

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE HIPERTENSO: IMPACTO DAS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO RISCO CARDÍACO.

Rilva Lopes de Souza-Muñoz^{1}, Marianne Silveira Mendonça², Flavia Rodrigues Bastos², Gilson Mauro Fernandes Filho³, Eduardo Jorge Lemos Neves Filho³.*

1. Médica. Docente de Medicina Interna. Departamento de Medicina Interna. Centro de Ciências Médicas. Universidade Federal da Paraíba (CCM-UFPB). *Correspondência: CCM-UFPB. Jardim Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa - PB, 58051-900. Email: rilvalopes@hotmail.com

2. Acadêmicas de Medicina. CCM-UFPB.

3. Médicos pelo CCM-UFPB.

RESUMO

Objetivos: Verificar se a orientação sobre as medidas não medicamentosas de controle da pressão arterial para pacientes ambulatoriais é capaz de reduzir o risco cardíaco global de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. **Materiais e métodos:** Estudo experimental cuja intervenção foi o provimento de orientação acerca das medidas não medicamentosas de controle da pressão arterial a pacientes hipertensos nos ambulatórios de Cardiologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley. A amostra foi de 33 pacientes, sendo 17 no grupo experimental e 16 no grupo controle. Os grupos foram comparados com base no Escore de Framingham, pelo risco adicional atribuído à pressão arterial e medidas antropométricas, além do cumprimento das medidas de orientação ministradas. **Resultados:** Escore de Framingham, Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica apresentaram redução significativa em seus valores em ambos os grupos, no entanto, a redução dos percentuais não foi significativa. Em relação ao número de medidas seguidas pelos pacientes e o número de orientações recebidas, houve aumento percentual nos dois grupos para ambas as variáveis, porém, não se verificou diferença significativa para a redução percentual entre os grupos. Houve redução significativa de medidas antropométricas no grupo experimental, superior à do grupo controle, no peso ($p=0,003$), índice de massa corpórea ($p=0,03$) e circunferência abdominal ($p=0,0005$). **Conclusões:** Houve redução significativa dos níveis pressóricos, score de Framingham e risco adicional de ambos os grupos. O grupo experimental se beneficiou significativamente em relação ao controle apenas em variáveis antropométricas. Não foi possível demonstrar que a orientação ao paciente hipertenso acerca de tais medidas foi capaz de reduzir seu risco cardíaco.

Palavras-Chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Estudos de Intervenção.

GUIDANCE TO THE HYPERTENSIVE PATIENT: IMPACT OF NON-PHARMACOLOGICAL ACTIONS IN CARDIAC RISK

ABSTRACT

Objectives: Check if the guidance of non-pharmacological actions of blood pressure control for ambulatory patients are able to reduce overall cardiac risk in patients with hypertension. **Methods:** Experimental study whose intervention was the guidance on non-pharmacological measures of blood pressure control in hypertensive patients in cardiology ambulatories of the Hospital Universitário Lauro Wanderley. The sample consisted of 33 patients, 17 in the experimental group and 16 in the control group. The

groups were compared based on the Framingham score, by the additional risk attributed to blood pressure and anthropometric measurements, and the accomplishment of the guidance measures. **Results:** Framingham score, systolic arterial pressure and diastolic arterial pressure showed significant reduction in their values in both groups, however, the percentage reduction was not significant. Regarding to the number of steps followed by the patients and the number of instructions received, there was a percentage increase in both groups for both variables, however, there was no significant difference in the percentage reduction between the groups. There was a significant reduction of anthropometric measurements in the experimental group in comparison to the control group, the weight ($p = 0.003$), body mass index ($p = 0.03$) and abdominal circumference ($p = 0.0005$). **Conclusions:** There was a significant reduction in blood pressure levels, Framingham score and additional risk of both groups. The experimental group benefited significantly in the control related to the anthropometric variables. It was not possible to demonstrate that the guidance to the hypertensive patient about such measures was able to reduce their cardiac risk.

Keywords: Hypertension. Health Education. Intervention Studies.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a anormalidades metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (1,2).

O controle dos fatores de risco torna-se ação prioritária tanto para reduzir a incidência, como para proporcionar melhor qualidade de vida aos indivíduos com HAS. No entanto, atualmente constata-se que a urbanização, a adoção de hábitos de vida pouco saudáveis e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, são fatores que contribuem para a exacerbação da incidência e da morbimortalidade dessa doença (3). As mudanças no estilo de vida são prioritariamente recomendadas na prevenção primária da HAS, especialmente nos indivíduos com PA limítrofe.

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (1,4). Mesmo diante da relevância clínica representada pelas medidas não farmacológicas de controle da PA, os profissionais da saúde ainda omitem o provimento do devido valor a tais ferramentas, muitas vezes limitando-se à orientação acerca da terapia

medicamentosa, que não terá resultados satisfatórios se não houver associação entre com medidas não medicamentosas (5).

Desta forma, a pergunta desta pesquisa é: seria a orientação acerca das medidas não medicamentosas de controle da PA capaz de reduzir o risco cardíaco de pacientes ambulatoriais portadores de HAS? A hipótese de pesquisa é de que essas orientações são capazes de reduzir o risco cardíaco do pacientes hipertensos, notadamente através da melhoria do perfil lipídico e do adequado controle da PA.

Por isso, o objetivo deste estudo é verificar se a orientação sobre as medidas não medicamentosas de controle da PA para pacientes ambulatoriais é capaz de reduzir o risco cardíaco global de pacientes portadores de HAS. Além disso, este estudo visa a avaliar o seguimento das medidas não medicamentosas de controle da PA entre esses pacientes antes e após a intervenção e identificar se é maior a proporção de pacientes que atingem a meta de controle de pressão arterial quando seguem as medidas não-medicamentosas na sua terapêutica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O modelo desse estudo foi experimental, com avaliações antes e depois de uma intervenção educativa. A população estudada foram todos os pacientes portadores de HAS essencial atendidos nos ambulatórios de Cardiologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

A amostra foi selecionada de acordo com a ordem de atendimento ambulatorial nos dias demarcados para a coleta de dados, obedecendo aos seguintes critérios de elegibilidade: a) pacientes acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia do HULW; b) portadores de HAS essencial diagnosticada previamente; c) idade acima de 18 anos; d) consentimento informado para participação na pesquisa. Foram critérios de exclusão: a) pacientes portadores de *déficit* cognitivo que inviabilize a intervenção ou coleta de dados; b) ausência de exames complementares necessários para avaliação: colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, glicemia de jejum e ECG; c) ausência de retorno ao serviço após dois agendamentos de reavaliação ambulatorial.

A alocação dos pacientes nos grupos do estudo e controle deu-se de forma alternada, seguindo-se a ordem de atendimento no dia da coleta, sendo o primeiro

paciente alocado no grupo experimental e os seguintes para o grupo controle, e assim por diante, até a obtenção do tamanho da amostra em ambos os grupos.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o Formulário de Registro do Hipertenso (FRH) e duas escalas de avaliação do risco cardíaco: 1) Escore de Risco de Framingham; e 2) Risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão).

O FRH teve como objetivos: 1) a caracterização sócio demográfica da amostra; 2) avaliação do seguimento das medidas de controle não-medicamentoso da PA; 3) estabelecimento do risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial; 4) e avaliação da adequação da indicação e adesão ao tratamento medicamentoso. Este instrumento foi composto por cinco partes, com 33 itens, desenvolvido pelos pesquisadores e pretestado. A parte 1 consiste na identificação do paciente e registro de dados complementares, como peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA). A parte 2 foi composta pela identificação de fatores de risco (idade, tabagismo, dislipidemias, colesterol HDL, diabetes melitus, glicemia alterada, mas menor que 125mg/dL, obesidade abdominal, história de pré-eclâmpsia, história familiar de HAS e história familiar prematura de doença cardiovascular, lesão de órgão-alvo (hipertrofia de ventrículo esquerdo por ecocardiografia ou eletrocardiograma), condições clínicas associadas (doença cerebrovascular, doença cardíaca, doença arterial periférica, doença renal, retinopatia avançada), medicações em uso (beta-bloqueador, inibidos de enzima conversora, diuréticos, bloqueador de receptor da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio) e seguimento das medicações em uso (sim ou não). A terceira parte do formulário continha as medidas de controle não medicamentoso da PA (controle do peso, do sal na dieta, do álcool, do tabagismo e do estresse, dieta saudável, prática de atividade física). A quarta parte referiu-se ao risco adicional cardíaco, enquanto a parte 5 referiu-se à meta de PA (atingida ou não atingida) de acordo com as VI Diretrizes de HAS.

Na primeira consulta, todos os pacientes selecionados foram avaliados, através do FRH quanto às características sociodemográficas e clínicas, além da verificação sobre controle pressórico e seguimento das medidas não medicamentosas de controle da PA e orientação prévia acerca de cada medida. Os pacientes foram estratificados quanto ao risco cardíaco como referido acima, a partir do instrumento de coleta de dados da pesquisa.

Foram medidos peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) e medidas da circunferência de cintura. A aferição foi feita, estando o paciente em pé, posição ereta, com o emprego de uma fita métrica flexível e inextensível de 200 cm de comprimento.

No grupo experimental, a intervenção foi realizada através do fornecimento verbal e por escrito de informações e aconselhamento sobre os benefícios do controle não medicamentoso da PA, assim como a explicação detalhada do seguimento de cada uma das medidas. A orientação foi feita com base na cartilha do hipertenso, disponível no *website* da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Esta intervenção é baseada também nos princípios contidos nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Os pesquisadores foram treinados previamente para garantir a homogeneidade do procedimento.

No grupo controle, nenhuma intervenção foi realizada, ou seja, os pesquisadores não mencionaram informações ou aconselhamento sobre o controle não medicamentoso da PA.

Foram consideradas as seguintes medidas de controle não medicamentoso da PA: controle do peso; dieta; consumo de sal; consumo de álcool; atividade física; controle do estresse; cessação do tabagismo.

Após a primeira consulta, todos os pacientes foram orientados a retornar ao serviço ambulatorial de Cardiologia do HULW após um período de 6 meses para reavaliação. Sete dias antes da data de retorno, os pacientes foram informados sobre a data através de contato telefônico, e orientados a comparecer com exames recentes, para se proceder à reavaliação clínica.

Neste dia, os mesmos pesquisadores realizaram a segunda entrevista ao paciente. Foi realizada a avaliação do risco cardíaco a partir dos mesmos instrumentos aplicados durante a primeira consulta, além da verificação sobre o seguimento das medidas não medicamentosas de controle da PA, e medições recebidas previamente.

Aqueles pacientes do grupo controle, que não haviam recebido as orientações sobre o controle não medicamentoso da PA, receberam as mesmas orientações ao final da segunda entrevista, tendo-se em vista o acesso homogêneo às informações clínicas importantes para todos os pacientes.

Em caso de não comparecimento, uma nova data foi agendada, e uma segunda falta implicou na exclusão do paciente do estudo.

A variável independente foi o provimento de informações e aconselhamento sobre os benefícios do controle não medicamentoso da PA, com base nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. As variáveis dependentes foram o escore de

Framingham, o risco adicional associado à HAS a medida da PA e o valor da circunferência abdominal.

O desfecho primário da pesquisa foi a alteração dos escores/classificações obtidos nos instrumentos de avaliação do risco cardíaco após a intervenção.

De acordo com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, após avaliação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW (CEP/HULW), CAAE nº 0136.0.126.000-11, os pacientes elegíveis foram convidados a participar da pesquisa.

Antes dos pacientes entrarem no estudo, foram fornecidas a eles e aos seus familiares ou acompanhantes as informações sobre o trabalho: objetivos da pesquisa, por que motivo o paciente preenchia os critérios do estudo, informações sobre o protocolo de pesquisa aplicado e os procedimentos realizados, garantia do sigilo das informações fornecidas e coletadas em prontuários, e da ausência de risco, caso entrassem na pesquisa, além da comunicação do seu direito de se retirar da investigação em qualquer momento sem que houvesse nenhum prejuízo de seu atendimento no HULW.

Quanto à análise estatística, a variável primária (escore de risco), medida pelas duas escalas foi evidenciada como escore numérico inicialmente. Considerando um desfecho clínico de nível quantitativo (contínuo), a medida primária da eficácia foi determinada como a diferença entre os percentuais médios de redução dos escores das escalas da avaliação pré-intervenção (AV1) para a pós-intervenção (AV2) nos dois grupos.

Na estimativa do desfecho, o cálculo da redução percentual ($\Delta\%$) entre os escores AV1 e AV2 de cada grupo foi feito através da seguinte fórmula:

$$\Delta\% = (\text{escore AV2} - \text{escore AV1}) / (\text{escore AV1}) \times 100$$

A diferença de reduções médias dos escores entre os grupos foi analisada através do teste *t* de Student para amostras independentes, o que permitiu comparar os escores médios entre as avaliações AV1 e AV2. Esta análise transversal foi complementada com teste *t* de Student para amostras independentes em uma análise longitudinal de cada grupo, considerando os escores médios obtidos nas duas avaliações. Este método foi utilizado para as seguintes variáveis: escore de Framingham, PAS, PAD, número de medidas seguidas, número de orientações recebidas, peso, IMC e circunferência da cintura.

A caracterização da amostra e comparação entre os grupos quanto às variáveis qualitativas foi analisada através do teste qui-quadrado.

Em todos os testes foi adotado um nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

Incluíram-se 58 pacientes na pesquisa. Foram excluídos 25 ao longo do estudo, perfazendo uma amostra final de 33 pacientes, sendo 17 no grupo experimental e 16 no grupo controle. Dos 25 pacientes excluídos, em três deles foi confirmada ou suspeita de etiologia secundária da hipertensão arterial. Os 22 pacientes restantes foram excluídos por não comparecerem ao serviço para reavaliação após duas tentativas de agendamento de retorno.

A média de idade dos pacientes foi de 55,6 anos, com desvio-padrão de 12. A escolaridade média foi de 7,3 ($\pm 4,6$) anos. A renda familiar mensal média foi de R\$ 1.510,00 ($\pm 931,2$). A comparação das variáveis sociodemográficas demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à distribuição destas variáveis entre os grupos.

TABELA 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e renda mensal entre os grupos controle e experimental na linha de base pré-intervenção dos pacientes hipertensos acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia do HULW entre 2011 e 2012.

Variável	Média (\pm Desvio-Padrão)			p
	Controle n = 17	Experimental n = 16	Total N=33	
Idade	53,7 \pm 17,8	57,7 \pm 12,3	55,6 \pm 12,0	0,35
Escolaridade	7,1 \pm 4,1	7,4 \pm 5,1	7,3 \pm 4,6	0,82
Renda mensal	1.530 \pm 758,3	1.488 \pm 1.107	1.510,00 \pm 931,2	0,90

p: significância estatística no teste t de Student para amostras independentes.

TABELA 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas sexo, etnia, estado civil e procedência entre os grupos controle e experimental na linha de base pré-intervenção dos pacientes hipertensos acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia do HULW entre 2011 e 2012.

Variáveis	Grupos		Total	p (teste X ²)
	Controle	Experimental		
Sexo	Masculino	8	6	14

	Feminino	9	10	19	0,728
Total		17	16	33	
Etnia	Branco	6	6	12	
	Pardo	7	6	13	0,977
	Negro	4	4	8	
Total		17	16	32	
Estado Civil	Casado	13	14	27	
	Solteiro	3	1	4	
	Viúvo	1	0	1	0,390
	Divorciado	0	1	1	
Total		17	16	33	
Procedência	Capital	12	10	22	
	Interior	5	6	11	0,721
Total		17	16	33	

Dos 33 pacientes incluídos no estudo, 57,6% foram do sexo feminino. Com relação à etnia, 12 (36,4%) eram brancos, 13 (39,4%) pardos, 8 (24,2%) negros. Quanto ao estado civil, 81,8% eram casados. A procedência da capital foi mais frequente que do interior, 67% dos casos. Não houve diferença na comparação entre os grupos experimental e controle em relação a essas variáveis.

No presente estudo, em relação ao número de medidas seguidas pelos pacientes e o número de orientações recebidas, houve aumento percentual nos dois grupos para ambas as variáveis, porém também não se verificou diferença significativa para a redução percentual entre os grupos.

TABELA 3 – Distribuição das variáveis dependentes entre os grupos controle e experimental na linha de base pré-intervenção e após a intervenção nos pacientes hipertensos acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia do HULW entre 2011 e 2012.

Variável	Médias (Desvios-Padrão)						p ⁴
	Controle n = 17			Experimental n = 16			
	Pré ¹	Pós ²	Δ% ³	Pré	Pós	Δ%	
Clínica							
Framingham	8,8 (4,9)	8,3 (5,3)	-9,7% (18,4)	10,5 (4,6)	9,9 (4,5)	-6,8% (10,9)	0,58

PAS ⁵	158,2 (26,3)	142,1 (21,0)	-9,6% (9,8)	153,8 (31,0)	139,7 (23,3)	-8,4% (7,6)	0,69
PAD ⁶	96,2 (12,4)	87,6 (12,5)	-8,6% (8,8)	93,1 (14,1)	86,3 (8,9)	-6,5% (8,4)	0,49
Medidas (N) ⁸	3,5 (1,2)	3,6 (1,1)	11,6% (29,7)	3,4 (0,7)	3,8 (0,9)	14,6% (24,9)	0,75
Orientação (N) ⁹	3,3 (1,4)	3,2 (1,3)	8,2% (5,2)	3,6 (1,4)	3,8 (1,1)	15,6% (50,7)	0,68
Antropometria							
Peso	73,5 (12,4)	74,4 (12,5)	1,3% (1,2)	76,2 (18,2)	74,7 (19,2)	-2,2% (3,9)	0,003*
IMC ¹⁰	27,8 (5,4)	28,1 (5,4)	1,2% (1,2)	29,7 (6,6)	29,1 (6,9)	-2,2% (3,9)	0,003*
CC ¹¹	97,4 (12,1)	98,2 (12,4)	0,8% (1,3)	100,9 (18,7)	98,6 (17,3)	-2,1% (2,3)	0,0005*

*Estatisticamente significativo a 5%; ¹Pré-intervenção; ²Pós-intervenção; ³Variação percentual; ⁴Significância estatística na comparação entre as variações percentuais dos grupos; ⁵Pressão Arterial Sistólica; ⁶Pressão Arterial Diastólica; ⁷Número de fatores de risco presentes; ⁸Número de medidas não-medicamentosas seguidas; ⁹Número de orientações fornecidas acerca das medidas; ¹⁰Índice de Massa Corpórea; ¹¹Circunferência da cintura.

Dentre as variáveis com possível influência sobre os valores de interesse após a intervenção, observou-se que só apresentaram diferença significativa nas duas consultas as variáveis antropométricas, tendo havido maior redução das medidas no grupo experimental após seis meses, em comparação com o grupo controle. Neste último, peso, IMC e circunferência da cintura apresentaram discreto aumento percentual na segunda consulta. Por outro lado, no grupo experimental houve discreta redução nestas medidas, de modo que a comparação entre as diferenças percentuais foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

Escore de Framingham, PAS e PAD apresentaram redução significativa em seus valores em ambos os grupos, não havendo diferença entre os percentuais de redução não foi significativa entre os grupos. Verificou-se que tanto o Escore de Framingham quanto os valores pressóricos apresentaram redução percentual na segunda consulta no grupo experimental. Observou-se que a redução do score de Framingham foi principalmente devida à redução dos níveis pressóricos, já que o perfil lipídico não apresentou alterações suficientes para mudança de categoria em nenhum paciente. (Tabela 3).

A Figura 1 representa a distribuição das diferenças percentuais das variáveis dependentes avaliadas e apresentadas na Tabela 3, demonstrando-se a amplitude do intervalo de confiança (IC95%) de cada uma delas, em ambos os grupos. Observou-se redução percentual predominantemente nas medidas antropométricas do grupo experimental, enquanto houve aumento percentual no grupo controle.

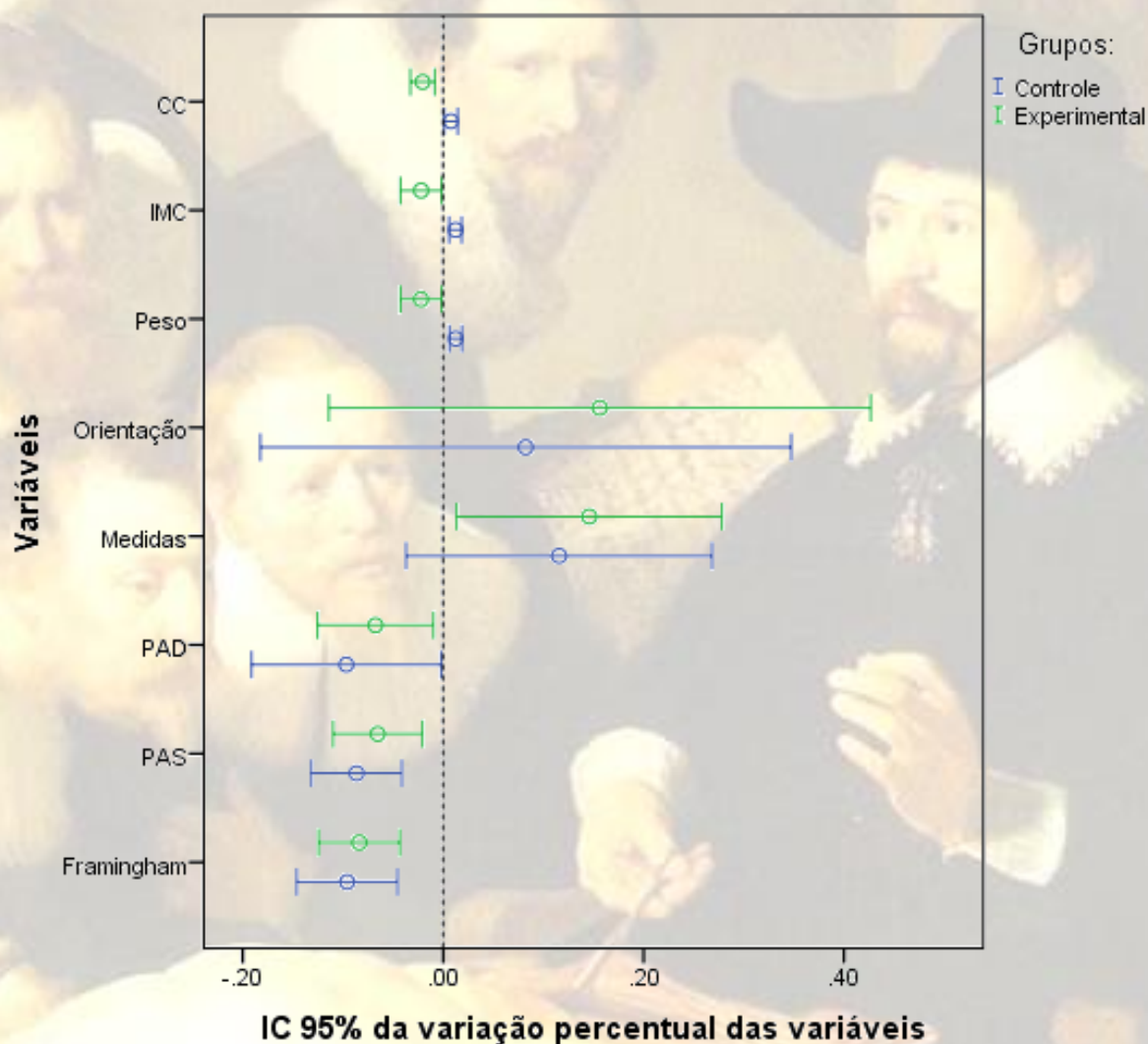


FIGURA 1 – Distribuição da variação percentual das variáveis após intervenção com orientação sobre medidas não-medicamentosas de controle da pressão arterial entre os grupos controle e experimental em amostra de pacientes acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia do HULW entre 2011 e 2012. CC: Circunferência da Cintura; IMC: Índice de Massa Corpórea; PAD: Pressão Arterial Diastólica; PAS: Pressão Arterial Sistólica.

Quanto aos fatores de risco identificados, não houve nenhuma alteração entre as consultas nos momentos pré- e pós-intervenção para ambos os grupos. A média do número de fatores de risco presentes no grupo controle foi de 2,1 ($\pm 1,0$), e no grupo

experimental, de 2,4 ($\pm 1,1$). O mais prevalente entre os fatores de risco foi a dislipidemia, presente em 88,2% dos pacientes do grupo controle e em 81,3% do grupo experimental.

Os valores de colesterol HDL menores que 40mg/dL (controle = 52,9%; experimental = 56,3%); idade acima de 60 anos (controle [C] = 23,5%; experimental [E]= 50%); diabetes melitus (C = 23,5%; E = 25%); tabagismo (C = 11,8%; E = 31,3%); e, finalmente, história familiar precoce de doença cardiovascular (C = 5,9%; E = 6,3%). Não se verificou diferença entre os grupos quanto à distribuição destes fatores de risco.

Quanto aos outros fatores possivelmente implicados como fatores de risco, também não houve nenhuma alteração entre as consultas. O mais prevalente foi a história de HAS (C= 64,7%; E= 75%), seguido pela obesidade abdominal (C= 52,9%; E= 43,8%) e glicemia de jejum alterada, em nível não-diabético (C= 17,6%; E= 6,3).

Dentre as lesões de órgão-alvo, apenas a hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) ao ECG pôde ser verificada, tendo-se em vista a carência na disponibilidade de outros exames complementares. A HVE foi observada em 11,8% do grupo controle e 6,3% do experimental, não havendo alteração deste achado à segunda consulta. Quanto às condições clínicas associadas, apenas as doenças cerebrovasculares e cardíacas puderam ser avaliadas. Cada uma foi verificada em um paciente em cada grupo.

Quanto ao peso, de acordo com os valores de IMC, na avaliação inicial, apenas a minoria dos pacientes apresentava peso adequado (C= 35,3%; E= 18,8%), de modo que a maior parte dos pacientes se classificaram como sobrepeso (C= 35,3%; E= 31,3%) ou obesidade (C= 29,4%; E= 50,1%).

Um nível de estresse abaixo de 5 pontos, numa escala de 1 a 10, não foi referido por nenhum paciente do grupo controle, e por 37,5% do experimental. De modo geral, na linha de base apenas 15,2% dos pacientes relataram ter recebido orientação de algum profissional da saúde sobre o controle do estresse. Quanto à redução do peso, 45,5% relataram ter recebido orientação, ao passo que 60,6% afirmaram terem sido orientados acerca da prática de atividade física.

Os principais benefícios observados na segunda visita foram quanto à alimentação e ao consumo de sal. No grupo controle, o percentual de alcance da PA aumentou de 11,8% para 41,2% na segunda consulta. No grupo experimental, o aumento foi de 12,5% para 50%. O risco adicional também foi reduzido, junto com a redução dos níveis pressóricos. No grupo controle, 41,2% dos pacientes apresentaram

redução da categoria de risco, todos eles em uma categoria. No grupo experimental, 50% dos pacientes apresentaram redução da categoria de risco, um quarto destes reduziram duas categorias de risco.

Com relação às medidas não-medicamentosas de controle da PA, aquelas menos seguidas pelos pacientes eram a prática de atividade física, controle do peso, controle do estresse, e alimentação saudável, nesta ordem. Destaca-se que apenas 23% dos pacientes do grupo controle e 18,8% do experimental relataram, inicialmente, praticar atividade física diariamente. Destaca-se que apenas 23% dos pacientes do grupo controle e 18,8% do experimental relataram, inicialmente, praticar atividade física diariamente.

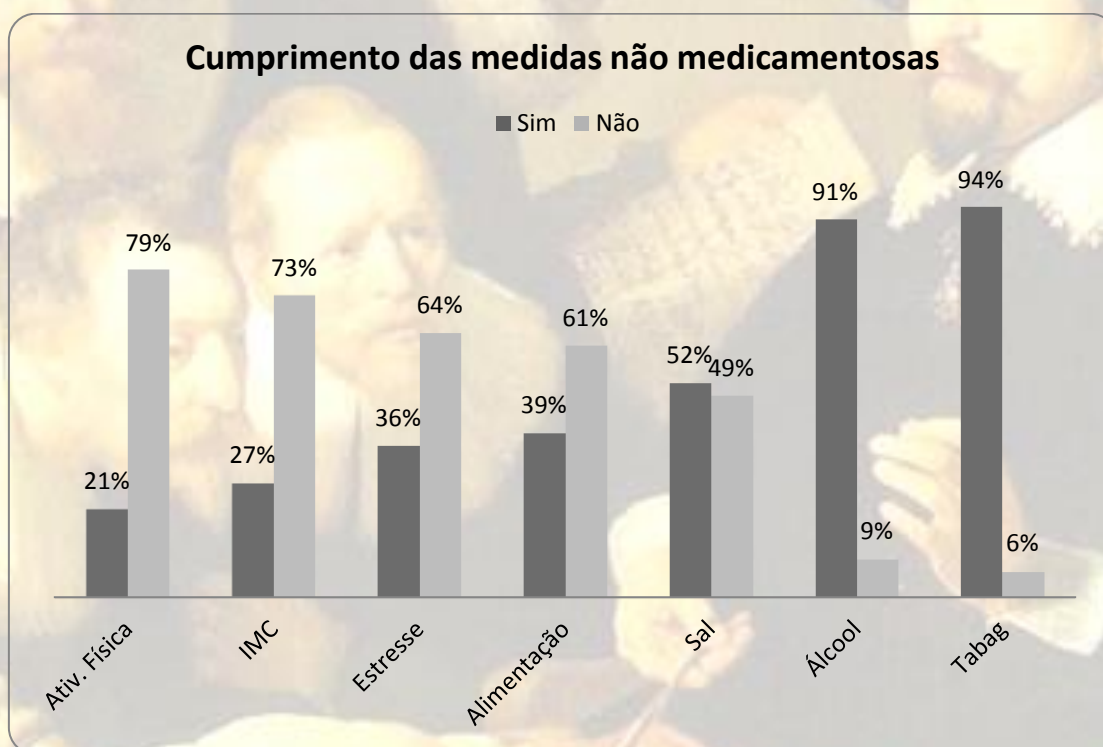


FIGURA 2– Seguimento das medidas não medicamentosas de controle da pressão arterial em amostra de pacientes hipertensos acompanhados nos ambulatórios de Cardiologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley entre 2011 e 2012. IMC: índice de massa corpórea. Tabag: Tabagismo.

DISCUSSÃO

O tratamento da Hipertensão Arterial é uma medida para toda a vida. Entretanto, para que o tratamento seja eficiente, é necessário um bom entendimento entre a equipe de saúde e o paciente, que leve em conta as preferências de estilo de vida do deste. A Hipertensão Arterial Essencial, que representa 95% dos casos de HA, ocorrem mudanças no estilo de vida do paciente (moderação na ingestão de sal,

redução na ingestão de álcool e peso, atividade física) que contribuem para diminuir a pressão arterial, bem como os fatores de risco associados a HA (redução do uso de bebidas alcoólicas e lípidos). Se os níveis tensionais reduzem, diminuem também a necessidade de medicação anti-hipertensiva. Portanto, essas medidas contribuem para diminuir a incidência de HA, auxiliando na prevenção primária desta patologia (6).

Sabemos que nos pacientes hipertensos com obesidade central, a perda ponderal pode resultar em grande benefício para esses pacientes, pelo fato de não só reduzir a pressão arterial, mas também facilitar o controle de outras alterações metabólicas, como diabetes e dislipidemia (7).

Segundo Chobanian et al. (8), a modificação no estilo de vida é de fundamental importância para o controle da HAS, por exemplo manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m²) causa uma redução aproximada de pressão arterial sistólica de 5 a 20mmHg para cada 10 kg de peso reduzido. No nosso estudo houve uma redução das medidas antropométricas no grupo experimental e uma diminuição das PAS e PAD médias para valores inferiores que o grupo controle.

Crouch et al. (9), em uma revisão sistemática sobre a eficácia da educação em saúde na prevenção primária, demonstrou que as intervenções de estilo de vida feitas por prestadores de cuidados primários em serviços de atenção primária para pacientes de baixo risco pareciam ser de benefício limítrofe. Além disso, no referido estudo foi possível avaliar uma redução nos níveis pressóricos em seis meses, porém os benefícios foram revertidos após um seguimento de cinco anos.

Rodríguez et al. (10) realizaram estudo semelhante com 101 pacientes hipertensos selecionados por amostragem aleatória. Sua intervenção foi baseada em seis sessões educativas em termos de mudanças no estilo de vida ao grupo experimental ao longo de um ano. Os efeitos da intervenção foram avaliados por meio do risco cardiovascular (Framingham), pressão arterial, perfil lipídico, circunferência abdominal, índice de massa corpórea (IMC), consumo de nutrientes, exercício físico e qualidade de vida (SF-36). Neste estudo, também foi demonstrado que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nos parâmetros avaliados após um ano de acompanhamento, corroborando com os resultados encontrados em nosso estudo.

Nguyen et al. (11), em estudo de intervenção quase-experimental realizado em duas comunidades rurais do Vietnã de 2006 a 2009 com 4.650 adultos com idade acima de 25 anos, também realizaram intervenção semelhante. Este estudo

demonstrou que, apesar de inatividade física e obesidade terem aumentado ao longo do tempo no grupo em que houve intervenção, ocorreu uma redução significativa na pressão arterial sistólica e diastólica (3,3 mmHg e 4,7 mmHg em mulheres *versus* 3,0 mmHg e 4,6 mmHg em homens, respectivamente) no grupo que recebeu intervenção por um curto intervalo de tempo. A intervenção foi capaz de reduzir os níveis de sal na dieta, resultados também encontrados no nosso estudo onde os principais benefícios observados na segunda visita foram quanto à alimentação e ao consumo de sal.

Um dos efeitos do exercício físico é a redução da pressão arterial (PA) pós-exercício em relação aos níveis pré-exercício (12, 13), sendo esta redução mais pronunciada nos indivíduos hipertensos em comparação aos normotensos. Existem várias evidências demonstrando o efeito benéfico do exercício físico sobre a hipertensão arterial, principalmente o exercício aeróbico (EA), agudo e crônico e, em menor proporção, os exercícios resistidos (14, 15). No entanto, apenas 23% dos pacientes do grupo controle e 18,8% do experimental relataram, inicialmente, praticar atividade física diariamente e 79% deles permaneceram sem realizar atividades físicas mesmo após orientação dos benefícios desta no controle da PA.

Há evidências na literatura demonstrando o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da pressão arterial, podendo contribuir para hipertensão arterial sustentada (16). Estudos conduzidos por Lipp *et al.*(17), com paciente hipertensos, mostram que os hipertensos exibem aumento significativo na pressão arterial quando submetidos a sessões experimentais de estresse emocional.

Estudos com treinamento para controle do estresse emocional com diferentes técnicas mostraram benefícios no controle e na redução da variabilidade da pressão arterial, podendo ser utilizado como medida adicional na medida não-farmacológica de pacientes hipertensos (18).

CONCLUSÃO

De acordo com os dados avaliados, houve redução significativa dos níveis pressóricos. Tal redução foi fator preponderante para redução concomitante do Escore de Framingham e do risco adicional. Porém, a orientação ministrada não se mostrou fator determinante para tal redução.

O grupo experimental se beneficiou significativamente em relação ao controle apenas em variáveis antropométricas. Não foi possível demonstrar que a orientação ao paciente hipertenso acerca das medidas não medicamentosas de controle da pressão arterial foi capaz de reduzir seu risco cardíaco.

Quanto às limitações deste estudo, deve-se salientar que a grande maioria das informações obtidas sobre a realização adequada das medidas não medicamentosas por parte do grupo experimental foi autorreferida, o que pode gerar erros decorrentes de memória ou outras distorções.

Ainda não há na literatura atual estudos que avaliem criteriosamente o conhecimento dos pacientes sobre as medidas não farmacológicas para o tratamento da HAS. Esta carência também existe com relação a trabalhos que envolvam o questionamento dos clínicos com relação à utilização de tais medidas pelos pacientes, por isso é indispensável que esses pacientes e profissionais da área médica tenham conhecimentos sobre as medidas comportamentais, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida. Além disso, tais profissionais devem atuar como multiplicadores, transmitindo seus conhecimentos para a população, para que esta saiba da importância do tratamento não farmacológico para o tratamento da HAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev Bras Hipertens. 2010; 17(1).
2. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia, LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 94(4): 519-526.
3. Borges CBN, Santos JE. Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas à hipertensão arterial (diabetes melito, deslipidemias, hiperuricemia). Rev. bras. hipertens. 2004;11(2):98-101.
4. Fuster V. Alarming Threat to Secondary Prevention: Low Compliance (Lifestyle) and Poor Adherence (Drugs). Rev Esp Cardio. 2012;65(2):10-16.
5. Green IW, Kreuter MW. Health promotion planning, an educational and environmental approach. Patient Education and Counseling. 1991;19(3):298-298.
6. Demoner MS; Ramos P, Edivan R; Ramos EP. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25(1):27-34.
7. Lopes HF, Barreto-Filho, JAS, Riccio GMG. Tratamento não-medicamentoso da pressão arterial. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. 2003; 13(1):148-155.

8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure. The JNC 7 Report. 2004;289(19) :20-21.
9. Crouch R, Wilson A, Newbury J. A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(3):236-245.
10. Rodríguez MC, Castaño SC, García OL, Recio RJI, Castaño SY, Gómez MMA, et al. Efficacy of an educational intervention group on changes in lifestyles in hypertensive patients in primary care: a randomized clinical trial. *Rev Esp Salud Publica.* 2009;83(3):441-452.
11. Nguyen QN, Pham TS, Nguyen VL, Wall S, Weinehall L, Bonita R, et al. Effectiveness of community-based comprehensive healthy lifestyle promotion on cardiovascular disease risk factors in a rural Vietnamese population: a quasi-experimental study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2012;12(1):56.
12. Mourão JCA. Questões em bioestatística: o tamanho da amostra. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais.* 2009; 1(1):26-28.
13. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI, King CG, Salerno JW, Anderson JW, et al. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr. Hypertens. Rep.* 2009; 9(1):520-528.
14. Schutte AE, Schutte R, Huisman HW, Van Rooyen JM, Fourie CM, Malan NT et al. Are behavioural risk factors to be blamed for the conversion from optimal blood pressure to hypertensive status in Black South Africans? A 5-year prospective study. *Int J Epidemiol.* 2012;41(4):1114-1123.
15. Monteiro LZ, Fiani CR, Freitas MC, Zanetti ML, Foss MC. Redução da pressão arterial, do IMC e da glicose após treinamento aeróbico em idosas com diabetes tipo 2. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(5):563-70.
16. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hypertension in Brazil: Estimates from Population-Based Prevalence Studies. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2006;15(1):35-45.
17. Lipp MEN, Pereira MMB, Justo AP, Matos TMG. Cardiovascular reactivity in hypertensives: differential effect of expressing and inhibiting emotions during moments of interpersonal stress. *Span J Psychol.* 2006;9(2):154-61.

18. Teixeira ER, Lamas AR, Costa e Silva J, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc. Anna Nery*. 2006;10(3): 378-384.

Recebido: março / 2016

Aceito: setembro / 2016

