas aqueles que apresentavam a CB padrão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pacientes idosos hipertensos não controlados que deram entrada na Unidade de Pronto Atendimento eram a maioria do sexo feminino, aposentados, moram sozinhos, baixa renda e escolaridade. Apresentaram Diabetes *Mellitus* associado, sedentarismo e cefaléia como queixa principal.

Existe uma grande preocupação com a população hipertensa que da entrada nos serviços de urgência e emergência, dentre os serviços, a UPA, serviço que recebe grande parte dessa demanda. Há uma preocupação pelo fato do descontrole dos níveis pressóricos estarem relacionados a diversos fatores sociodemográficos e clínicos.

Assim, observa-se a necessidade de adotar medidas associadas à promoção da atividade física e orientações em linguagem mais clara para esses pacientes hipertensos, a fim de auxiliar na prevenção de complicações relacionadas à HAS. A continuidade desta pesquisa realiza o levantamento acerca dos níveis de adesão medicamentosa, bem como as crenças relacionadas.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Órgão emissor: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde.
- CAMPANA, E.M.G. et. al. Hipertensão Arterial no idoso. In: Freitas EV, py L. **Tratado de Geriatria e gerontologia**, 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. P 839 – 860.
- DEDECCA, C. S. BALLINI, R. MAIA A. G. **Rendimentos Previdenciários e Distribuição de Renda.** . In: Fagnani E, Pochmann M, organizador. **Debates contemporâneos, economia social e trabalho. Mercado de trabalho, relações sindicais, pobreza e ajuste fiscal.** São Paulo: LTr; 2007. p.172-179.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- LEVY, P. S. **Lemeshow S. Sampling for health professionals.** Belmont: LLP, 1980.
- MACHADO, M. C. PIRES, C. G. S. LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 5, p. 1365 – 1374, 2012.
- MALACHIAS, M.V.B.et. al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p. 1 – 83, 2016.
- MARCONI, M. A., LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SILVA, E. C. MARTINS, M. S. A. S. M. et. al. Prevalência de Hipertensão sistêmica e fatores associados em homens e mulheres em município da Amazônia legal. **Revista Brasil de Epidemiologia**. v. 19, n. 1, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**.v. 107, n. 3, p. 1 – 83, 2016.

GIROTTO E, ANDRADE M.F., CAPRERA M.A.S., MATSUO T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológicos e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 6, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**.

KLINENBERG, E. Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. **Am J Public Health**, vol. 106, n. 5, p. 786 – 787, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health and aging**. National Institutes of Health, 2011.