

Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial

Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension

Thatiane Lopes Oliveira¹
Leonardo de Paula Miranda¹
Patrícia de Sousa Fernandes¹
Antônio Prates Caldeira¹

Descritores

Atenção primária à saúde; Educação em saúde; Eficácia; Hipertensão; Promoção da saúde

Keywords

Primary health care; Health education; Efficacy; Hypertension; Health promotion

Submetido

5 de Junho de 2012

Aceito

1 de Abril de 2013

Resumo

Objetivo: Verificar a eficácia da educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

Métodos: Foram analisados hábitos referentes à alimentação, à atividade física e ao uso de tabaco e álcool, bem como avaliação de medidas antropométricas e níveis pressóricos, antes e após a realização de grupos de educação em saúde em 216 hipertensos.

Resultados: Houve mudança estatisticamente significativa no consumo de legumes, na adesão à prática de atividade, na redução do índice de massa corpórea e da circunferência abdominal e no controle da pressão arterial, após os grupos de educação em saúde.

Conclusão: A educação em saúde proposta foi eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

Abstract

Objective: To verify the efficacy of health education on the adherence to non-pharmacological treatment in arterial hypertension.

Methods: Habits related to nutrition, physical activity and use of tobacco and alcohol were analyzed, as well as assessment of anthropometric and blood pressure levels, before and after the performance of group health education in 216 hypertensive patients.

Results: There was a statistically significant change in the consumption of legumes, in the adherence to physical activity, in the reduction of body mass index and abdominal circumference, and in the control of arterial pressure, after the health education groups.

Conclusion: The proposed health education was effective in incentivizing the adherence to non-pharmacological treatment in arterial hypertension, evidenced by the relevance of the adoption of these educational strategies for health professionals.

Autor correspondente

Thatiane Lopes Oliveira
Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia,
Montes Claros, MG, Brasil.
CEP: 39401-089
lopes.thatiane@hotmail.com

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Carlos, MG, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e responsável por altas taxas de morbidade.⁽¹⁾

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos.⁽¹⁾ Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco.^(1,2)

A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações.⁽¹⁾ No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade.⁽³⁾ As equipes da saúde da família possuem, em tese, os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida.⁽⁴⁾

O objetivo deste estudo foi verificar a eficácia de uma proposta de educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial em pacientes cadastrados em equipes de saúde da família.

Métodos

Estudo de intervenção, aleatório, não controlado, do tipo coorte prospectivo. A população foi composta por 261 hipertensos cadastrados nas unidades de saúde da família da área urbana do município de Januária, estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil, que possuíam idade superior a 18 anos. Foram excluídos do trabalho aqueles hipertensos que

se recusaram a participar das atividades educativas. As variáveis de desfecho utilizadas foram a atividade física, a dieta, o tabagismo, o alcoolismo e os dados sociodemográficos. O tamanho da amostra foi estimado para detectar uma diferença de pelo menos 30% no controle da hipertensão arterial após as atividades educativas, em relação a uma proporção estimada de 50% de pessoas com pressão arterial sob controle antes do início dos trabalhos. Assumiu-se um nível de confiança de 95% e um poder amostral de 80%.

Para fins de coleta de dados, foram realizadas visitas domiciliares antes das atividades de educação em saúde. A primeira visita foi executada com o fito de aplicação do questionário individual tipo adulto preconizado pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA,⁽⁵⁾ a fim de levantar informações sobre as variáveis de desfecho.

Após as visitas domiciliares, foi realizada a intervenção educacional. As atividades foram realizadas, por meio de exposição dialogada, material escrito específico, compartilhamento de experiência e avaliação, todas executadas em encontros regulares com duração de 60 minutos e com participação de 12 a 15 pessoas. O conteúdo programático foi: dieta (*Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH*),⁽⁶⁾ atividade física (Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ),⁽⁷⁾ circunferência abdominal (normal: até 88 cm – mulheres; 102 cm – homens),⁽⁸⁾ índice de massa corpórea (normal < 25, sobrepeso ≥ 25 e < 30, obeso ≥ 30),⁽⁹⁾ redução do consumo de álcool e tabaco. O nível aferido da pressão arterial foi classificado em ótimo/normal/limítrofe, hipertensão estágio um e dois e hipertensão estágio três/hipertensão arterial sistólica isolada.⁽¹⁾

As variáveis peso e pressão arterial foram avaliadas de forma padronizada antes e após cada atividade educativa. Três meses após a última atividade de educação em saúde, foi realizada visita domiciliar para a coleta dos dados, a fim de avaliar possíveis modificações ocorridas durante o processo da pesquisa.

Para a análise descritiva, foram elencadas as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Na análise das variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de *McNemar*, com a finalidade

de avaliar os dados pareados antes e após o processo de educação em saúde. A análise dos dados foi feita utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® 15.0 for Windows®*.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

As características dos participantes do estudo são observadas na tabela 1.

Tabela 1. Características da população pesquisada.

| Variáveis | n(%) |
|----------------------------------|------------|
| Gênero | |
| Feminino | 171(79,2) |
| Masculino | 45(20,8) |
| Faixa etária (em anos completos) | |
| Abaixo de 40 | 5(2,3) |
| 40 a 49 | 19(8,8) |
| 50 a 59 | 48(22,2) |
| 60 a 69 | 72(33,3) |
| 70 a 79 | 61(28,2) |
| 80 anos | 11(5,1) |
| Estado civil | |
| Solteiro | 19(8,8) |
| Casado | 138(63,9) |
| Divorciado/desquitado | 06(2,8) |
| Viúvo | 53(24,5) |
| Etnia/Cor da pele | |
| Amarelo | 08(3,7) |
| Branco | 13(6,02) |
| Pardo | 149(68,98) |
| Negro | 46(21,30) |
| Escolaridade | |
| Analfabeto | 68(31,5) |
| Ensino Fundamental I | 108(50,0) |
| Ensino Fundamental II | 30(13,9) |
| Ensino Médio | 10(4,6) |

Houve mudança estatisticamente significativa no consumo de legumes, aferida pelas proporções de uso adequado desse tipo de alimento antes e após

a intervenção educacional. Não foram registradas mudanças significativas em relação ao consumo de frutas e verduras (Tabela 2).

Em relação à prática de atividade física, observou-se uma melhora estatisticamente significativa (Tabela 2).

Na cessação do álcool e do tabagismo, não foram observadas mudanças positivas. Quanto aos dados antropométricos, registrou-se uma redução estatisticamente significativa tanto em relação à circunferência abdominal quanto em relação ao IMC (Tabela 2).

Tabela 2. Hábitos de vida

| Variáveis | Antes n(%) | Depois n(%) | p-value* |
|-----------------------------------|------------|-------------|----------|
| Consumo de frutas | | | NA** |
| Adequado | 0(0) | 03(1,4) | |
| Inadequado | 216(100) | 213(98,6) | |
| Consumo de verduras | | | NA** |
| Adequado | 1(0,5) | 0(0) | |
| Inadequado | 215(99,5) | 216(100) | |
| Consumo de legumes | | | 0,000 |
| Adequado | 186(86,1) | 208(96,3) | |
| Inadequado | 30(13,9) | 08(3,7) | |
| Prática de atividade física | | | 0,030 |
| Muito ativo/ativo | 105(48,6) | 102(47,2) | |
| Irregularmente ativo A/B | 67(31,0) | 87(40,3) | |
| Sedentário | 44(20,4) | 27(2,5) | |
| Uso de bebidas alcoólicas | | | 0,815 |
| Sim | 32(14,8) | 34(15,5) | |
| Não | 184(85,2) | 182(84,3) | |
| Tabagismo | | | 1,000 |
| Sim | 16(7,4) | 17(7,9) | |
| Não | 200(92,6) | 199(92,1) | |
| Circunferência abdominal | | | 0,000 |
| Dentro dos limites | 69(31,9) | 84(38,9) | |
| Acima dos limites | 147(68,1) | 132(61,1) | |
| Índice da massa corpórea | | | 0,018 |
| Normal | 64(29,6) | 67(31,0) | |
| Sobrepeso | 94(43,5) | 100(46,3) | |
| Obeso | 58(26,9) | 49(22,7) | |
| Pressão arterial | | | 0,004 |
| Ótimo, normal e limitrofe | 99(44,9) | 144(76,6) | |
| HAS estágio 1 e estágio 2 | 73(33,8) | 45(20,8) | |
| HAS estágio 3 e sistólica isolada | 44(20,4) | 27(12,5) | |

Legenda: (*) – Teste de Qui-quadrado de McNemar; (**) NA – não se aplica

Foi possível observar também, uma melhora nos níveis pressóricos. As médias de PA encontradas no início do estudo foram: PAS = 141,67 ± 23,94 mm/Hg e PAD = 81,94 ± 12,13 mm/Hg. Ao final do estudo, os valores observados foram respectivamente de 131,32 ± 21,63 mm/Hg e 81,76 ± 12,08 mm/Hg.

Discussão

Os grupos educativos se caracterizaram como uma ferramenta positiva no incentivo à adequação de alguns comportamentos e promoveram melhoria dos níveis pressóricos. Entretanto, os resultados do estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. São exemplos de limitações o curto período de acompanhamento e o fato de o mesmo não ter sido controlado. Seria importante uma reavaliação dos resultados com o passar do tempo, no intuito de certificar se as mudanças foram efetivamente inseridas na rotina do paciente. É precípua ressaltar que o estudo, por não ter sido controlado, não permitiu inferências mais evidentes.

A educação em saúde concebida a partir de um objetivo inicial, com planejamento adequado e metodologia sistematizada enseja a obtenção de bons resultados. Os resultados deste estudo evidenciam a importância dessa estratégia e a possibilidade dos profissionais de saúde a utilizarem de forma eficaz na promoção da saúde.

A predominância do sexo feminino já foi observada em outros estudos, assim como a prevalência da faixa etária de 60 a 79 anos.⁽¹⁰⁻¹²⁾ A baixa escolaridade observada pode prejudicar a mudança de comportamento ao dificultar o entendimento das orientações dadas, e, por isso, merece atenção especial dos profissionais.⁽¹³⁾

O *Dietary Approaches to Stop Hypertension* já teve seus benefícios verificados por outros autores.⁽¹⁴⁾ Entre os hábitos dietéticos discutidos, o consumo de legumes teve uma mudança estatisticamente significativa. Outros estudos obtiveram aumento significativo na ingestão de frutas e verduras, após realização de atividades educativas.⁽¹⁵⁾ A modificação do hábito alimentar não é uma tarefa simples,

pois se trata de um costume presente desde a infância, relacionado à origem étnica e à condição socioeconômica dos indivíduos.⁽¹⁶⁾

Em relação à prática de atividade física, houve uma melhora estatisticamente significativa no nível de atividades praticadas, vários indivíduos que eram sedentários começaram a praticar exercícios físicos. A prevalência da atividade física e o impacto da educação em saúde sobre o sedentarismo são variáveis, segundo a literatura.^(17,18) A realização de exercício físico talvez seja o comportamento mais fácil de aderir, já que até mesmo atividades praticadas durante os momentos de lazer estão associadas ao controle da pressão, porém verifica-se que essa prática não é uma realidade vivenciada por grande parte de hipertensos.^(19,20)

Não foram observadas alterações no consumo de álcool e tabaco. Resultados diferentes foram encontrados em Al Qassim, onde se observou uma redução de 7% do tabagismo entre participantes de um programa de educação em saúde.⁽¹⁷⁾ Outro estudo no México observou associação entre esses hábitos e o controle da pressão arterial, reforçando assim os benefícios de uma conduta adequada.⁽²¹⁾

Mudanças de hábitos em relação ao uso de fumo e álcool são resultados difíceis de serem alcançados a curto prazo, por isso, é essencial a continuidade de grupos que reforcem a importância desses comportamentos.

Pesquisas confirmam que quanto maior o excesso de peso, maiores são os níveis pressóricos.^(22,23) Neste estudo foi possível observar uma redução estatisticamente significativa nos valores do IMC.

Nos valores da circunferência abdominal, também foi obtida redução estatisticamente significativa. Estudo de orientação educacional, realizado com pacientes hipertensos, mostrou redução na circunferência abdominal, no índice de massa corpórea e, conseqüentemente, nos níveis pressóricos.⁽²⁴⁾ A manutenção dessas medidas e do peso corporal não é uma tarefa fácil; destarte, é necessária a conservação de hábitos saudáveis, como a adoção de uma dieta adequada e a prática regular de atividade física.⁽²⁵⁾

Em consonância com as mudanças de alguns hábitos de vida, foi observada uma redução estatisticamente significativa nos valores das pressões arte-

riais, ratificando que o estilo de vida dos pacientes portadores de hipertensão arterial está relacionado com o controle de tal condição.

Novos estudos sobre o tema são desejáveis, no sentido de identificar as melhores medidas de intervenção, a fim de que se alcance um maior comprometimento dos pacientes e se obtenham resultados mais eficazes nas ações de promoção da saúde.

Conclusão

A educação em saúde proposta foi eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. À Secretaria Municipal de Saúde do município de Januária.

Colaborações

Oliveira TL participou da concepção do projeto, análise, interpretação, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. Miranda LP colaborou com a concepção do projeto, análise e interpretação, redação do artigo e aprovação final. Fernandes PS participou da análise, interpretação e redação do artigo. Caldeira AP participou da concepção do projeto, análise, interpretação, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. [VI Brazilian Guidelines on Hypertension]. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 Suppl):1-51. Portuguese.
2. Santos ZM, Lima HP. Educational health technology in arterial hypertension prevention in workers: lifestyle change analysis. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17 (1): 90-7. Portuguese.
3. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). *Med Clin North Am*. 2009; 93(3):753-69.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2011 Out 24 [citado 2012 Jan 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. [Household survey on risk behaviors and morbidity of noncommunicable diseases and injuries]. 2003 [cited 2010 Abr 4]. Available from: http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/fasell_tipoadulto.pdf. Portuguese.
6. United States. Department of health and Human Services. Your guide to lowering your blood pressure with DASH. DASH eating plan. Lower your blood pressure [Internet] [cited 2010 Apr 4]. (NIH Publication, n. 06-4082). Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf
7. Martins LC, Guedes NG, Teixeira IX, Lopes MV, Araujo TL. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(4). Portuguese.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84 Supl 1:1-28.
9. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade [Internet]. 3ª.ed. Itapevi (SP): AC Farmacêutica; 2009 [citado 2011 Out 5]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
10. Lima HP, Santos ZM, Nascimento JC, Caetano JA. Hypertensive user's adherence to treatment and the interface with knowledge about the disease. *Rev RENE*. 2010;11(2):170-8. Portuguese.
11. Mano GM, Pierin AM. Evaluation from the hypertensive patients followed in the Family Health Program at Health School Center. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(3):269-75. Portuguese.
12. Nobre F, Ribeiro AB, Mion Júnior D. Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil - Controlar Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(5):623-30.
13. Cotta RM, Batista KC, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FA, et al. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeira, Minas Gerais state. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1251-60. Portuguese.
14. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. *Hypertension*. 2006;47:296-308.
15. Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS Jr, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension*. 2009; 54(6):1226-33.
16. Gimeno SG, Mondini L, Moraes SA, Freitas IC. Dietary patterns and correlates in adults living in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: the OBEDIARP Project. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(3):533-45. Portuguese.
17. Sharaf F. Impact of health education on compliance among patients of chronic diseases in Al Qassim, Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2010;4(2):139-48.

18. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Physical activity in young adults and the elderly in areas covered by primary health care units in municipalities in the South and Northeast of Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):39-54. Portuguese.
19. Pitanga FJ, Lessa I. Relationship between leisure-time physical activity and blood pressure in adults. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(4): 480-4. Portuguese.
20. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AM. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(5):658-64.
21. Reza CG, Nogueira MS. The life style of the hypertensive patient of a program of aerobic exercise: study in the Toluca City, Mexico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):265-70. Portuguese.
22. Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Chor D, Lopes CS. Association between abdominal circumference and hypertension among women: the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1187-1191. Portuguese.
23. Wenzel D, Souza JM, Souza SB. Prevalence of arterial hypertension in young military personnel and associated factors. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):789-95.
24. Staten LK, Cutshaw CA, Davidson C, Reinschmidt K, Stewart R, Roe DJ. Effectiveness of the pasos adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Prev Chronic Dis*. 2012; 9:1-9.
25. Martín CR, Sánchez CC, Ortiz LG, Rodríguez JI, Sánchez YC, Marcos MA. Efficacy of an educational intervention group on changes in lifestyles in hypertensive patients in primary care: a randomized clinical trial. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 441-52. Spanish.