

PERFIL PRESSORICO E GLICEMICO DOS FUNCIONÁRIOS DOS POSTOS FISCAIS DA SECRETARIA DE FAZENDA DO ESTADO DE MATO GROSSO**Allain Pierre Pinto Acosta e Silva¹, Henrique Arrais da Costa¹, Ronildo Rodrigues Senra¹****RESUMO**

Objetivo: Avaliar o perfil Glicêmico e Pressórico dos Servidores da Secretaria de Fazenda de Mato Grosso e identificar novos casos de hipertensão arterial sistólica e diabetes mellitus. Materiais e Métodos: Participaram 125 voluntários entre 18 e 68 anos. Avaliou-se a Pressão Arterial (PA) e a Glicemia Capilar ao acaso (GC). Os resultados foram tratados estatisticamente por meio de cálculo de frequência absoluta e relativa. Verificou-se, também, a associação entre glicemia e PA com as variáveis: gênero e idade por meio dos testes X² (gênero) e X² para tendência linear (idade). Resultados: Não houve associação estatisticamente significativa entre PA alterada e o gênero e idade. Quanto à Glicemia não houve diferença significativa entre os gêneros e a Glicemia alterada, porém os desvios são significativos para a idade, quanto maior a idade, maior a evidência de glicemia alterada. Discussão: A glicemia capilar apresentou valores maiores de acordo com o aumento da idade o que vai de encontro com o proposto na literatura. Já a PA não foi influenciada pelo gênero, o que é confirmado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, enquanto a idade não apresentou relação com o aumento da PA, podendo ser explicada pelo grau de instrução elevada, bom poder aquisitivo dos participantes e também por um tratamento medicamentoso feito corretamente. Foi observada a importância da realização de testes periódicos de glicemia e aferição de PA para a prevenção, tratamento e descoberta de novos casos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Pressão Arterial, Glicemia Capilar.

1 – Programa de Pós-Graduação Lato-Sensu da Universidade Gama Filho - Obesidade e Emagrecimento.

ABSTRACT

Glucose and blood pressure level: profile of the servers of the secretary of finances of Mato Grosso

Objective: To evaluate the plasma glucose and blood pressure of the servers of the Secretary of Finances of Mato Grosso and identify new cases of hypertension and DM. Materials and methods: 125 volunteers between 18 and 68 years participate of the study. We evaluated the Blood Pressure (BP) and capillary glucose level (CGL). The results were statistically treated by a calculation of absolute and relative frequency. It was also, the association between blood glucose and BP with the variables: gender and age by means of tests X² (gender) and X² for linear trend (age). Results: There was no statistically significant association between PA and changed gender and age. For Glycemia no significant difference between genders and higher levels of Glucose, but the differences are significant for age. When the age increases the evidence of blood glucose changes is higher. Discussion: The CGL showed higher values in line with increasing age which contradicts the findings of the proposed literature. Already the PA was not influenced by gender, which is confirmed by SBH. While age had no relationship with the increase in the PA, it can be explained by the high level of education, good purchasing power of participants and also for a drug treatment done correctly. We observed the importance of testing periodically the levels of blood glucose and the measurement of the PA for the prevention, treatment and discovery of new cases of hypertension and DM.

Key-Words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Blood Pressure. Plasma Glucose.

Endereço para correspondência:
allainpierre@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são um problema crônico que afetam boa parte da população brasileira e mundial. No Brasil é o maior responsável pela taxa de mortalidade. No entanto, o mais alarmante é o crescimento dessa taxa por essas doenças. Segundo dados do Ministério da Saúde em 1930 elas eram responsáveis por cerca de 11,8% da taxa de óbito nas capitais do País, já em 2000 dos 946.392 óbitos registrados, 27,3% eram devido a essas doenças cardiovasculares. A doença arterial coronária (DAC) e o acidente vascular encefálico (AVE) são responsáveis por 80% dos óbitos relacionados a problemas cardiovasculares (Brandão citado por Simão e colaboradores, 2002).

Existem diversos fatores de risco para o aparecimento dessas doenças, entretanto os principais são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). A hipertensão arterial sistêmica, por exemplo, está associada a 80% dos casos de morte por acidente vascular encefálico e 40% dos óbitos por doença arterial coronariana (Costa e Klein citado por Simão e colaboradores 2002). O diabetes mellitus por sua vez ocasiona complicações para o sistema cardiovascular e também leva a problemas renais, cegueira definitiva, abortos e mortes perinatais (Damasceno e colaboradores 2006).

Tanto os hábitos adquiridos, tais como o tabagismo, má alimentação, sedentarismo e o etilismo, quanto à obesidade, dislipidemias e a hipertrigliceridemia contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus e podem ser considerados fatores de risco modificáveis. Já a idade, hereditariedade, etnia e o gênero são os fatores de risco não modificáveis.

Levando em conta esses fatos, o Ministério da Saúde criou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Dentro desse plano foi realizada a Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes, em que foram feitas 20,7 milhões de glicemias capilares e foram identificados 2,9 milhões de suspeitos de diabetes, e aproximadamente 1 milhão dessas pessoas eram hipertensos e diabéticos. Isso demonstra não só o elevado número de casos dessas enfermidades como também a alta quantidade de casos não

identificados (Damasceno e colaboradores 2006).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

É definida como uma patologia que apresenta a persistência dos valores de pressão arterial acima daqueles estabelecidos como dentro dos limites da normalidade (V Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2006). Para realizar o diagnóstico da doença é essencial a medida da pressão arterial. Essa medida pode ser feita por médicos de qualquer especialidade, ou demais profissionais da área da saúde. De acordo com os valores obtidos, podemos classificar a Pressão arterial da seguinte forma:

Classificação	PAS(MMhg)	PAD(mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão Estágio I	140 – 159	90 -99
Hipertensão Estágio II	160 – 179	100 -109
Hipertensão Estágio III	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	<90

V Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2006.

Por ser uma doença assintomática, muitos classificam a Hipertensão Arterial como uma doença silenciosa. Por isso é de suma importância a medida da Pressão Arterial periodicamente. Dessa forma consegue-se fazer um diagnóstico precoce, evitando ou amenizando assim, as complicações decorrentes dessa patologia.

Algumas das complicações decorrentes do longo período exposto à doença são:

- a - O aumento da massa muscular do coração;
- b - Que podem causar arritmias cardíacas, nos rins podem levar a insuficiência renal;
- c - As próprias artérias são danificadas devido a hipertensão, já que as células endoteliais (que recobrem o interior das artérias) sofrem alterações funcionais que facilitam o surgimento da aterosclerose;
- d - A obstrução das artérias coronárias pode causar angina;
- e - A obstrução das artérias cerebrais pode causar o acidente vascular encefálico.

Entretanto, mesmo com todas essas complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica, menos de 1/3 dos hipertensos adultos tem sua pressão arterial adequadamente controlada, sendo que a não aderência ao tratamento medicamentoso, ou então quando feita de modo inadequado, o sedentarismo e a má alimentação são alguns dos motivos para essa irregularidade (Andrade e colaboradores, 2001; ACSM, 2004). Ainda segundo Andrade e colaboradores (2001), as principais razões para a não aderência ao tratamento medicamentoso são:

- Normalização da pressão arterial;
- Efeitos Colaterais da Medicação;
- Esquecimento do uso da Medicação;
- Custo dos medicamentos.

Outro aspecto importante é que quanto maior o tempo de duração da hipertensão arterial sistêmica, maior é o índice de abandono do tratamento (Andrade e colaboradores, 2001).

Em relação ao exercício físico o ACSM (2004), preconiza que 30 minutos ou mais de exercício físico, de preferência aeróbico complementado pelo exercício de força, com uma intensidade moderada e preferencialmente todos os dias da semana, auxiliam no tratamento ajudando a reduzir, controlar e prevenir a hipertensão arterial sistêmica.

Outra vertente importante relacionado ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica é a dieta, e segundo Olmos e Benseñor (2001), determinados tipos de dietas podem reduzir a PA tanto em normotensos como em hipertensos.

Esses fatores apresentados que ajudam a controlar a pressão arterial (medicação, exercício físico e dieta) também auxiliam no tratamento de outras enfermidades, entre elas a Diabetes Mellitus.

DIABETES MELLITUS

É uma doença em que o organismo não produz insulina ou não consegue utilizá-la adequadamente. Caracteriza-se pelas altas concentrações de glicose no sangue. O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e pode ter conseqüências graves tanto quando surge rapidamente, como quando se instala lentamente. Nos dias atuais se constitui com

um problema de saúde pública, pelo número de pessoas que apresentam a doença (American Diabetes Association, 2005).

TIPOS CONHECIDOS DE DIABETES

Diabetes Gestacional - o diabetes que se desenvolve durante a gravidez. A glicemia materna se eleva em resposta aos hormônios liberados durante a gestação e a mãe não consegue produzir insulina suficiente para dar conta das altas concentrações de glicose que circulam no sangue. Embora o diabetes gestacional geralmente desapareça após a gravidez, aproximadamente 60% das mulheres que a tiveram acabam desenvolvendo o diabetes tipo 2.

Diabetes Mellitus tipo 1 - Uma forma de diabetes que tende a se desenvolver antes dos 30 anos. Geralmente é causada pelo ataque do sistema imunológico às células beta do pâncreas e este fica impossibilitado de produzir insulina. Estes diabéticos precisam tomar insulina para sobreviver.

Diabetes Mellitus tipo 2 - Esta forma de diabetes costuma ocorrer em pessoas com mais de 40 anos. Quase todas as pessoas que desenvolvem o diabetes tipo 2 são insulino-resistentes e a maioria tem problemas com a secreção da insulina. Alguns simplesmente não conseguem produzir insulina suficiente para satisfazer o organismo e outros têm uma combinação destes problemas. O principal motivo que faz com que as concentrações de glicose no sangue permaneçam altas está na incapacidade das células musculares e adiposas de usarem toda a insulina secretada do pâncreas.

Diabetes MODY- Maturity-Onset Diabetes of the Young, é caracterizado por manifestação precoce (em geral abaixo dos 25 anos) e com transmissão autossômica dominante (determinada em pelo menos três gerações). Corresponde a um defeito primário na secreção de insulina, associada a disfunção da célula Beta pancreática.

Diabetes LADA – O diagnóstico do LADA é feito em pacientes, em geral, entre 35 e 60 anos, magro e com cetose. Trata-se do surgimento tardio do diabetes tipo I e atinge em média de 2 a 12% dos casos de Diabetes Mellitus. Um aspecto importante é que o paciente com LADA tem uma progressão lenta para a insulino-dependência, além disso, esses pacientes têm mais risco de

complicações cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007)

Diagnóstico

Pode ser presumido em pacientes que apresentam os sintomas e sinais clássicos da doença, que são: sede excessiva, aumento do volume e do número de micções, fome excessiva e emagrecimento. O diagnóstico laboratorial do Diabetes é estabelecido pela medida da glicemia no soro e no plasma, após um jejum de 8 a 12 horas. Os resultados seguem a seguinte referência para o diagnóstico (American Diabetes Association, 2005):

Normal: glicemia de jejum entre 70 mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2 horas após sobrecarga de glicose.

Intolerância à glicose: glicemia de jejum entre 100 a 125mg/dl.

Diabetes: 2 amostras colhidas em dias diferentes com resultado igual ou acima de 126mg/dl. ou quando a glicemia aleatória (feita a qualquer hora) estiver igual ou acima de 200mg/dl na presença de sintomas.

Teste de tolerância à glicose aos 120 minutos igual ou acima de 200mg/dl.

Fatores de Risco segundo (Alvarenga, Oliveira, Chacra, Reis, 2007)

- Idade maior ou igual a 45 anos;
- História familiar de Diabetes Mellitus (pais, filhos e irmãos);
- Sedentarismo;
- HDL baixo ou triglicérides elevados;
- Hipertensão arterial ;
- Doença coronariana;
- Diabetes Mellitus gestacional prévio;
- Filhos com peso maior do que 4 kg, abortos de repetição ou morte de filhos nos primeiros dias de vida;
- Uso de medicamentos que aumentam a glicose (cortisonas, diuréticos tiazídicos e beta-bloqueadores).

Tratamento

Os objetivos do tratamento do Diabetes Mellitus são dirigidos para se obter uma glicemia normal tanto de jejum quanto no período pós-prandial, e controlar as alterações metabólicas associadas. Os principais fatores relevantes do tratamento são:

• **Plano alimentar:** onde o paciente, orientado por uma nutricionista, controla sua dieta, ingerindo alimentos mais saudáveis e nutritivos, que além de manter a glicemia desejada evitaram comorbidades como a desnutrição, obesidade, anemia, etc;

• **Atividade Física:** o paciente deve ser orientado por um profissional de Educação Física que conheça sua enfermidade, a atividade física ajuda a controlar a glicemia, evita a perda de massa magra (comum no paciente diabético), aumenta a capacidade da membrana celular em absorver glicose (GLUT 4) mesmo com pouca presença de insulina;

• **Tratamento Medicamentoso:** os hipoglicemiantes orais são úteis para o controle glicêmico de pacientes com Diabetes Mellitus tipo II, mas são contra-indicados nos pacientes com Diabetes Mellitus tipo I. a insulina é a medicação primordial para pacientes com Diabetes Mellitus tipo I, sendo também indicada para pacientes com Diabetes Mellitus tipo II que não responderam ao tratamento com hipoglicemiantes orais (Schraan e Harzheim, 2004)

Assim sendo, o presente estudo tem o objetivo de identificar o perfil Glicêmico e Pressórico dos Servidores da Secretaria de Fazenda de Mato Grosso. Além disso, buscou-se identificar novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus orientando-os a tomar as medidas cabíveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram do estudo funcionários dos Postos Fiscais da Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso. Sendo envolvidos os funcionários da referida instituição independentemente de suas ocupações.

A amostra foi constituída após uma explanação sobre o que consistia a pesquisa e como seria realizada, logo ao término da explanação foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I) que deveria ser assinado pelos que se dispuseram a participar do estudo, totalizando 125 sujeitos entre homens e mulheres, de 18 e 68 anos de idade. Amostra tem nível de significância 95%, com erro amostral de 6,2%.

A coleta dos dados foi precedida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Primeiramente foi questionado aos participantes se os mesmo eram Hipertensos e/ou Diabéticos e posteriormente

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

foram medidas a pressão arterial e a glicemia capilar ao acaso (a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo da última refeição) além de ser registrado a idade e o gênero dos participantes.

A pressão arterial foi aferida utilizando esfigmomanômetro Sankey alcance de 22 a 28 cm registro no Ministério da Saúde: 10237580015, estetoscópio Premium de acordo com as normas da V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006) e a glicemia capilar foi medida por meio de glicosímetro Accu – Chek Advantage (USA), Lancetas Accu – Chek e suas respectivas fitas, onde o resultado da glicemia capilar medida ao acaso foram tratados conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007).

Os resultados foram tratados estatisticamente por meio de cálculo de frequência absoluta e relativa e apresentados em tabelas. Verificou-se, também, a associação entre glicemia e pressão arterial

com as variáveis: gênero e idade por meio dos testes X² (gênero) e X² para tendência linear (idade). Para todas as análises inferenciais, fixou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A tabela 1 evidenciou que 88,0% dos sujeitos apresentaram glicemia \leq 140mg/dl, o que é considerado normal para a glicemia capilar medida ao acaso. Porém, 6,4% foram classificados como tendo alto risco para Diabetes Mellitus do tipo 2 e 5,6% são considerados diabéticos de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007).

Segundo a V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006), 48,6% da população analisada está com a PAS classificada como ótima, 24,3% normal ou limítrofe, 19,8% HAS estágio I, 3,6% HAS estágio II e 3,6% HAS estágio III.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos segundo a glicemia capilar e pressão arterial nos postos fiscais de Mato Grosso – Maio 2008.

Variável	Nº	%
1. Glicemia capilar (mg/dl)		
\leq 140	110	88,0
141 - 199	8	6,4
\geq 200	7	5,6
2. Pressão Arterial		
< 120 x 80	54	48,6
120 x 80 a 139 x 89	27	24,3
140 x 90 a 159 x 99	22	19,8
160 x 100 a 180 x 110	4	3,6
= 140 x < 90	4	3,6

Tabela 2. Distribuição do número de funcionários segundo a pressão arterial alterada e variáveis preditoras nos postos fiscais de Mato Grosso - Maio 2008

Variável	PA Alterada		PA Não Alterada		Teste	P
	Nº	%	Nº	%		
1. Gênero						
Masculino	25	29,1	61	70,9	Fisher	0,121
Feminino	6	15,4	33	84,6		
2. Faixa Etária					Fisher	0,036
< 25 anos	3	9,7	28	90,3		
26 - 45	6	18,8	26	81,2		
46 - 55	12	34,3	23	65,7		
> 56 anos	10	37,0	17	63,0		

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre pressão arterial alterada e as variáveis gênero ($p = 0,121$) e faixa etária ($p = 0,036$). Os desvios

não são significativos. As variáveis estudadas são independentes e a associação entre as variáveis é devida ao acaso.

Tabela 3. Distribuição do número de funcionários segundo a Glicemia alterada e variáveis preditoras nos postos fiscais de Mato Grosso - Maio 2008

Variável	Glicemia Alterada		Glicemia Não Alterada		Teste	P
	Nº	%	Nº	%		
1. Gênero						
Masculino	14	16,2	72	83,8	Fisher	0,0358
Feminino	1	2,6	38	97,4		
2. Faixa Etária						
< 25 anos	1	3,2	30	96,8	Fisher	0,0062
26 - 45	1	3,1	31	96,9		
46 - 55	5	14,3	30	85,7		
> 56 anos	8	29,6	19	70,4		

Tabela 4. Análise da pressão arterial de Hipertensos e Não Hipertensos.

	Pressão Arterial		Total
	Normal	Alta	
Hipertenso não	85,1%		64,5%
Sim	80,0%	14,9%	35,5%
Total	100,0%	20,0%	100%

Tabela 5. Distribuição da Glicemia em Diabéticos e Não Diabéticos.

		Diabético		Total
		Não	Sim	
Glicemia agrupada	Menor que 140	93,2%		88,0%
	Entre 141 e 199	5,9%	14,3%	6,4%
	Maior que 200	0,8%	85,7%	5,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Não há evidência de diferença entre os gêneros e a Glicemia alterada, porém os

desvios são significativos para a faixa etária, quanto maior a idade, maior a evidência de glicemia alterada. As variáveis não são independentes e a associação entre as variáveis estudadas não é devida ao acaso.

De acordo com a tabela 4, 80% dos entrevistados disseram não ser hipertensos, já 20% afirmavam que tinham hipertensão arterial sistêmica. Dentro dessa mesma tabela, pode se observar que 85,1% daqueles que apresentaram pressão arterial elevada disseram não ser hipertensos ao contrário dos outros 14,9%. Já entre os que apresentaram pressão arterial elevada 64,5% disseram ter a condição de hipertensão arterial sistêmica e os outros 35,5% afirmavam que não tinham hipertensão arterial sistêmica.

Na tabela 5 demonstra os valores de glicemia capilar para diabéticos e não diabéticos. Dos que disseram não ser diabéticos 93,2% estavam com a glicemia normal, 5,9% tem risco para a Diabetes Mellitus aumentada e 0,8 são considerados diabéticos de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007). Já entre os diabéticos nenhum apresentou glicemia normal, 14,3% tiveram glicemia acima do recomendado e 85,7% acima de 200mg/dl.

DISCUSSÃO

Levando-se em conta os resultados obtidos nas avaliações, a glicemia capilar dos

participantes deste estudo foi superior ao de um estudo realizado por Damasceno e colaboradores (2006), em que 92,3% da população estudada estava com a glicemia dentro das concentrações normais, 7,3% entre 141 e 199mg/dl e apenas 0,6 acima de 200mg/dl. Entretanto, no presente estudo, a população estudada é proporcionalmente mais idosa que a citada no estudo anterior, o que pode ter contribuído para as altas taxas de glicemia capilar encontradas nos sujeitos. Essa informação também vai de encontro com o achado desse estudo, que demonstra uma relação significativa entre o aumento da faixa etária e a incidência de taxas de glicemia capilar elevada, corroborando que já foi descrito Silva e Lima (2002).

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) também demonstram que o aumento da idade influencia na elevação das taxas de glicemia, e cita o envelhecimento da população, o sedentarismo e a obesidade como determinantes para o aumento do número de diabéticos no país, o qual é estimado em torno de 8 milhões.

Outro fator relevante relacionado a este resultado é o ambiente de trabalho dos participantes do estudo, que são regiões de fronteiras do estado de Mato Grosso, na qual os funcionários permanecem durante um período de 10 dias consecutivos (dormem em alojamento no próprio posto fiscal) com condições precárias de infra-estrutura, incluindo alimentação inadequada e a ausência total da prática de exercícios físicos. Esses fatores isoladamente, já contribuem para o aumento da glicemia capilar, entretanto eles também desencadeiam o processo da obesidade, que é um fator de risco tanto para a Diabetes Mellitus quanto para a hipertensão arterial sistêmica.

Entretanto, mesmo com essas condições de trabalho, no presente estudo 27% dos sujeitos avaliados se enquadraram na faixa de pressão arterial elevada, enquanto que em um estudo feito por Conceição e colaboradores (2005) 37,9% dos sujeitos analisados apresentaram pressão arterial elevada. No Brasil estima-se que entre 15,8 e 47,8% dos homens e 15 a 41,1% das mulheres tenham hipertensão arterial sistêmica (Conceição e colaboradores, 2005).

Um fator que pode ter contribuído para o melhor controle da pressão arterial nesse estudo, é a medicação feita de forma correta

por aqueles que se disseram hipertensos e que apresentaram a pressão arterial controlada, já que segundo Andrade (2002) menos de 1/3 dos hipertensos adultos tem a pressão arterial controlada corretamente.

Um dos fatores preponderantes para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial sistêmica e subsequente redução da pressão arterial, é justamente, a adesão ao tratamento medicamentoso, já que a probabilidade daqueles que aderem ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica conseguirem atingir os resultados terapêuticos desejados, é 3 vezes maior quando comparado com aqueles que não aderem ao tratamento.

No tangente a relação entre gênero e pressão arterial, neste estudo não houve diferença significativa entre as variáveis, o que vem de encontro com as V diretrizes de Hipertensão Arterial, que insinua que o gênero não é fator de risco para a hipertensão arterial sistêmica.

Já em relação à faixa etária, também não houve relação significativa entre o aumento da faixa etária e a incidência de pressão arterial elevada. Isso pode ter ocorrido devido ao número de participantes do estudo não ter sido muito alto, já que estudos como o de Carvalho, Junior e Machado (1998) e o de Pessuto e Carvalho (1998) demonstram que a evolução da idade é um fator de risco para a hipertensão arterial sistêmica.

Outro dado que chama a atenção, é que 64,5% daqueles que apresentaram a PA elevada disseram não ter hipertensão arterial sistêmica, ou seja, podem estar Hipertensos sem ter o conhecimento do mesmo, número que é superior ao citado por Fuchs e colaboradores (2001), que mostra que 44% da população hipertensa com idade igual ou maior a 20 anos não sabe que possui hipertensão arterial sistêmica. A diferença, porém, é que no caso deste estudo, a hipertensão arterial sistêmica não foi diagnosticada, pois foi realizada somente uma aferição da pressão arterial, o que não deixa de inspirar cuidados, assim essa alteração na pressão arterial pode ser entendida como uma pré-disposição a hipertensão arterial sistêmica, podendo ou não ser confirmada através de exames mais detalhados.

Isto também demonstra a necessidade do acompanhamento da pressão arterial, já que segundo as V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2007), indivíduos com pressão arterial

normal devem reavaliar a pressão arterial a cada 6 meses, já os com a pressão arterial elevada devem reavaliar pelo menos em 2 meses.

Em uma relação feita entre a glicemia capilar ao acaso daqueles que são diabéticos e dos não diabéticos, foi observado que 93,2% daqueles que não são diabéticos estão com a glicemia normal, 5,9% são considerados pré-diabéticos e 0,80% já é considerado diabético. Já entre os diabéticos, nenhum apresentou glicemia abaixo de 140, 14,3% entre 141 e 199mg/dl e 85,7% acima de 200mg/dl. Comparando com dados do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus (2001), onde 17% da população do centro-oeste é suspeita de ter Diabetes Mellitus, o estudo encontrou um baixo número de suspeitos entre os não diabéticos. Talvez o nível de instrução e renda dos participantes do estudo possa explicar tal fato, já que Souza e colaboradores (2003) demonstram que esses fatores levam a uma maior prevalência de Diabetes Mellitus.

Todos os diabéticos participantes do estudo estão fora da meta de controle do Diabetes Mellitus, já que segundo a sociedade Brasileira de Diabetes (2007), a glicemia pós-prandial dos diabéticos deve estar abaixo de 140mg/dl. Isso evidencia que o tratamento do Diabetes Mellitus não está sendo feito de forma correta, seja pela alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, não tomar a medicação adequadamente, ou então a mesma não estar adequada devido à falta de exames periódicos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que não houve diferença estatística significativa entre PA alterada e as variáveis etnia e faixa etária. Em relação a Diabetes Mellitus a variável gênero não teve influencia estatisticamente significativa ao contrário da variável idade, que apresentou uma relação diretamente proporcional com o aumento de sua incidência. Também pudemos observar a importância da realização de testes periódicos de glicemia e aferição de pressão arterial para a prevenção, tratamento e descoberta de novos casos de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus.

REFERENCIAS

- 1- Alvarenga, M.A.; Oliveira C.S.V.; Chacra, A.; Reis A.F. Avaliação Cardiovascular de Pacientes Diabéticos em Ambulatório Universitário. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. 2007. p. 51 – 52.
- 2- American College of Sports Medicine. Exercise and Hypertension. Medicine and Science in Sports and Exercise. Washington. 2004. p. 533-553.
- 3- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. Vol. 28 Num. 1. 2005
- 4- Andrade, P.J.; Vilas-Boas, F.; Chagas, H.; Andrade, M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Salvador. Vol. 79. Num. 4. 2002. p. 375-379.
- 5- Bortolotto L.A. Hipertensão Arterial de Difícil Controle em Pacientes com Doenças renal Progressiva e Diabetes Mellitus. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol. 15. 2008. p. 21-24
- 6- Carvalho, F.; Junior, R.T.; Machado, J.C.M.S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol 14. Num. 3. 1998. p. 617-621.
- 7- Castro, S.M.; Fuchs, D.F. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. Revista Brasileira de Hipertensão. Porto Alegre. Vol. 15. Num.1. 2008. p. 25-27.
- 8- Conceição, T.V.; e colaboradores. Valores de Pressão Arterial e suas Associações com fatores de Risco Cardiovascular em Servidores da Universidade de Brasília. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Brasília. Vol 86. Num.1. 2006. p. 26-31.
- 9- Damasceno, M.M.C.; Almeida, P.C.; Almeida, V.C.F.; Macedo, S.F.; Silva, A.B. Perfil dos níveis pressóricos e glicêmicos de funcionários de instituições públicas hospitalares de Fortaleza-Ceará. Escola Anna

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Nery. Rio de Janeiro. Vol. 10. Num 2. 2006. p. 228-234.

10- Fuchs, F.D.; Fuchs, S.C.; Duncan, B.B. Pressão Arterial e risco cardiovascular: reavaliação de níveis de risco e alvos pressóricos terapêuticos. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol.8. Num. 2. 2001. p. 201-205.

11- Lerario A.C.; Coretti F.M.L.M.; Oliveira S.F.; Betti R.T.B.; Bastos M.S.C.B; Ferri L.A.F. Avaliação da Prevalência do Diabetes e da Hiperglicemia de Estresse no Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. 2008. p. 465-472.

12- MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. Revista de Saúde Pública. Brasília . Vol. 35, Num. 5. 2001. p. 490-493.

13- Olmos, R.D.; Benseñor, I.M. Dietas e Hipertensão Arterial: Intersalt e DASH. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol. 8. Num 2. 2001. p. 221-224.

14- Pessuto, J.; Carvalho, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 6. Num. 1. 1998. p. 33-39.

15- Schraan, B.D.; Harzheim H. Perfil do Risco Cardíaco no Diabetes Mellitus e na Glicemia de Jejum Alterada. Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. 38 Num. 4. 2004.

16- Silva C.A.; Lima, W.C. Efeito Benéfico do Exercício Físico no Controle Metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 à Curto Prazo. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo. Vol. 46. Num. 5. 2002. p. 550-556

17- Simão, M.; Nogueira, M.S.; Hayashida, M.; Cesarino, E.J Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia. Vol. 4. Num. 2. 2002. p. 27-35.

18- Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento da Diabetes

Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro 2007

19- Souza, J.L.; Chalita, F.E.B.; Reis, A.F.F.; Teixeira, C.L.; Neto, C.G.; Bastos, D.A.; Filho, J.T.D.S.; Souza, T.F.; Côrtes, V.A. Prevalência de Diabetes Mellitus e Fatores de Risco em Campos dos Goytacazes. RJ. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. Vol. 47. Num. 1. 2003. p. 69-74.

20- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo. Vol. 89. Num. 3 2006. p. 34-79

Recebido para publicação em 15/11/2008
Aceito em 20/12/2008