

AValiação DA PRESSÃO ARTERIAL E DOS ÍndICES GLICÊMICOS NOS PARTICIPANTES DO PARANÁ EM AÇÃO 2008.

Sheila Karina Lüders Meza, Alcy Aparecida Leite Souza, Israel Augusto Ferreira, e-mail: israelagusto19@hotmail.com.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas e Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Cascavel – PR

Palavras-chave: assistência farmacêutica, diabetes, hipertensão.

Resumo:

O objetivo foi avaliar a glicemia e a pressão arterial dos participantes do Programa Paraná em Ação, ocorrido no mês de abril, no município de Cascavel/Pr, bem como promover atividades de educação em saúde. A presente pesquisa pode ser caracterizada como exploratória e descritiva na qual a coleta dos dados é realizada detalhando as variáveis existentes e as usa para avaliar as condições e as práticas de saúde de determinada população. A população foram os transeuntes que se dispuseram a responder a entrevista, a aferir a pressão arterial e a verificar a glicemia. Para comparar as médias dos participantes com as médias consideradas normais pelo Ministério da Saúde foi utilizado o teste t de Student. Os dados foram analisados pelo programa SPSS 13.0. Dos 800 avaliados para glicemia o valor encontrado foi de 101,31 com desvio padrão de ± 36 mg/dl, sendo que o valor preconizado para a glicemia casual deve ser menor que 140 mg/dl, portanto dentro dos padrões de normalidade. A idade média encontrada foi de 38 com desvio padrão de ± 16 anos. Dos indivíduos avaliados, 65% eram mulheres. Do total, 49 (6,13%) afirmaram ser diabéticos, 253 (32%) afirmaram ter história familiar para esta doença e apenas 29 (3,6%) estavam em uso de medicamento para controlar a glicemia. Dos 561 indivíduos que realizaram a aferição da PA, 100 (17,8%) apresentaram PA $\geq 140/90$ mmHg superiores aos padrões de normalidade estabelecidos pela SBH. Do total de indivíduos avaliados 57,5% eram mulheres. Durante a entrevista 137 (24,4%) indivíduos afirmaram ser hipertensos, 265 (47,2%) afirmaram ter história familiar para esta doença e 107 (19%) estavam em uso de medicamento para controle da PA. Concluímos que a educação em saúde é fundamental para: o diagnóstico precoce, a redução das complicações, a adesão aos programas de exercícios, dietas e ao tratamento farmacológico.

Introdução

O diabetes e a hipertensão arterial constituem-se em doenças de alta prevalência, sendo os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (1). Assim, o controle glicêmico e da pressão arterial estão

associados à redução da morbimortalidade e da melhoria da qualidade de vida da comunidade (2,3).

Com relação ao Diabetes diferentes ensaios clínicos randomizados têm demonstrado a eficácia da atenção farmacêutica na melhoria do controle metabólico em pacientes diabéticos (4,5,6).

Há indicação de se orientar os portadores de diabetes a realizarem exercícios físicos, porém para alguns pacientes com DM é necessária a realização de um teste de esforço antes do início de um programa de exercícios. Os exercícios recomendados para estes pacientes são aqueles do tipo aeróbico como, por exemplo: caminhada, ciclismo, corrida, natação, dança, entre outros, por outro lado os exercícios de resistência são eficazes na melhora do controle glicêmico em DM2 na frequência de três a cinco vezes por semana (15).

Estabelecer um plano alimentar saudável é essencial para a boa evolução no tratamento do diabetes. É necessário estabelecer as necessidades nutricionais do indivíduo, realizando avaliação nutricional detalhada, determinando os índices de massa corporal e circunferência abdominal, determinando o perfil metabólico o que é muito importante para se estabelecer a terapia nutricional do DM. O plano alimentar deve ser individualizado e fornecer um valor calórico total (VCT) compatível com a obtenção e/ou a manutenção de peso corporal desejável. Para obesos diabéticos, a dieta deve ser hipocalórica, com uma redução de 500kcal a 1.000kcal do gasto energético total (GET) diário previsto ou da anamnese alimentar, com o objetivo de promover perdas ponderais de 0,5kg a 01kg/semana. Um método prático para o cálculo do GET é utilizar 20kcal a 25kcal/kg peso atual/dia não reduzir o consumo a menos de 800kcal, pois não são efetivas para a redução de peso (15).

Com relação a hipertensão, a avaliação de 61 estudos de *coorte*, envolvendo aproximadamente 01 milhão de indivíduos portadores de hipertensão arterial, evidenciou que, a cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica (PAS) ou 10 mmHg na pressão diastólica (PAD) dobra-se a chance de ocorrer acidente vascular encefálico ou insuficiência cardíaca congestiva (8). Diferentes ensaios clínicos randomizados têm demonstrado a eficácia da atenção farmacêutica na melhoria do controle pressórico em pacientes hipertensos (10,11) apesar da eficácia do tratamento anti-hipertensivo em reduzir a morbidade cardiovascular, a taxa de controle da pressão arterial (PA) é baixa em diferentes populações (9).

Os erros de medicação têm crescido de forma exponencial, associados ao uso abusivo de diferentes substâncias farmacológicas associadas, dosagens inadequadas, efeitos colaterais diversos, dificuldade em aderir ao tratamento com medicamentos de uso contínuo, induzindo a ineficácia e a ineficiência do sistema de saúde, o que causa um impacto negativo nas condições de saúde e bem estar da população alvo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou que mais da metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou comercializados de forma irracional, ou ainda, que os pacientes não os utilizam corretamente.

A conscientização sobre os riscos destas doenças e a educação em saúde têm sido estratégias importantes no contexto nacional (7).

A educação em saúde é determinante para a melhoria da qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas. Para que tal aconteça é necessário atuar junto aos indivíduos e na comunidade examinando as bases sociais de sua vida, no bairro, comunidade, escola, entre outros encontrando quais condições afetam a sua saúde (18).

A ação educativa deve propiciar a troca de conhecimento entre a equipe multiprofissional e a clientela de forma que sejam sujeitos das conquistas dos direitos da saúde conforme preceituado pelo artigo 196º da Constituição Federal do Brasil, e resultante das condições de vida da comunidade, esquivando-se do modelo médico centrado na medicalização.

As medidas profiláticas e de controle da pressão arterial são:

Tabela 1 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII) *

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a glicemia e a pressão arterial dos participantes do Paraná em Ação, ocorrido entre 18 e 20/04/2008, no município de Cascavel no Estado do Paraná, bem como promover atividades de educação em saúde.

Materiais e Métodos

A presente pesquisa pode ser caracterizada como exploratória e descritiva na qual a coleta dos dados é realizada detalhando as variáveis existentes e as usa para avaliar as condições e as práticas de saúde de determinada população (16). A população objeto do estudo foram os participantes do Programa Paraná em Ação, promovido pela Secretaria Estadual do Bem Estar Social em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, que se dispuseram a responder a entrevista, a aferir a pressão arterial e a verificar a glicemia.

Dos participantes do Programa Paraná em Ação, 800 indivíduos aceitaram realizar o teste glicêmico e, apesar da aferição da pressão arterial ser um método menos agressivo, apenas 561 indivíduos se dispuseram a ser avaliados equivalendo a 70,25% do total de análises realizadas.

A glicemia foi verificada por meio de punção capilar, utilizando o aparelho de auto-monitoração, com faixa de medição de 10 a 600 mg/dl, que mensura a taxa de concentração de glicose no sangue independente de o indivíduo estar em jejum ou não, método este denominado de glicemia casual. As PA foram aferidas seguindo as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, utilizando-se de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio calibrado. Considerou-se como PA controlada quando <140/90 mmHg. Os dados foram analisados pelo programa SPSS 13.0.

A avaliação realizou-se por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado do qual constavam dados como, sexo, idade, cintura, verificação dos parâmetros glicêmicos, diabetes e hipertensão referida pelo paciente, história familiar de diabetes e de hipertensão, uso de medicamentos para o controle das patologias em questão e glicemia de auto-monitoramento.

Resultados e Discussão

Dos participantes do Programa Paraná em Ação aceitaram responder a entrevista e a realizar o teste glicêmico 800 pessoas. Cujos resultados relatamos a seguir: a idade média apresentada pelos entrevistados foi de 38 com desvio padrão de ± 16 anos, sendo considerado a idade acima de 40 anos como fator de risco.

Considerando as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, a glicemia casual encontrada está dentro dos parâmetros da normalidade. A avaliação da circunferência abdominal é considerada uma ação simples, porém muito importante para identificar pacientes que necessitem de um programa de exercícios para a redução de peso. Esta simples aferição tem se mostrado ser mais eficaz do que a própria aferição do Índice de Massa Corpórea, pois indicam a necessidade de exercícios que preservem a massa magra e diminuem os índices glicêmicos. A média da cintura foi de 86,9 com desvio padrão de ± 15 cm. O dado encontrado para a glicemia foi de 101,31 com desvio padrão de ± 36 mg/dl, sendo que o valor preconizado para a glicemia casual deve ser menor que 140 mg/dl. A glicemia casual é aquela

realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições (17).

Tabela 2 – Distribuição segundo o sexo, diabetes, uso de medicamentos e antecedentes familiares.

Variável	Descrição	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sexo	Feminino	520	65
	Masculino	280	35
Diabetes referida	Sim	49	6,13
	Não	751	93,87
Uso de medicamentos para o controle da glicemia	Sim	29	3,6
	Não	771	96,4
História familiar de diabetes	Sim	253	32
	Não	547	68

Dos indivíduos avaliados, 65% eram mulheres e 35% eram do sexo masculino. Do total, 49 (6,13%) afirmaram ser diabéticos, 253 (32%) afirmaram ter história familiar para esta doença e apenas 29 (3,6%) estavam em uso de medicamento para controlar a glicemia.

A glicemia foi maior nos indivíduos que afirmaram ser diabéticos comparados com aqueles que não referiram ter a doença (163 ± 96 X 97 ± 22 mg/dl; $p < 0,0001$) e também naqueles que afirmaram estar em uso de medicamento para controle da glicemia comparados com os que não referiram usar este tipo de medicação ($177,7 \pm 117,7$ X $98,4 \pm 24$ mg/dl; $p < 0,0001$).

Dos 561 indivíduos avaliados 100 (17,8%) apresentaram PA $\geq 140/90$ mmHg. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) considera que a pressão arterial normal sistólica é < 130 mmHg e a diastólica < 85 mmHg, sendo recomendada a re-avaliação em 01 ano e a estimulação de mudanças no estilo de vida. A hipertensão aumenta linearmente com a idade. Na juventude, é mais freqüente a elevação da pressão diastólica, a partir da sexta década o componente mais relevante é a elevação da pressão sistólica (12, 13,14).

Tabela 3 – Distribuição segundo o sexo, hipertensão, uso de medicamentos para o controle da hipertensão e antecedentes familiares.

Variável	descrição	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sexo	Feminino	323	57,5
	Masculino	238	42,5
Hipertensão referida	Sim	137	24,4
	Não	424	75,6
Uso de medicamentos para o controle da hipertensão	Sim	107	19
	Não	454	81
História familiar de hipertensão	Sim	265	47,2
	Não	296	52,8

Do total de indivíduos avaliados 57,5% eram mulheres. Durante a entrevista 137 (24,4%) dos entrevistados afirmaram ser hipertensos, 265 (47,2%) afirmaram ter história familiar para esta doença e 107 (19%) estavam em uso de medicamento para controle da PA.

A PA foi maior nos indivíduos que afirmaram ser hipertensos comparados com aqueles que não referiram ter a doença ($138\pm 19/91\pm 13$ X $119\pm 14/79\pm 12$ mmHg; $p<0,0001$). Uma maior proporção de indivíduos em uso de medicamento anti-hipertensivo estava com a PA controlada, no entanto o nível pressórico foi limítrofe e diferente daqueles que não estavam em uso de medicamento anti-hipertensivo ($137\pm 18/91\pm 12$ X $121\pm 16/80\pm 13$ mmHg; $p<0,0001$). Não houve diferença significativa na PA entre os indivíduos que referiram ter história familiar para hipertensão, comparados com aqueles sem história familiar para hipertensão.

Conclusões

As pessoas que referiram ser hipertensas apresentaram uma PA maior do que aquelas que não referiram apresentar esta doença, o mesmo ocorrendo com as pessoas que referiram ser diabéticas, que apresentaram uma glicemia maior do que aquelas que não referiram apresentar esta doença. Os resultados encontrados nos participantes do evento Paraná em Ação podem não serem fidedignos com a real condição de saúde, necessitando de uma melhor investigação. Entendemos que a diferença encontrada entre os grupos não pode ser ignorada, tendo em vista que a hipertensão é assintomática e os benefícios da detecção precoce podem significar prevenção de eventos cardiovasculares importantes.

O controle glicêmico é baixo nos indivíduos que referem ter diabetes e naqueles em tratamento medicamentoso para esta doença, os quais podem beneficiar-se do serviço de educação em saúde. Os resultados obtidos por meio da metodologia utilizada (glicemia casual) podem não indicar que o indivíduo seja portador de diabetes, porém significa que o mesmo deverá procurar o serviço de saúde para realizar uma investigação detalhada na perspectiva de diagnóstico precoce, prevenção de complicações decorrentes da patologia por meio de práticas comportamentais saudáveis.

Por serem doenças crônicas (diabetes e hipertensão) requerem tratamento e educação em saúde de forma contínua, a qual por sua vez visa melhorar os resultados terapêuticos por possibilitar uma maior adesão ao tratamento, medicamentoso ou não. Com estes resultados verificamos a importância de trabalhos voltados à educação em saúde na otimização do tratamento terapêutico.

A grande questão que permanece é: Por que as Políticas adotadas pelo Ministério da Saúde na atenção básica não têm contemplado e nem se transformado em intervenções operacionais capazes de modificar atitudes e comportamentos de profissionais de saúde e usuários?

Referências:

- Booth, G.L.; Kapral, M.K.; Fung, K.; Tu, J.V. Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people: a population-based retrospective cohort study. *Lancet*, 2006, 368, 29.
- Turner, R.C.; Cull, C.A.; Frighi, V.; Holman, R.R. UKPDS Group. Glycemic Control With Diet, Sulfonylurea, Metformin, or Insulin in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus *JAMA*, 1999, 281, 2005.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *Lancet*, 1998, 352, 837.
- American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 2008, 31, S12.
- Fornos, J.A.; Andre´s, N.F.; Andre´s, J.C.; Guerra, M.M.; Egea, B. A Pharmacotherapy Follow-Up Program in Patients with Type-2 Diabetes in Community Pharmacies in Spain. *Pharm World Sci*, 2006, 28, 65.
- Clifford, R.M.; Davis, W.A.; Batty, K.T.; Davis, T.M.E. Effect of a Pharmaceutical Care Program on Vascular Risk Factors in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2005, 28, 771.
- Marin, N.; Luiza, V.L.; Osorio-de-Castro, C.G.S.; Machado-dos-Santos, S. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. OPAS/OMS, 2003.
- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903–13.
- Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004;83(5):429-33
- Castro, M.S.; Fuchs, F.D.; Santos, M.C.; Maximiliano, P.; Gus, M.; Moreira, L.B.; Ferreira. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *M.B.C. Am J Hypertens* 2006;19:528–533.
- Sookaneknun, P.; Richards, M.E.; Sanguanserm Sri, J.; Teerasut, C. *Ann Pharmacother* 2004;38:2023-8.
- Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus*. Brasília, 2002.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, São Paulo, 2006. 78p
- Gomes, Carlos Alberto Pereira et al. *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2007. 70p.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*, Ed.: Diagraphic (ed). Rio de Janeiro, 2007; 168p.
- Lobiondo-Wood, G.; Haber, J. Desenhos não experimentais. In: Lobiondo-Wood, G.; Haber, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

Assis, M. Da hipertensão à vida: por uma práxis comunicativa na educação e saúde, 1992. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

Valla, V. V.; Stotz, E. N.(orgs.). *Educação, saúde e cidadania*. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.