



O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa

The control of hypertension in men and women: a comparative analysis

El control de la hipertensión arterial en mujeres y hombres: un análisis comparativo

Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva¹, Sofia de Fátima da Silva Barbosa de Oliveira², Angela Maria Geraldo Pierin³

Como citar este artigo:

Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):50-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To compare men and women who have hypertension with reference to the following: high blood pressure, biosocial variables, habits and life styles, mental disorders, and social support networks. **Method:** 290 hypertensive patients (women, 62.1%) were evaluated. The assessments involved the following: measuring blood pressure with an automatic measuring device, evaluating social status through the Social Support Scale, and the use of a Self-Report Questionnaire (SRQ-20) to identify common mental disorders. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant. **Results:** Women were found to be different to men ($p < 0.05$) in the following areas having: better control of their blood pressure (64.4% vs 52.7%), less salary incomes, less diabetes, higher total cholesterol, higher body mass index and wider abdominal circumferences. They also had lower systolic blood pressure, lower levels of alcohol consumption and a greater prevalence for mental disorders. The social support assessment revealed that hypertensive women received less help with preparing meals but had more company from people which allowed them to engage in enjoyable activities. **Conclusion:** Women had more control over their blood pressure than men, despite the presence of negative biopsychosocial factors that may have influenced their adherence to the treatments.

DESCRIPTORS

Arterial Pressure; Women; Men; Hypertension.

Autor correspondente:

Angela Maria Geraldo Pierin
Rua Heitor Penteado, 250, Apto. 63
CEP 05438-000 – São Paulo, SP, Brasil
pierin@usp.br

Recebido: 10/02/2015
Aprovado: 16/10/2015

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. É um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que na última década representaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁽¹⁾. Estudo de revisão sistemática com publicações de 35 países mostrou uma prevalência global de hipertensão de 37,8% para o sexo masculino e 32,1% para o feminino⁽²⁾.

Os dados relativos ao ano de 2013 do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) mostraram frequência de diagnóstico prévio de hipertensão arterial de 24,1% no conjunto da população adulta das 27 capitais brasileiras estudadas, sendo pouco mais elevada em mulheres (23,6%) do que nos homens (21,5%)⁽³⁾. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão apontam que a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década⁽⁴⁾. Tal mudança estaria relacionada às alterações hormonais decorrente do climatério e menopausa, fragilizando a mulher no contexto cardiovascular. Nesse sentido, recente estudo de revisão evidenciou relação direta entre hipertensão arterial em mulheres e elevação do risco para acidente vascular encefálico⁽⁵⁾.

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda é um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Nesse sentido, estudo com hipertensos atendidos na atenção primária à saúde mostrou que 54,5% dos hipertensos não apresentavam pressão arterial controlada e as mulheres estavam mais controladas do que os homens ($p < 0,05$, 30,9% vs 52,6%, respectivamente)⁽⁶⁾. O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo. Em relação à doença, destaca-se a sua cronicidade e quanto ao tratamento medicamentoso, o fato do tratamento ser para toda vida, os efeitos indesejáveis das drogas e posologias complexas. No tratamento não medicamentoso, a necessidade de mudanças em hábitos e estilos de vida também podem ser aspectos que dificultam a adesão. Acrescenta-se como fatores intervenientes na adesão ao tratamento características do hipertenso, como sexo e idade e presença de outras condições crônicas associadas à hipertensão, como o Diabetes Mellitus, obesidade e alteração do perfil lipídico.

Na sociedade atual a mulher ainda ocupa papel com características marcantes decorrentes da sua condição feminina, na atuação dentro do contexto familiar e também como participante da força de trabalho, expondo-a a condições desfavoráveis. Esse cenário pode favorecer o aparecimento de sinais e sintomas físicos e psíquicos como depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade e queixas somáticas, definidos como transtornos mentais comuns⁽⁷⁾, e no contexto

da gênese da hipertensão arterial os fatores psicoemocionais têm ação relevante. Destaca-se, também, que uma rede de suporte social, constituída por familiares, amigos, vizinhos, pode ser uma grande aliada no processo de enfrentamento das doenças crônicas, como a hipertensão arterial.

Dessa forma, no contexto da hipertensão arterial, visando ao controle dos níveis tensionais, questiona-se se as mulheres hipertensas apresentam características que possam diferenciá-las dos homens hipertensos. Face às considerações apresentadas, o objetivo do presente estudo foi comparar mulheres e homens hipertensos em relação a variáveis biopsicossociais, hábitos e estilos de vida (ingestão de bebida alcoólica, atividade física e tabagismo), à presença de transtornos mentais comuns, a apoio social e ao controle da hipertensão arterial.

MÉTODO

Realizou-se estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, parte de um Projeto de Políticas Públicas, patrocinado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (N213/03). A amostra foi calculada, considerando-se prevalência de hipertensão arterial de 30%, resultando em 290 hipertensos. O estudo foi realizado com hipertensos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde da região oeste do município de São Paulo, SP, Brasil. Os critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos, ser hipertenso, em tratamento há pelo menos seis meses e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas hipertensas grávidas pelas características especiais que a hipertensão adquire na gravidez e pessoas com história de abuso de drogas ou distúrbios mentais que pudessem invalidar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de entrevista com um formulário próprio. Esse instrumento foi elaborado com base na literatura e na experiência clínica dos pesquisadores. As variáveis biossociais incluíram idade, sexo, etnia (cor auto-declarada), estado civil (com ou sem companheiro), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio ou superior), renda salarial (≤ 3 ou > 3 em salários mínimos), peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal, circunferência abdominal e medida da pressão arterial. Avaliaram-se, ainda, comorbidades referidas como diabetes, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Os hábitos de vida avaliados foram atividade física (pelo menos três vezes/semana, por 30 minutos), tabagismo (sim/não) e ingestão de bebida alcoólica (teste AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test). Em relação à atividade física, foram considerados ativos os indivíduos que realizavam atividade física pelo menos três vezes por semana, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽⁴⁾.

A pressão arterial foi medida três vezes consecutivas com aparelho automático validado⁽⁸⁾, manguito adequado ao tamanho da circunferência do braço e na posição sentada, de acordo com as orientações das VI Diretrizes Brasileiras

de Hipertensão Arterial⁽⁴⁾. A média das duas últimas medidas foi usada na análise, tendo em vista que a da primeira medida foi significativamente maior que as demais. Tal situação pode ser decorrente da reação de alarme provocada pelo procedimento de medida da pressão e, eliminando-se a medida mais elevada, o fenômeno do avental branco pode ser atenuado. O controle da pressão arterial foi considerado para valores de pressão sistólica menor que 140 mmHg e da diastólica menor que 90 mmHg. A ingestão de bebida alcoólica foi avaliada pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁽⁹⁾, utilizando-se a seguinte questão: *Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas de álcool?*. De acordo com as normas de uso desse instrumento, validado para nosso meio, aqueles que referiram beber ou ter parado há menos de um ano, foram considerados positivos para a ingestão de bebida alcoólica e negativos os que alegaram nunca ter bebido. A demais questões do Teste AUDIT analisam dados quantitativos e qualitativos daqueles que fazem uso de bebida alcoólica e não foram incluídas no presente estudo. O *Self Report Questionnaire* (SRQ20)⁽¹⁰⁾ validado foi utilizado para a análise da parte psicoemocional. Este instrumento avalia a presença ou não de transtornos mentais comuns e foi criado para uso na atenção básica. É composto por 20 questões dicotômicas (Sim/Não), sendo quatro questões sobre sintomas físicos e 16 questões acerca de distúrbios psicoemocionais. Utilizou-se, ainda, a escala de Apoio social, também validada no Brasil⁽¹¹⁾. É composta por 19 questões, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: material (questões de 1 a 4), afetiva (questões de 5 a 7), emocional (questões de 8 a 11), informação (questões de 12 a 15) e interação social positiva (questões de 16 a 18). As possibilidades de resposta para cada questão e respectivos escores são: nunca(1), raramente(2), às vezes(3), quase sempre(4), ou sempre(5). A presença de transtornos mentais comuns é considerada positiva para homens com pontuação maior ou igual a seis, e mulheres maior ou igual a oito.

Os dados foram coletados por dois enfermeiros pós-graduandos e três alunas de iniciação científica em enfermagem.

O treinamento incluiu reuniões para discussão com o coordenador sobre os objetivos do estudo, instrumentos de coleta dos dados, procedimentos de medida da pressão arterial, medidas antropométricas de peso, altura e circunferência abdominal. As análises estatísticas foram feitas com o uso do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 7,5. Para as variáveis classificatórias descritivas, foram empregadas tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%), e para os dados contínuos, média e desvio-padrão. O Teste Qui-quadrado foi usado para analisar as diferenças entre mulheres e homens para as variáveis categóricas, tais como etnia, escolaridade, estado civil, escolaridade, renda, hábitos de vida, comorbidades e as escala de Apoio Social e transtornos mentais comuns. Enquanto para as variáveis contínuas, incluindo valores da pressão arterial, índice de massa corporal e idade, utilizou-se o teste t de student. O nível de significância foi determinado em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Do total da amostra estudada, a maioria (62,1%) era de mulheres. As mulheres diferenciaram-se significativamente ($p < 0,05$) dos homens nos seguintes aspectos: renda mensal inferior a três salários mínimos (72,6% vs 55,3%), nível de colesterol mais elevado (47,3% vs 32,7%), menor prevalência de diabetes (23,5% vs 36,7%), menor consumo de bebida alcoólica (14,2% vs 37,5%), índice de massa corporal mais elevado [29,96 (5,42) vs 28,71 (5,39), Kg/m²] e, na medida da circunferência abdominal, apesar do sexo feminino apresentar valores significativamente mais baixos que o sexo masculino [98,92 (16,45) vs 102,28 (14,3), cm], salienta-se que esses valores estão acima da faixa de normalidade. As mulheres apresentaram também menores valores de pressão sistólica [136,6(21,5) mmHg vs 142,5(23,5) mmHg, $p < 0,05$], porém o controle da pressão arterial foi maior nas mulheres do que nos homens ($p < 0,05$, 64,4% vs 52,7%). Quanto às demais variáveis: idade, escolaridade, etnia, estado civil, tabagismo, atividade física e pressão diastólica, os dois grupos se comportaram de forma similar (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos hipertensos de acordo com o sexo em relação a variáveis biossociais, hábitos de vida, presença de doenças associadas e controle da pressão arterial - São Paulo, SP, Brasil, 2010

| Variáveis | Sexo | | | | | | Valor p |
|-------------------------|-----------------|------|----------------|------|-------------|------|--------------|
| | Masculino N=110 | | Feminino N=180 | | Total N=290 | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Etnia | | | | | | | 0,908 |
| Branco | 59 | 56,2 | 99 | 56,9 | 158 | 56,6 | |
| Não branco | 46 | 43,8 | 75 | 43,1 | 121 | 43,4 | |
| Estado Civil | | | | | | | 0,212 |
| Sem companheiro(a) | 37 | 34,3 | 75 | 41,7 | 112 | 38,9 | |
| Com companheiro(a) | 71 | 65,7 | 105 | 58,3 | 176 | 61,1 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,772 |
| Analfabeto/lê e escreve | 25 | 24,0 | 45 | 26,5 | 70 | 25,5 | |
| Fundamental/médio | 77 | 74,0 | 120 | 70,6 | 197 | 71,9 | |
| Superior | 2 | 1,9 | 5 | 2,9 | 7 | 2,6 | |

continua...

...continuação

| Variáveis | Sexo | | | | | | Valor p |
|--|-----------------|------|----------------|------|-------------|------|-------------------|
| | Masculino N=110 | | Feminino N=180 | | Total N=290 | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Renda (salários mínimos) | | | | | | | 0,004 |
| ≤3 | 57 | 55,3 | 114 | 72,6 | 171 | 65,8 | |
| >3 | 46 | 44,7 | 43 | 27,4 | 89 | 34,2 | |
| Diabetes | 40 | 36,7 | 42 | 23,5 | 82 | 28,5 | 0,016 |
| Infarto | 13 | 12,5 | 10 | 6,0 | 23 | 8,5 | 0,061 |
| Colesterol alto | 34 | 32,7 | 80 | 47,3 | 114 | 41,8 | 0,017 |
| Acidente vascular encefálico | 8 | 7,7 | 9 | 5,3 | 17 | 6,2 | 0,432 |
| Pressão Controlada (<140/90 mmHg) | 58 | 52,7 | 116 | 64,4 | 174 | 60,0 | 0,048 |
| Ingestão de bebida alcoólica | | | | | | | <0,0001 |
| Não | 38 | 39,6 | 128 | 79,0 | 166 | 64,3 | |
| Sim | 36 | 37,5 | 23 | 14,2 | 59 | 22,9 | |
| Parou | 22 | 22,9 | 11 | 6,8 | 33 | 12,8 | |
| Tabagismo | 16 | 14,8 | 15 | 8,5 | 31 | 10,9 | 0,099 |
| Atividade física | 41 | 38,0 | 53 | 29,8 | 94 | 32,9 | 0,153 |
| Idade (anos) Média (Desvio-Padrão) | 61,2(10,8) | | 59,5(12,4) | | 60,1(11,8) | | 0,099 |
| Índice de Massa Corporal (Kg/m²) Média (Desvio-Padrão) | 28,7(5,4) | | 29,9(5,4) | | 29,5(5,3) | | 0,036 |
| Circunferência abdominal (cm) Média (Desvio-Padrão) | 102,3(14,3) | | 98,9(116,5) | | 100,2(12,8) | | 0,040 |
| Pressão Sistólica Média (Desvio-Padrão) | 142,5(23,5) | | 136,6(21,5) | | 138,8(22,4) | | 0,008 |
| Pressão Diastólica Média (Desvio-Padrão) | 82,6(12,9) | | 80,2(1,4) | | 81,1(12,0) | | 0,073 |

Valor Salário mínimo = 415 Reais.

Observa-se, de acordo com os dados da Tabela 2, que as mulheres apresentam maior percentual de transtornos mentais comuns do que os homens (62,8% vs 30,8%, p<0,05). As variáveis nas quais as mulheres se diferenciaram significativamente (p<0,05) dos homens foram: nervosismo, tensão (76,7% vs 59,8%); tristeza (57,6% vs 33,6%); assustar-se com facilidade (48,2% vs 21,5%); dor de cabeça frequente

(42,4% vs 26,2%); dificuldades para tomar decisões (38,4% vs 23,4%); má digestão (35,7% vs 11,2%); sensações desagradáveis no estômago (35,5% vs 22,4%); chorado mais do que de costume (32,6% vs 9,3%); perda do interesse pelas coisas (30,2% vs 15,0%); incapacidade de desempenhar um papel útil (28,5% vs 15,1%); dificuldades no serviço (26,9% vs 14,0%); e sentir-se inútil (22,8% vs 11,2%).

Tabela 2 – Distribuição percentual dos hipertensos, de acordo com o sexo, respostas às questões do *Self Report Questionnaire* e presença de transtornos mentais comuns – São Paulo, SP, Brasil, 2010.

| Variáveis | Respostas | | | | Valor p |
|--|-----------|------|------|------|-------------------|
| | Não | | Sim | | |
| | H | M | H | M | |
| Presença de transtorno | 69,2 | 37,2 | 30,8 | 62,8 | 0,000 |
| Nos últimos trinta dias o(a) Sr(a)... | | | | | |
| 01 – Tem dores de cabeça frequentes? | 73,8 | 57,6 | 26,2 | 42,4 | 0,006 |
| 02 – Tem falta de apetite? | 74,8 | 76,2 | 25,2 | 23,8 | 0,792 |
| 03 – Dorme mal? | 60,7 | 51,7 | 39,3 | 48,3 | 0,141 |
| 04 – Assusta-se com facilidade? | 78,5 | 51,8 | 21,5 | 48,2 | <0,0001 |
| 05 – Tem tremores de mão? | 79,4 | 76,7 | 20,6 | 23,3 | 0,599 |
| 06 – Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)? | 40,2 | 23,3 | 59,8 | 76,7 | 0,003 |
| 07 – Tem má digestão? | 88,8 | 64,3 | 11,2 | 35,7 | <0,0001 |
| 08 – Tem dificuldade de pensar com clareza? | 64,5 | 53,5 | 35,5 | 46,5 | 0,071 |
| 09 – Tem se sentido triste ultimamente? | 66,4 | 42,4 | 33,6 | 57,6 | <0,0001 |

continua...

...continuação

| Variáveis | Respostas | | | | Valor p |
|--|-----------|------|------|------|---------|
| | Não | | Sim | | |
| | H | M | H | M | |
| 10 – Tem chorado mais do que de costume? | 90,7 | 67,4 | 9,3 | 32,6 | <0,0001 |
| 11 – Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 68,2 | 62,2 | 31,8 | 37,8 | 0,307 |
| 12 – Tem dificuldades para tomar decisões? | 76,6 | 61,6 | 23,4 | 38,4 | 0,009 |
| 13 – Tem dificuldades no serviço? | 86,0 | 73,1 | 14,0 | 26,9 | 0,012 |
| 14 – É incapaz de desempenhar papel útil na vida? | 84,9 | 71,5 | 15,1 | 28,5 | 0,010 |
| 15 – Tem perdido o interesse pelas coisas? | 85,0 | 69,8 | 15,0 | 30,2 | 0,004 |
| 16 – Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | 88,8 | 77,2 | 11,2 | 22,8 | 0,015 |
| 17 – Tem tido ideias de acabar com a vida? | 96,3 | 93,6 | 3,7 | 6,4 | 0,339 |
| 18 – Sente-se cansado(a) o tempo todo? | 67,0 | 57,6 | 33,0 | 42,4 | 0,117 |
| 19 – Tem sensações desagradáveis no estômago? | 77,6 | 64,5 | 22,4 | 35,5 | 0,021 |
| 20 – Você se cansa com facilidade? | 62,6 | 51,2 | 37,4 | 48,8 | 0,061 |

M=mulheres H=homens.

Em relação ao Apoio Social, a análise das médias dos escores mostrou diferença significativa ($p < 0,05$) entre homens e mulheres apenas no domínio material. Houve maior apoio nesse domínio para o sexo masculino, o que pode ser evidenciado na questão *sempre tem alguém para ajudar a preparar suas refeições, se não puder prepará-las*, situação em que

as mulheres foram menos favorecidas (69,6% vs 84,0%). Porém, no domínio interação social positiva, as mulheres apresentaram frequência mais elevada ($p < 0,05$) em “sempre” ter alguém com quem fazer coisas agradáveis (68,8% vs 63,5%), com quem distrair a cabeça (72,6% vs 64,5%) e com quem relaxar (70,2% vs 66,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição percentual dos hipertensos de acordo com sexo e Apoio Social - São Paulo, SP, Brasil, 2010.

| Perguntas | Escore das perguntas | | | | | | | | | | Valor p |
|---|----------------------|-----|---------------|------|--------------|------|------------------|-----|------------|------|---------|
| | Nunca (1) | | Raramente (2) | | Às vezes (3) | | Quase sempre (4) | | Sempre (5) | | |
| | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | |
| Se você precisar, com que frequência conta com alguém que... (%) | | | | | | | | | | | |
| Domínio material *média (DP) H=17,4 (4,6) M=16,5(4,6) | | | | | | | | | | | |
| 1. ajude, se ficar de cama? | 6,6 | 6,5 | 3,8 | 11,2 | 4,7 | 11,2 | 4,7 | 4,7 | 80,2 | 66,5 | 0,058 |
| 2. leve ao médico? | 6,6 | 6,0 | 4,7 | 5,4 | 10,4 | 10,8 | 4,7 | 5,4 | 73,6 | 72,5 | 0,996 |
| 3. ajude nas tarefas diárias, quando doente? | 8,8 | 8,9 | 3,9 | 7,1 | 7,8 | 16,7 | 2,0 | 1,8 | 77,5 | 65,5 | 0,190 |
| 4. prepare refeições, quando não puder? | 6,6 | 6,4 | 2,8 | 9,9 | 4,7 | 11,1 | 1,9 | 2,9 | 84,0 | 69,6 | 0,045 |
| Domínio afetivo média (DP) H= 13,5(2,5) M=13,5(2,5) | | | | | | | | | | | |
| 5. demonstre amor e afeto por você? | 0,0 | 1,2 | 7,5 | 4,2 | 6,5 | 4,8 | 5,6 | 7,8 | 80,4 | 82,0 | 0,493 |
| 6. dê um abraço? | 1,9 | 1,8 | 6,6 | 2,9 | 9,4 | 6,5 | 5,7 | 8,8 | 76,4 | 80,0 | 0,443 |
| 7. ame e faça se sentir querido? | 2,8 | 0,6 | 3,8 | 4,7 | 6,6 | 3,5 | 7,5 | 7,1 | 79,2 | 84,1 | 0,418 |
| Domínio emocional média (DP) H=16,9(4,4) M=16,9(4,3) | | | | | | | | | | | |
| 8. ouça quando precisar falar? | 2,8 | 3,6 | 8,4 | 5,3 | 12,1 | 7,7 | 5,6 | 8,9 | 71,0 | 74,6 | 0,481 |
| 9. confie, fale sobre seus problemas? | 4,8 | 5,4 | 10,5 | 4,8 | 12,4 | 7,2 | 3,8 | 6,6 | 68,6 | 76,0 | 0,176 |
| 10. compartilhe preocupações e medos? | 6,7 | 3,6 | 9,6 | 9,1 | 11,5 | 9,1 | 2,9 | 6,1 | 69,2 | 72,1 | 0,546 |
| 11. compreenda seus problemas? | 1,9 | 2,4 | 7,5 | 9,0 | 12,3 | 9,6 | 4,7 | 7,2 | 73,6 | 71,9 | 0,855 |
| Domínio informação média (DP) H=16,4(5,1) M=16,6(4,5) | | | | | | | | | | | |
| 12. dê conselhos em situações de crise? | 2,9 | 5,5 | 4,9 | 2,4 | 13,7 | 10,9 | 4,9 | 6,1 | 73,5 | 75,2 | 0,623 |
| 13. dê informação para compreender uma situação? | 3,8 | 3,7 | 6,7 | 6,2 | 14,4 | 9,3 | 2,9 | 6,8 | 72,1 | 73,9 | 0,497 |
| 14. realmente dê conselhos? | 9,9 | 5,5 | 9,9 | 10,3 | 6,9 | 12,7 | 5,0 | 4,2 | 68,3 | 67,3 | 0,430 |
| 15. dê sugestões para problema pessoal? | 3,9 | 4,9 | 10,8 | 8,5 | 9,8 | 9,8 | 3,9 | 7,3 | 71,6 | 69,5 | 0,789 |
| Domínio interação positiva média (DP) H=12,5(3,3) M=12,8(3,3) | | | | | | | | | | | |
| 16. faça coisas agradáveis? | 2,9 | 7,6 | 10,6 | 5,9 | 19,2 | 10,0 | 3,8 | 7,6 | 63,5 | 68,8 | 0,037 |

continua...

...continuação

| Perguntas | Escore das perguntas | | | | | | | | | | Valor p |
|---|----------------------|-----|---------------|-----|--------------|------|------------------|-----|------------|------|--------------|
| | Nunca (1) | | Raramente (2) | | Às vezes (3) | | Quase sempre (4) | | Sempre (5) | | |
| | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | |
| Se você precisar, com que frequência conta com alguém que... (%) | | | | | | | | | | | |
| 17. distraia a cabeça? | 0,9 | 4,2 | 10,3 | 7,1 | 22,4 | 8,3 | 1,9 | 7,7 | 64,5 | 72,6 | 0,002 |
| 18. relaxe? | 0,0 | 5,3 | 11,2 | 4,7 | 17,8 | 12,9 | 4,7 | 7,0 | 66,4 | 70,2 | 0,023 |

*p<0,05 M=mulheres H=homens.

DISCUSSÃO

O principal achado do presente estudo foi que, apesar da presença de fatores desfavoráveis, como menor renda, índice de massa corporal elevado, menos apoio social e maior percentual de transtornos mentais comuns, as mulheres apresentaram valores da pressão arterial mais controlados do que os homens. Tal resultado pode ser decorrente das possuírem uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e, dessa forma, não somente procuram mais os serviços de saúde, bem como tendem a seguir os tratamentos propostos. Portanto, a variável gênero merece uma atenção especial no contexto da hipertensão. Estudos têm mostrado que as mulheres constituem a maioria da população hipertensa seguida na atenção básica de saúde⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Em relação ao controle da hipertensão arterial, no geral, os dados são bem distintos. Uma revisão sistemática⁽¹⁵⁾ que analisou esse assunto, em estudos brasileiros de base populacional, o índice mais elevado de controle foi na cidade de São José do Rio Preto (52,4%), no estado de São Paulo, e os menores percentuais, em torno de 10%, foram identificados em microrregiões do Rio Grande do Sul e do estado de Santa Catarina. Estudo⁽¹⁶⁾ que analisou dados do Programa HIPERDIA de uma cidade da região sul do país, mostrou que 37,6% das mulheres estavam com a pressão arterial controlada, contra 25% dos homens. De forma similar, em investigação⁽⁶⁾ também realizada em Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo, o controle foi maior nas mulheres (52,6% vs 30,9%); e na cidade de Nobres, região Centro-Oeste, os índices foram 47,7% vs 30,3%, respectivamente⁽¹⁴⁾. Com o relato da hipertensão autorreferida em 100 municípios brasileiros, também se verificou que as mulheres estavam mais controladas (39,1% vs 50%)⁽¹⁷⁾.

Na análise do perfil das mulheres hipertensas, destacou-se a presença de variáveis que são apontadas como dificultadoras no processo de adesão ao tratamento e consequentemente no controle da pressão arterial, como a menor renda salarial. Investigação⁽¹⁸⁾ realizada no complexo do Hospital das Clínicas na cidade de São Paulo que avaliou a prevalência de hipertensão arterial em funcionários e seus aspectos biopsicossociais, em relação à renda salarial, verificou que os níveis pressóricos foram significativamente mais elevados naqueles com renda de até cinco salários mínimos. Salienta-se ainda que a remuneração feminina tende a ser menor quando comparada com a do sexo masculino em uma mesma função⁽¹⁹⁾. A associação entre baixo poder aquisitivo e hipertensão arterial pode expressar que condições inadequadas de vida predispõem ou podem estar associadas à maior

prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial^(12,20). Assim, pode-se conjecturar que diferenças socioeconômicas desempenham um papel importante nas condições de saúde em decorrência da presença hábitos alimentares inadequados, menor acesso aos cuidados de saúde, grau de informação, compreensão do problema, adesão ao tratamento e estresse psicossocial.

A presença de comorbidades, também relacionadas aos fatores de risco cardiovascular, foi distinta nas mulheres, quando comparadas ao sexo masculino, pela maior presença de diabetes, nível de colesterol elevado, circunferência abdominal e índice de massa corporal aumentados. Essas condições podem estar relacionadas com a faixa etária predominante no grupo estudado, a sexta década. Analisando-se a hipertensão arterial entre homens e mulheres, até a menopausa elas apresentam menor prevalência de hipertensão e doenças relacionadas. Porém, após a menopausa, as mulheres tendem a apresentar prevalência de hipertensão arterial similar à dos homens⁽⁴⁾. Considera-se que a diminuição na produção de estrógenos, alterações do perfil lipídico, ganho de peso e sedentarismo sejam os principais fatores associados à maior prevalência de hipertensão arterial em mulheres na menopausa, quando comparadas àquelas na pré-menopausa.

O estudo internacional INTERHEART⁽²¹⁾, que avaliou de forma sistematizada a importância de fatores de risco para doença coronariana, demonstrou que o tabagismo e a dislipidemia compreenderam mais de dois terços desses riscos, e os fatores psicossociais, obesidade central, diabetes melito e hipertensão arterial também se associaram de forma significativa. De forma similar, em nosso meio, também se tem evidenciado a estreita relação entre esses fatores de risco cardiovascular⁽²²⁻²³⁾. Porém, quanto à bebida alcoólica, as mulheres se diferenciaram dos homens pela menor ingestão. A relação entre hipertensão arterial e o consumo de bebida alcoólica já está bem estabelecida e referendada por estudos⁽²⁴⁻²⁵⁾. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽⁴⁾ apresentam o nível máximo tolerado de 30g de etanol ao dia, porém esse valor cai para a metade para o sexo feminino.

No presente estudo, os hipertensos também foram avaliados quanto ao apoio social e o achado interessante foi que as mulheres hipertensas relataram possuir mais apoio do que os homens no domínio interação. Tal fato pode estar relacionado com a condição feminina em função da posição que ocupa dentro da estrutura familiar, mantendo e estabelecendo laços. Esse apoio social enquanto estrutura é composto não só por familiares, mas também por amigos

e vizinhos e pode beneficiar os hipertensos no manejo da sua doença. Considera-se, ainda, que os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situação de estresse, e dispor de uma rede social recebendo ajuda dos indivíduos beneficiam a saúde e o bem-estar⁽²⁶⁾. Dessa forma, estudo qualitativo realizado com idosos hipertensos evidenciou que as amizades são importante fonte de apoio, podendo este vínculo ser mais forte até que os laços consanguíneos⁽²⁷⁾. Essa rede de apoio pode ter papel fundamental no processo de adesão ao tratamento das doenças crônicas, como a hipertensão arterial. O tratamento anti-hipertensivo compreende medidas farmacológicas medicamentosas e não medicamentosas que muitas vezes requerem mudanças em hábitos e estilos de vida. Esquemas terapêuticos complexos, compostos não só pelas drogas anti-hipertensivas, mas também para as comorbidades frequentes, requerendo a adoção de estratégias facilitadoras para evitar o esquecimento, caracterizam situações em que familiares podem ser extremamente úteis. Acrescenta-se ainda que contar com uma rede de amigos, vizinhos ou de grupo da comunidade são alternativas para a prática de atividade física, fundamental no controle dos níveis tensionais e do peso corporal.

O contexto psicoemocional avaliado pela presença de transtornos mentais comuns, revelando que as mulheres apresentaram mais alterações do que os homens, corroboraram achados da literatura⁽²⁸⁻²⁹⁾. Dessa forma supõe-se que determinantes sociais da doença podem explicar os achados de pior contexto psicoemocional no sexo feminino, aliado ainda à baixa renda salarial das mulheres hipertensas estudadas. A teoria dos eventos de vida estabelece que eventos produtores de estresse provocam alterações no sistema endócrino, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças, dentre as quais os distúrbios mentais⁽³⁰⁾. O estresse emocional influencia o desencadeamento e a manutenção da hipertensão, podendo constituir-se em barreira para a adesão ao tratamento. Outra justificativa para a maior presença de transtornos mentais entre as mulheres pode ser atribuída à dinâmica dos gêneros nas relações de poder, que pode resultar em opressão para o contingente feminino. Em artigo sobre desigualdades de classe e transtornos mentais em mulheres, a autora aponta que os fatores influenciadores nesse processo são mediados pela baixa autoestima e menor controle sobre o meio ou contexto de vida, além da pouca valorização dos afazeres das mulheres na sociedade. Quando surgem as alterações de saúde decorrentes desse processo, as mulheres recorrem mais do que os homens aos serviços de saúde. Outro aspecto salientado relaciona-se ao atual

papel das mulheres no mercado de trabalho, acarretando às atribuições tradicionais desempenhadas novos papéis, com consequente ampliação da jornada de trabalho, acrescida de fadiga, estresse e sintomas psíquicos⁽³¹⁾.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A principal limitação relaciona-se ao tipo do estudo realizado. Investigações de natureza observacional não permitem avaliar a relação entre causa e efeito, apesar da associação entre as variáveis estudadas e o controle da hipertensão arterial. Outra limitação relaciona-se ao fato do estudo ter sido realizado com uma amostra específica de hipertensos, atendida na atenção básica da região oeste da cidade de São Paulo. Ampliar o estudo para outras regiões e cidades pode ser útil para analisar se o fenômeno se repete.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que as mulheres hipertensas apresentaram índices de controle de pressão arterial mais elevados do que os homens, apesar da presença de fatores desfavoráveis que podem dificultar esse controle. Dessa forma, pode-se considerar que a condição feminina teve ação protetora.

Considerando que o objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes da elevação da pressão arterial, o enfermeiro deve propor uma abordagem individualizada que priorize as reais necessidades das pessoas hipertensas. Atenção especial deve ser direcionada no tocante às características do gênero. No planejamento das ações, prover condições para maximizar o controle da hipertensão arterial, principalmente no contexto da atenção básica, onde a grande maioria dos hipertensos é atendida. Os hipertensos não controlados, aqueles que apresentam comorbidades (como diabetes, obesidade, alteração do perfil lipídico), além de características psicossociais desfavoráveis requerem monitoramento especial por meio de visitas mensais de agentes comunitários de saúde, contatos telefônicos para recaptação de faltosos, e consulta de enfermagem periódica.

Merece destacar que a falta de controle da hipertensão arterial, na maioria das vezes, está relacionada à baixa adesão ao tratamento e os fatores intervenientes nessa relação devem ser identificados o mais precocemente possível. Nesse sentido, nas áreas psicoemocional e rede de apoio social, o uso de instrumentos de avaliação pode ser de grande utilidade.

RESUMO

Objetivo: Comparar mulheres e homens hipertensos quanto ao controle da hipertensão arterial, variáveis biossociais, hábitos e estilos de vida, transtornos mentais comuns e apoio social. **Método:** Foram analisados 290 hipertensos (62,1% mulheres). A pressão arterial foi medida com aparelho automático; avaliação social pela Escala de Apoio Social; e transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire*, $p < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** As mulheres foram diferentes dos homens ($p < 0,05$) nos seguintes aspectos: pressão mais controlada (64,4% vs 52,7%); menor renda salarial; menos Diabetes; colesterol total mais elevado; maior índice de massa corporal e de circunferência abdominal; pressão sistólica menor; menor ingestão de bebidas alcoólicas; e mais presença de transtornos mentais comuns. A avaliação do apoio social revelou que as mulheres tinham menos ajuda no preparo de refeições, porém mais companhia para atividades agradáveis e diversão. **Conclusão:** Verificou-se que mulheres hipertensas estavam mais controladas que os homens, apesar da existência de variáveis biopsicossociais negativas que podem influenciar a adesão ao tratamento.

DESCRITORES

Pressão Arterial; Mulheres; Homens; Hipertensão.

RESUMEN

Objetivo: Comparar a mujeres y hombres hipertensos en cuanto al control de la hipertensión arterial, variables biosociales, hábitos y estilos de vida, desórdenes mentales comunes y apoyo social. **Método:** Fueron analizados 290 hipertensos (el 62,1% de mujeres). La presión arterial fue medida con aparato automático; evaluación social por la Escala de Apoyo Social; y desórdenes mentales comunes por *Self Report Questionnaire*, $p < 0,05$ fue considerado significativo. **Resultados:** Las mujeres fueron distintas de los hombres ($p < 0,05$) en los siguientes aspectos: presión más controlada (el 64,4% vs el 52,7%); menores ingresos; menos Diabetes; colesterol total más elevado; mayor índice de masa corpórea y de circunferencia abdominal; presión sistólica menor; menor ingesta de bebidas alcohólicas; y más presencia de desórdenes mentales comunes. La evaluación del apoyo social desveló que las mujeres tenían menos ayuda en la preparación de las comidas, pero más compañía para actividades agradables y de ocio. **Conclusión:** Se verificó que las mujeres hipertensas estaban más controladas que los hombres, pese a la existencia de variables biopsicosociales negativas que pueden influenciar la adhesión al tratamiento.

DESCRIPTORES

Presión Arterial; Mujeres; Hombres; Hipertensión.

REFERÊNCIAS

- Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963-75.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2014 nov. 16]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>
- Gorgui J, Gorshkov M, Khan N, Daskalopoulou SS. Hypertension as a risk factor for ischemic stroke in women. *Can J Cardiol*. 2014;30(7):774-82.
- Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;16(1):1389-400.
- Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
- O'Brien E, Mee F, Atkins N, Thomas M. Evaluation of three devices for selfmeasurement of blood pressure according to the revised British Hypertension Society protocol: the Omron HEM-705CP, Philips HP5332, and Nissel DS-175. *Blood Press Monit*. 1996;1(1):55-61.
- Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. *Psychol Neurosci*. 2009;2(1):83-97.
- Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
- Lopez C, Faerstein E, Chor D. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):625-34.
- Noblat ACB, Lopes MB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(4):308-13.
- Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):368-74.
- Rosário TM, Scala LC, França GV, Gomes MR, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):672-8.
- Pinho NA, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):65-73.
- Souza CS, Stein AT, Bastos GAN. Blood pressure control in hypertensive patients in the "Hiperdia Program": a territory-based study. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 102(6):571-578.
- Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promotion, prevention and arterial hypertension care in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):543-50.
- Mion Júnior D, Pierin AMG, Bambilra AP, Assunção JA, Monteiro JM, Chinen RY et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*. 2004;59(6):329-36.
- Machado LZ. Gênero e direitos humanos: revolução de idéias e políticas públicas. In Beltrão JF, Brito Filho JCM, Gómez I, Pajares E, Paredes F, Zúñiga Y. *Direitos humanos dos grupos vulneráveis: manual*. Barcelona: Rede Direitos Humanos e Educação Superior; 2014. p.131-44.
- Hartmann M Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1857-866.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al.; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.

22. Moraes SA, Checchio MV, Freitas ICM. O efeito independente da obesidade central sobre a hipertensão arterial em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007. Projeto EPIDCV. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):157-73.
23. Cunha e Silva DC, Lourenco RW, Cordeiro RC, Rica MRD. Análise da relação entre a distribuição espacial das morbidades por obesidade e hipertensão arterial para o estado de São Paulo, Brasil, de 2000 a 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 9(6):1709-19.
24. Husain K, Ansari RA, Ferder L. Alcohol-induced hypertension: mechanism and prevention. *World J Cardiol*. 2014;6(5):245-52.
25. Mendes TA, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MB, César CL, Carandina L. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2275-86.
26. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14.
27. Faquinello P, Marcon SS. Friends and neighbors: an active social network for adult and elderly hypertensive individuals. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2014 Nov 16] ;45(6):1345-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a10.pdf
28. Moreira JKP, Bandeira MC, Scalon JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):221-6.
29. Costa MGS, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol (Natal)*. 2014;19(2):145-54.
30. Lopes SC, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6):1713-20.
31. Ludermir AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(3):451-67.