

Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas*

Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive

Influencia del conocimiento sobre el estilo de vida saludable en el control de personas hipertensas

Talita de Souza Serafim¹, Elaine dos Santos Jesus², Angela Maria Geraldo Pierin³

RESUMO

Objetivos: Caracterizar hábitos de vida e conhecimentos sobre eles associando variáveis estudadas com o controle da hipertensão arterial em pessoas atendidas em ambulatório. **Métodos:** Estudo descritivo utilizando entrevistas e mensuração da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal de 511 pessoas hipertensas em controle ambulatorial. **Resultados:** Encontrou-se o Índice de Massa Corporal no limite superior da faixa de sobrepeso ($29,04 \pm 4,35 \text{ kg/m}^2$); 32,9% dos homens e 74,1% das mulheres tinham cintura maior que 102 cm e 88 cm, respectivamente; a pressão arterial era maior que o limite caracterizador da hipertensão arterial ($151,3 \pm 20,5 / 91,8 \pm 15,5 \text{ mmHg}$); 44% referiram tabagismo ou ex-tabagismo; 59% não praticavam atividade física regular; e 24% referiram ingestão ou interrupção de bebida alcoólica e, nestes, a quantidade de etanol/dia foi excessiva ($71,4 \pm 83,2 \text{ g}$). Apenas 22% dos hipertensos estavam controlados e, os que conheciam que o tratamento inclui a redução de peso estavam mais controlados ($p < 0,05$, 24% vs 9%). **Conclusão:** O conhecimento sobre o estilo de vida pode influenciar o controle de pessoas hipertensas.

Descritores: Hipertensão arterial/terapia; Obesidade; Estilo de vida

ABSTRACT

Objective: Characterize lifestyle parameters and learn about them, associating the variables with the control of hypertension in people attending outpatient unit. **Method:** Is a descriptive study using interviews and measuring: blood pressure, weight, height and waist circumference, of 511 people with hypertension, being controlled in an outpatient unit. **Results:** The Body Mass Index was at the upper limit of overweight ($29.04 \pm 4.35 \text{ kg/m}^2$); 32.9% of men and 74.1% of women had waist over 102 cm and 88 cm, respectively; arterial pressure was greater than the limit that characterizes hypertension ($151.3 \pm 20.5 / 91.8 \pm 15.5 \text{ mmHg}$); 44% reported smoking or former smoking; 59% did not practice regularly physical activity, and 24% reported intake of alcohol or interruption - in these respondents the daily amount of ethanol was excessive ($71.4 \pm 83.2 \text{ g}$). Only 22% of hypertensive were controlled and those who knew that the treatment includes weight reduction were more controlled ($p < 0.05$, 24% vs. 9%). **Conclusion:** The knowledge about lifestyle can influence the control of hypertensive individuals

Keywords: Hypertension/therapy; Obesity; Life style

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar hábitos de vida e conocimientos sobre los mismos, asociando las variables estudiadas con el control de la hipertensión arterial, en personas atendidas en ambulatorio. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo utilizando entrevistas y midiendo: presión arterial, peso, altura y circunferencia abdominal, de 511 personas hipertensas, controladas en un ambulatorio. **Resultados:** El Índice de Masa Corporal se encontraba en el límite superior del intervalo de sobrepeso ($29,04 \pm 4,35 \text{ kg/m}^2$); 32,9% de los hombres y 74,1% de las mujeres tenían cintura mayor que 102 cm y 88 cm, respectivamente; la presión arterial era mayor que el límite que caracteriza la hipertensión arterial ($151,3 \pm 20,5 / 91,8 \pm 15,5 \text{ mmHg}$); 44% refirieron tabaquismo o ex-tabaquismo; 59% no practicaban actividades físicas regularmente; y 24% refirieron ingestión o interrupción de bebida alcohólica y, entre estos, la cantidad de etanol diaria fue excesiva ($71,4 \pm 83,2 \text{ g}$). Apenas 22% de los hipertensos estaban controlados y, los que conocían que el tratamiento incluye en la reducción de peso estaban más controlados ($p < 0,05$, 24% vs 9%). **Conclusión:** El conocimiento sobre el estilo de vida puede influenciar el control de personas hipertensas.

Descritores: Hipertensión arterial/terapia; Obesidad; Estilo de vida

* Trabalho realizado na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, - USP - São Paulo (SP), Brasil; bolsista de Iniciação Científica CNPq.

² Enfermeira, formada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, - USP - São Paulo (SP), Brasil.

³ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, - USP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e o conjunto das doenças provoca o maior gasto em assistência à saúde. Nesse contexto, a hipertensão arterial é reconhecida, como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares. Em 2006, ocorreram no Brasil 302.682 óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 29,4% do total de óbitos⁽¹⁾. Além disso, a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com índices que oscilam de 22% a 44%⁽²⁾.

Vários são os fatores de risco que contribuem para a hipertensão arterial e, dentre eles destaca-se a obesidade, ingestão de bebida alcoólica, inatividade física e tabagismo. O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial⁽³⁾; e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Estudos vêm mostrando que os aumentos de peso e da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial. A obesidade central também é um importante indicador de risco cardiovascular aumentado⁽⁴⁾ e a perda de peso acarreta redução da pressão arterial⁽⁵⁾. O consumo elevado de bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial e essa magnitude está associada à quantidade de etanol e frequência de ingestão⁽⁶⁾. Deve-se limitar o consumo de bebida alcoólica a no máximo 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso. O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial e pessoas sedentárias apresentam risco aproximado 30% maior para desenvolver hipertensão que os ativos. O tabagismo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares⁽⁷⁾. Evitar esse hábito é um dos maiores desafios em razão da dependência química causada pela nicotina.

Questiona-se, se as pessoas hipertensas estão devidamente alertadas sobre a influência de hábitos e estilos de vida inadequados na gênese e tratamento da hipertensão arterial. Evitar ou eliminar hábitos e estilos de vida inadequados são medidas imprescindíveis do tratamento não medicamentoso, e o primeiro passo é identificar conhecimentos que possuem sobre o assunto. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental no sentido de caracterizar hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para obtenção de dados reais e concretos para o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada, visando ao controle efetivo da doença.

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos: caracterizar

hábitos de vida, como: tabagismo, etilismo, atividade física e presença de obesidade; identificar conhecimentos sobre esses hábitos de vida e associar as variáveis estudadas com o controle da hipertensão arterial em pessoas hipertensas em seguimento ambulatorial.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quantitativa. Fez parte como subprojeto de um estudo realizado em uma Liga de Hipertensão Arterial de um hospital de ensino governamental da cidade de São Paulo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Os dados foram coletados no período de 2006 a 2008 por alunas de graduação com bolsa de iniciação científica, por meio de entrevista em uma amostra de conveniência de 511 pacientes, durante consulta ao ambulatório do serviço, após anuência dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um formulário próprio com dados de identificação e avaliação de hábitos, como tabagismo, etilismo e atividade física. Na avaliação do tabagismo e do etilismo, foram considerados sua presença ou se o paciente era ex - tabagista/etilista, nessas condições foram questionadas a frequência e a quantidade de cigarros e bebida alcoólica ao dia. Em relação à atividade física, considerou-se tipo e frequência. A medida da pressão arterial foi realizada com aparelho automático validado, tipo oscilométrico, com o paciente sentado e com uso de manguito de tamanho adequado. O peso (em kilogramas) e a altura (em metros) foram determinados por meio de uma balança antropométrica mecânica, de 150 kg e precisão de 0,5 kg que foi previamente aferida por representante do Inmetro. Para a determinação do peso, foi solicitado ao paciente para permanecer com roupas leves, descalço, de costa para o mostrador da balança e com o olhar fixo ao horizonte. Após a aferição do peso, foi verificada a altura com régua metálica (graduada a cada 0,5 cm) da balança antropométrica para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), cuja fórmula é a razão entre o peso em kilogramas e o quadrado da altura em metros ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Na determinação da circunferência abdominal foi solicitado ao paciente que ficasse em pé, respirando normalmente e levantasse suas vestes situadas na região do abdômen, localizando-se a circunferência abdome no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, com uso de fita métrica de 1,50 m graduada a cada 0,5 cm, não distensível, porém, flexível.

As variáveis classificatórias são apresentadas descritivamente em tabelas, contendo frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas são apresentadas em tabelas, contendo média e desvio-padrão. O nível de significância adotado foi de 0,05. Os dados foram processados no sistema SPSS.

RESULTADOS

Tabela 1 -- Características biossociais, antropométricas e pressão arterial das pessoas hipertensas, atendidas em uma Liga de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006/2008.

Variáveis	Respostas	
	n.º	%
Sexo		
Feminino	347	67,9
Masculino	164	32,1
Cor /etnia		
Branca	288	56,4
Não Branca	223	43,6
Estado Civil		
Com companheiro (a)	342	66,9
Sem companheiro (a)	169	33,1
Escolaridade		
Analfabeto/ Lê e escreve	109	21,3
Ensino fundamental	296	57,9
Ensino médio	80	15,7
Superior	26	5,1
Ocupação		
Do lar/ serviços domésticos	221	43,2
Aposentado	101	19,8
Serviços gerais e burocráticos	68	13,3
Funções específicas	39	7,6
Autônomo	24	4,7
Serviços obras/manutenção	22	4,4
Outros*	36	7,0
Renda familiar (Salário mínimo)		
< 5	286	56,0
5 -10	123	24,0
10 -20	92	18,0
> 20	10	2,0
Tempo de hipertensão (anos)		
< 1	37	7,2
1 a 5	121	23,7
> 5	336	65,8
Não sabe	17	3,3
Mede a pressão regularmente	248	48,5
	Média ± Desvio padrão	
Idade (anos)	53,0 ± 11,0	
Índice Massa Corporal (IMC) (kg/m ²)	29,04 ± 4,35	
Cintura (cm)	97,7 ± 12,2	
Pressão arterial (mmHg)	151,3 ± 20,5/91,8 ± 15,5	

Foram estudadas 511 pessoas hipertensas, com predomínio do sexo feminino, brancos, casados, baixa escolaridade, pessoas que exerciam atividades do lar, serviços domésticos e aposentados. Pouco mais da metade, possuía renda, de até cinco salários mínimos, sem o hábito de medir a pressão, e os que mediam, faziam-no em serviços de saúde, em casa ou na farmácia. Em relação ao diagnóstico da doença, a maioria (65,8%) tinha mais de 5 anos de hipertensão. A média de idade dos entrevistados manteve-se na quinta década (53,0 ± 11,0 anos), o Índice de Massa Corporal encontrou-se no limite superior da faixa de sobrepeso (29,04 ± 4,35 kg/m²); e em relação à medida da cintura (97,7 ± 12,2 cm), observou-se que 32,9% dos homens tinham cintura maior que 102 cm e 74,1% das mulheres maior que 88 cm, que

são os limites máximos tolerados. Em relação aos níveis tensionais, houve predomínio de pressão arterial acima dos limites que caracterizam a hipertensão arterial, 140/90 mmHg, (151,3 ± 20,5/91,8 ± 15,5 mmHg) (Tabela 1).

Tabela 2 – Hábito de tabagismo e etilismo de pessoas hipertensas atendidas em uma Liga de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006/2008.

Variáveis	Respostas	
	n.º	%
Tabagismo		
Não	287	56,2
Parou	156	30,5
Sim	68	13,3
Tipo com filtro	67	98,5
Sem filtro	1	1,5
Quantidade por dia		
Até 5 cigarros	29	42,6
De 6 a 10 cigarros	17	25,0
De 11 a 20 cigarros	22	32,4
	Média ± Desvio-padrão	
Quantidade de cigarros	14,8 ± 14,4	
Tempo de tabagismo (meses)	220,9 ± 150,7	
Há quanto tempo parou (meses)	160,5 ± 140,7	
Etilismo		
Nunca	390	76,2
Interrompeu	77	15,2
Sim	44	8,6
Ingestão de vinho		
Sim	20	16,0
Quantidade de vinho (copo)		
110ml/1 copo	13	65,0
220ml/2 copos	3	15,0
330ml/2 copos e meio	2	10,0
>440ml/3 copos	2	10,0
Quantidade de etanol (g/dia, Média ± Desvio-Padrão,)	16,6 ± 11,5	
Ingestão de aguardente		
Sim	67	72
Quantidade de aguardente (dose=50ml)		
1 a 2	35	52,3
3 a 4	10	14,9
5 a 6	6	8,9
≥ 7	16	23,9
Quantidade de etanol (g/dia, Média ± Desvio-Padrão)	57,3 ± 89,4	
Ingestão de cerveja		
Sim	80	84,2
Quantidade de cerveja (copo=250 ml)		
≤ 1	8	10,0
2 a 4	44	55,0
5 a 8	19	23,7
≥ 9	9	11,3
Quantidade de etanol (g/dia, Média ± Desvio-Padrão)	51,5 ± 56,1	
Quantidade total de etanol ingerida (g/dia, Média ± Desvio-Padrão)	71,4 ± 83,1	

Os dados da Tabela 2 mostram que, pouco menos da metade, referiu ser tabagista ou ex-tabagista. Quase a totalidade dos pacientes que referiu ser tabagista, utilizava

cigarro com filtro (98,5%) e a maior parte fumava até cinco cigarros por dia (42,6%), seguido de até um maço (32,4%) por dia e até dez cigarros (25,0%). A média de cigarros referida foi de, aproximadamente, 15, e o tempo que parou de fumar foi de quase 13 anos.

A maioria da amostra estudada referiu nunca ter ingerido bebida alcoólica (76,2%). Dos que bebiam ou já o fizeram, o vinho foi a bebida menos citada (16,0%); e a aguardente e a cerveja apresentaram elevados percentuais de ingestão (72% e 84,2%, respectivamente). Dos que indicaram o vinho, a maioria referiu ingerir até uma taça ao dia, equivalente a 110 ml. Entre as pessoas que citaram ter o hábito de tomar aguardente, apesar de cerca da metade indicar uma a duas doses, em cerca de um quarto (23,9%) a quantidade foi superior ou igual a sete doses. Cada dose equivale a 50 ml da bebida destilada. O consumo de cerveja foi o mais frequente (84,2%) e pouco mais da metade (55%) bebia de dois a quatro copos ao dia. Cada copo de cerveja equivale a 250 ml. A média de etanol consumida ao dia em relação ao vinho foi a menor ($16,6 \pm 11,54$ g), e que as de aguardente e cerveja foram mais elevadas e bastante próximas ($57,3 \pm 89,4$ e $51,5 \pm 561$ g respectivamente). Considerando o total de etanol ingerido nos que apontaram ingestão atual de bebida alcoólica, a média foi elevada ($71,4 \pm 83,1$ g).

Tabela 3 – Prática de atividade física de pessoas hipertensas atendidas em uma Liga de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006/2008.

Variáveis	Respostas	
	n.º	%
Prática de atividade física		
Não	300	58,9
Interrompeu	94	18,5
Sim	115	22,6
Tipos de atividades		
Futebol	81	70,4
Ginástica/ginástica aeróbica	53	46,1
Hidroginástica	23	20,0
Corrida/atletismo	20	17,4
Basquete/beisebol	12	10,4
Natação	9	7,8
Caminhada/Cooper	6	5,2
Bicicleta/ciclismo	1	0,9
Frequência (vezes por semana)		
1 a 2	56	48,8
3 a 4	29	25,6
5 a 6	12	10,6
Todo dia	17	15,0

Verificou-se que pouco mais da metade (58,9%) dos entrevistados, não praticava atividade física regular, menos de um quarto (22,6%) fazia atualmente e 18,5% interromperam. Dos que praticavam atividade física, o futebol foi o mais citado, seguida pela ginástica. A frequência da realização das atividades foi pouco menos da metade para uma a duas vezes por semana (Tabela 3).

Tabela 4 – Conhecimento das pessoas hipertensas, atendidas em uma Liga de Hipertensão Arterial, sobre medidas não medicamentosas do tratamento anti-hipertensivo. São Paulo, 2006/2008.

Sabe que o tratamento da pressão alta inclui	n	%	Controlado		Não Controlado	
			n.º	%	n.º	%
Parar de fumar?						
Sim	437	85,5	96	22	341	78
Não	74	14,5	16	21,6	58	78,4
Reduzir peso? *						
Sim	456	89,2	109	24	347	76
Não	55	10,8	5	9	50	91
Praticar exercícios?						
Sim	455	89,0	100	22	355	78
Não	56	11,0	12	26,1	34	73,9
Reduzir ingestão de bebida alcoólica?						
Sim	473	92,6	110	23,3	363	76,7
Não	38	7,4	4	10,5	34	89,5

* $p < 0,05$

Foi elevado o conhecimento das pessoas pesquisadas sobre as medidas não medicamentosas do tratamento que incluem hábitos e estilos de vida, no que se refere à cessação do fumo (85,5%) redução do peso (89,2%), prática regular de atividade física (89,0%), e redução da ingestão de bebida alcoólica (92,6%). Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre controle e conhecimento sobre o tratamento para hipertensão em relação à redução do peso corporal, pois os que estavam com a pressão arterial não controlada ($\geq 140/90$ mmHg) tinham menos conhecimento de que o tratamento inclui reduzir peso (Tabela 4). Ressalta-se que esta foi a única variável estudada que se associou ao controle da hipertensão arterial. As demais variáveis relacionadas ao conhecimento sobre a influência na hipertensão arterial de hábitos e estilos de vida inadequados, bem como a sua presença não se relacionaram ao controle da doença ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

A hipertensão arterial caracteriza-se como uma doença multifatorial, com diferentes fatores, interferindo em sua gravidade. A abordagem do tratamento, além dos medicamentos anti-hipertensivos, deve incluir as formas não medicamentosas, o que muitas vezes requer a mudança em hábitos e estilos de vida. Dessa forma, a não adoção dessas mudanças contribui para o pouco controle da doença e caracteriza-se, como um desafio para os profissionais de saúde que atuam na assistência às pessoas hipertensas.

A avaliação antropométrica incluindo o índice de massa corpórea e a circunferência abdominal contribuem para identificar alterações e avaliação para se desenvolver uma doença cardiovascular. Vêm se verificado que os valores elevados de circunferência abdominal e do índice de massa corporal associam-se com hipertensão arterial⁽⁸⁾. No presente estudo, identificou-se que a maioria das pessoas estudadas

apresentou índice de massa corporal no limite superior da faixa de sobrepeso e medida da circunferência abdominal alterada, cerca de 2,3 vezes mais nas mulheres do que nos homens. Mulheres que apresentaram valores elevados de circunferência abdominal têm tendência para desenvolver hipertensão arterial 2,5 vezes mais do que naquelas normais. Em relação ao peso, a hipertensão arterial é seis vezes maior em pessoas obesas do que em pessoas não obesas. Para cada aumento de 10% na gordura corporal, há elevação da pressão arterial sistólica de, aproximadamente, 6 mmHg e na diastólica de 4 mmHg. No Brasil, a obesidade aumentou de 2% na década de 1970 para 7% na década de 1990 entre os homens, e de 7% para 12% entre as mulheres⁽⁹⁾ e, atualmente, considera-se que o excesso de peso está presente em quase um terço da população⁽¹⁾.

Outro importante ponto a ser considerado é o excesso de gordura localizada na região abdominal. O tipo andróide apresenta-se pelo acúmulo de tecido adiposo na região abdominal especialmente nos depósitos viscerais internos que se relacionam com o aumento da lipólise dos tecidos em resposta à estimulação da catecolamina, elevando o risco para o Diabetes *mellitus*, hiperlipidemia, hipertensão arterial e aterosclerose. Já a obesidade genóide; apresenta o acúmulo de gordura periférica ao nível dos quadris. Os lipídios acumulados nesta região são menos responsivos à ação da catecolamina⁽¹⁰⁾. A obesidade abdominal está associada a um padrão característico de comorbidades, incluindo Diabetes *mellitus* tipo 2 e doença cardiovascular⁽¹¹⁾.

Destaca-se, ainda, que outro aspecto importante a ser considerado na adoção de um estilo de vida saudável é a abstinência ao fumo e redução de ingestão de bebidas alcoólicas. Segundo o relatório da Organização Panamericana de Saúde do ano de 2002, o consumo do tabaco é a principal causa de morte evitável nas Américas e no mundo, no Brasil, a prevalência do tabagismo apontada nessa data era de 19%⁽¹²⁾, valores pouco mais elevados do que aqueles encontrados no presente estudo.

A hipertensão arterial e o tabagismo constituem fatores de risco isolados para doenças cardiovasculares, ou seja, sem relação causa-efeito. Nos últimos anos, tal associação tem sido direcionada para a dificuldade de obtenção de níveis adequados e estáveis de pressão arterial em pessoas hipertensas tabagistas, independente do risco real para eventos cardiovasculares que as duas condições predis põem, já que o tabagismo destaca-se, como causa de dificuldade no controle da pressão na vigência de tratamento adequado com condições ideais.

O estudo *Framingham* foi um dos primeiros a demonstrar a associação entre fumo e acidente vascular encefálico, número de cigarros fumados e o efeito de parar de fumar. Fumantes de mais de 40 cigarros/dia apresentaram risco relativo duas vezes maior que fumantes de menos que dez cigarros/dia. Parar de fumar reduziu

o risco de forma significativa já, após dois anos, atingindo o patamar de não fumantes em cinco anos⁽¹³⁾. A adoção de medidas que estimulem a abstinência ao fumo, devem ser adotadas em todos os níveis, seja na esfera governamental, bem como individual visando a diminuir o impacto do tabaco sobre as doenças cardiovasculares.

No presente estudo, a ingestão de bebida alcoólica não foi predominante, pois apenas 8,6% referiram uso atual de bebida alcoólica, e 15,1% haviam interrompido. Evidências epidemiológicas indicam associação positiva entre ingestão de bebidas alcoólicas e elevação da pressão arterial, aumento no risco de acidente vascular, causada atenuação do efeito dos medicamentos anti-hipertensivos e aumento da resistência à insulina⁽¹⁴⁾. Mas estudo realizado com mulheres no Sul do Brasil demonstrou que idosos abstêmios ou que faziam uso de bebida alcoólica no máximo uma vez por semana, apresentaram chance bruta superior de estarem hipertensos do que os que bebiam com maior frequência⁽¹⁵⁾.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽²⁾, o consumo de álcool deve se limitar a 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres. Segundo este parâmetro, apenas a ingestão de vinho esteve dentro do aceitável ($16,6 \pm 11,5$), e os valores de etanol correspondentes à ingestão de aguardente e cerveja foram quase mais do que o dobro do tolerado. Ressalta-se, ainda, nos que faziam uso atual de bebida alcoólica, a quantidade de etanol ultrapassou muito o limite do tolerado.

Apesar de evidências de inúmeros benefícios relacionados à atividade física contínua e regular, ainda se observa uma elevada prevalência de sedentarismo. Estudo realizado em nosso meio na região Centro-Oeste investigou 2.912 pessoas e foi encontrada uma prevalência de 35,5% de hipertensão arterial e 61,9% eram sedentários⁽¹⁶⁾, valores ligeiramente mais elevados do que os encontrados no presente estudo. A prática de atividade física é recomendada para todas as pessoas hipertensas, tanto às que fazem uso de medicação anti-hipertensiva como para as que não realizam tratamento medicamentoso, pois reduz a pressão arterial em 6,9 mmHg para a sistólica e 4,9 mmHg para a diastólica⁽²⁾.

Quanto ao conhecimento dos entrevistados sobre formas não medicamentosas de tratamento da hipertensão arterial, o presente estudo evidenciou índices elevados, pois mais que 80% sabiam da influência benéfica sobre a hipertensão, da cessação de fumo, redução do peso, prática de exercícios físicos e redução de ingestão de bebida alcoólica. Por outro lado, tem se considerado que o conhecimento é o primeiro passo para a observância do tratamento, porém não é suficiente para a obtenção do controle da doença. Investigação realizada em nosso meio mostrou que não houve associação entre o controle da hipertensão e o conhecimento sobre a doença e tratamento⁽¹⁷⁾. O presente estudo mostrou que

apenas 22% das pessoas hipertensas estavam com a pressão arterial controlada (<140/90 mmHg), dado bem próximo ao de outro estudo realizado em unidade básica de saúde da cidade de São Paulo publicado em 2005⁽¹⁸⁾, porém, cerca da metade de estudo recém publicado⁽¹⁹⁾. Destaca-se que os que tinham conhecimento de que o tratamento inclui a redução de peso estavam mais controlados (24% vs 9%, $p < 0,05$).

Vários são os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento e conseqüentemente, o controle da hipertensão⁽¹⁹⁾. Dentre eles, ressaltam-se as variáveis biossociais, como sexo, idade, cor/etnia, estado civil, escolaridade e nível sócioeconômico. Também merecem destaque as crenças de saúde e hábitos de vida. Em relação à doença, salienta-se o conhecimento, cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias⁽²⁰⁾. Custo, efeitos indesejáveis das drogas, esquemas complexos e piora da qualidade de vida são aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Face aos dados do presente estudo, o principal destaque relaciona-se às medidas antropométricas, caracterizadas pela elevação da massa corporal e circunferência abdominal. A tendência de aumento do índice de massa corporal médio das populações é um fenômeno disseminado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A obesidade é o sexto fator mais importante para a carga global de doenças, afetando cerca de 1,1 bilhão de adultos e 10% das crianças do planeta⁽¹⁾. Os vetores que impulsionam a expansão da obesidade, são complexos. Considera-se que, nos países em desenvolvimento, a obesidade é uma pandemia ligada a ambientes urbanos, com adoção de estilos de vida pouco saudáveis com a ingestão de alimentos altamente processados e mudanças que reduzem o padrão do gasto energético das populações, levando ao sedentarismo. Nesse contexto, é importante observar que nesses países, a obesidade tende a ser um forte fator que propicia ainda mais os processos de desigualdade em saúde. A atuação dos membros da equipe de saúde, com destaque para a ação do enfermeiro, deve incluir metas para a modificação desse panorama.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 416 p.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2006;82(Supl 4):7-22.
3. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva: World Health Organization; 1997.
4. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimaraes A, Lerário D, Ferreira SRG, Zanella MT. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2003;49(3):306-11.
5. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2003;42(5):878-84.
6. Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinero E, et al. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. *Hypertension*.

CONCLUSÃO

Embora a maioria dos hipertensos participantes do estudo não tenha referido o atual hábito ou anterior de tabagismo e etilismo, foi expressivo o contingente de pessoas que não praticava exercícios físicos, que aliado aos elevados índices de massa corporal tornam-se determinantes que comprometem ainda mais a situação das pessoas com hipertensão arterial. Estimular a prática regular da atividade física e a adoção de um padrão alimentar adequado influenciam beneficemente o tratamento anti-hipertensivo e conseqüente controle dos níveis da pressão arterial. O presente estudo evidenciou que o conhecimento, no caso relativo à perda de peso corporal, foi um fator determinante para o controle da pressão arterial. Mas, enfatiza-se que só o conhecimento sobre a necessidade de mudanças de estilos de vida, por si só não implica mudança de comportamento. Apesar das pessoas hipertensas indicarem conhecer aspectos importantes sobre tratamento não medicamentoso, não realizaram, em seus hábitos de vida, mudanças suficientes para alcançar o controle da pressão arterial. Salienta-se que o conhecimento é racional, e a almejada mudança é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas de ordem prática e logística.

Conhecer o estilo de vida das pessoas hipertensas, saber suas rotinas e hábitos são de extrema importância para prestar uma assistência individualizada e propor uma intervenção em saúde, levando em consideração as necessidades e as peculiaridades dessa população específica. Adesão ao tratamento é um processo complexo e um desafio ao paciente e profissionais, e a importância da atuação eficaz de uma equipe multidisciplinar de saúde é inegável. Estratégias de intervenção constantes devem ser desenvolvidas, incentivando as pessoas a mudanças no estilo de vida e tratamento adequado. Nesse aspecto, o papel do enfermeiro é essencial, pois o cuidado é considerado um princípio norteador da profissão, além de representar uma atitude de preocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro.

- 2004;44(6):813-9.
7. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004;30(Supl 2):S1-76.
 8. Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Chor D; Lopes CS. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2008;24(5):1187-91.
 9. Lotufo PA. Increasing obesity in Brasil: predicting a new peak of cardiovascular mortality. *São Paulo Med J*. 2000;118(6):161-2.
 10. Wajchenberg BL. Subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to the metabolic syndrome. *Endocr Rev*. 2000;21(6):697-738.
 11. Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2007;41(5):788-96.
 12. Organización Panamericana de La Salud (OMS). *La salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de la Salud; 2002.
 13. Mion Júnior D, Nobre F. *Risco cardiovascular global*. São Paulo: Lemos; 1999.
 14. Freiberg MS, Cabral HJ, Heeren TC, Vasan RS, Curtis Ellison R; Third National Health and Nutrition Examination Survey. Alcohol consumption and the prevalence of the Metabolic Syndrome in the US. : a cross-sectional analysis of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care*. 2004;27(12):2954-9.
 15. 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 = Rep Public Health*. 2007;23(8):1857-66.
 16. Souza WKS. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. *Rev Bras Hipertens*. 2004;11(2):115-6.
 17. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(4):349-54.
 18. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):269-75.
 19. Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004.
 20. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):59-65.