**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LEILANE BAGNO ELEUTÉRIO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA DA CIDADE DE SÃO PAULO
E DO INTERIOR PAULISTA**

**SÃO PAULO
2011**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LEILANE BAGNO ELEUTÉRIO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA DA CIDADE DE SÃO PAULO
E DO INTERIOR PAULISTA**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Programa:

Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Geraldo Pierin

**SÃO PAULO
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Leilane Bagno Eleutério da
Prevalência de hipertensão arterial em Adventista do
Sétimo Dia da cidade de São Paulo e do interior paulista /
Leilane Bagno Eleutério da Silva. -- São Paulo, 2011.
171 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ângela Maria Geraldo Pierin

1. Hipertensão - Prevalência 2. Adventistas I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Leilane Bagno Eleutério da Silva

Título: Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da
Cidade de São Paulo e do Interior Paulista

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Ao meu bondoso amigo **Jesus** por me dar o
privilégio e a oportunidade de desenvolver esta
pesquisa sobre saúde.*

*Aos meus pais **Sérgio e Stael** pelo amor,
ânimo, conselhos e apoio para deixar o
“conhecido” e encarar o “desconhecido”.*

Agradecimentos

A Deus, por ter me dado esta oportunidade ímpar; pela inteligência, sabedoria, proteção e ânimo para continuar, mesmo em meio aos desafios encontrados nesta jornada;

À minha família, pelo amor incondicional e apoio demonstrado, para alcançar este objetivo na minha vida;

Ao meu namorado José Diego pela paciência, palavras de ânimo e coragem e por muitas vezes compreender minha ausência;

À Profa. Dr^a Angela Pierin por me conceder a oportunidade para que este sonho fosse alcançado; pela paciência ao me orientar e pelas palavras de apoio ao longo desta caminhada;

À minha companheira de todas as horas neste projeto e mãe Stael, por sua determinação, paciência e preocupação comigo. Sua ajuda foi imprescindível para o meu amadurecimento;

Aos queridos coletadores (Ingrid, Aliana, Thiago, Nancy, Diana, Tainara, Talita, Amanda, Jaeline, Fabiana e Wagner) pela ajuda nas “intermináveis” coletas de dados;

Às amigas e companheiras do Grupo de Hipertensão pelo incentivo e críticas construtivas que contribuíram com este trabalho;

À Julia Fukushima pela valiosa ajuda e paciência na análise dos dados;

À Profa. Luciana Vicentin Figueiredo pelas correções de português;

Aos queridos irmãos da Igrejas Adventistas do Sétimo Dia de Santo Amaro, Campo Limpo, Itapeva e Itararé pela participação neste projeto, pelo apoio e pelas orações;

Aos meus queridos amigos que sentiram a minha ausência e oraram por mim.

*“Ar puro, luz solar, abstinência, repouso, exercício,
regime conveniente, uso de água e confiança no poder
divino – eis os verdadeiros remédios. Aqueles que
perseveram na obediência às suas leis ganharão em
saúde de corpo e alma”*

*Ellen G. White
(A Ciência do Bom Viver)*

SILVA, LBE. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adventistas do Sétimo Dia da Cidade de São Paulo e do Interior paulista [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2011. 171 f.

RESUMO

Introdução Hábitos e estilos de vida inadequados podem contribuir para a hipertensão arterial. Para os Adventistas, a religião preconiza hábitos de vida saudáveis. O objetivo principal desse estudo foi avaliar a prevalência da hipertensão nos Adventistas, comparando a cidade de São Paulo com o interior paulista.

Casuística e Métodos Foram estudados 264 Adventistas com avaliação de dados biopsicosocioeconômicos, religiosidade e antropométricos. A pressão foi medida com aparelho automático validado. A religiosidade foi avaliada pelo questionário DUKE – DUREL; apoio social pela Escala de Apoio Social e a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self-Report Questionnaire*. Foi adotado nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados A maioria dos participantes era do sexo feminino, com sobrepeso/obesidade, elevado apoio social e religiosidade, ausência de transtornos mentais comuns e idade $41,17 \pm 15,27$ anos. Não houve referência de tabagismo e etilismo. Os Adventistas da capital foram diferentes ($p < 0,05$) aos do interior, respectivamente, quanto a: escolaridade superior (62% vs 36,6%); ocupação, ter vínculo empregatício (44%) vs autônomos (40,9%); renda familiar ($8,39 \pm 6,20$ vs $4,59 \pm 4,75$ salários mínimos) e individual ($4,54 \pm 5,34$ vs $6,35 \pm 4,8$ salários mínimos); casal responsável pela renda familiar (35% vs 39,6%); ser vegetariano (11% vs 3%); pressão arterial ($115,38 \pm 16,52/68,74 \pm 8,94$ vs $123,66 \pm 19,62/74,88 \pm 11,85$ mmHg); etnia branca (65% vs 81,1%); casados (53% vs 68,9%); menor apoio social no domínio material ($15,7 \pm 5,41$ vs $16,9 \pm 4,32$) e lembrar da última vez que mediu a pressão (65% vs 48,8%). A prevalência total de hipertensão foi 22,7%, sendo maior no interior do que na capital (27,4% vs 15%) e os hipertensos da capital estavam mais controlados (53,3% vs 35,6%). A análise multivariada indicou associação da presença de hipertensão arterial (OR Odds ratio) com: **a)** ser vegetariano (OR 0,051), **b)** escolaridade lê/escreve (OR 3,938) e 1º grau (OR 5,317) vs ensino superior, **c)** lembrar da última vez que mediu a pressão (OR 2,725), **d)** ser aposentado (OR 8,846) vs ter vínculo empregatício, **e)** casal responsável pela renda familiar (OR 0,422) vs participante único responsável. Os hipertensos da capital foram diferentes ($p < 0,05$) em relação ao interior, respectivamente, quanto a: renda individual ($8,90 \pm 9,76$ vs $1,85 \pm 2,06$ salários mínimos) e familiar ($9,60 \pm 9,93$ vs $3,37 \pm 2,27$ salários mínimos); participante responsável pela renda familiar (60% vs 33,3%); faltar à consulta médica por esquecimento (100% vs 20%); pressão diastólica ($79,26 \pm 10,73$ vs $86,07 \pm 10,66$ mmHg); ocupação (46,6% com vínculo empregatício vs 33,3% “do lar”); saber que tratar pressão alta evita problemas renais (60% vs 55,6%), derrame (80% vs 97,8%) e impotência sexual (26,7% vs 55,6%); referir diabetes (33,3% vs 11,1%) e colesterol elevado (46,7% vs 48,9%) e saber que tratamento da pressão alta inclui parar de fumar (69,2% vs 93,9%) e reduzir o sal da alimentação (84,6% vs 100%). O controle da pressão se associou com: idade (OR 1,063) e ser “totalmente verdade” a afirmativa “as minhas crenças religiosas estão por trás de toda a minha maneira de viver” (OR 5,763) quando comparado aos que afirmaram “em geral é verdade”.

Conclusão: A prevalência de hipertensão nos Adventistas foi abaixo que a média dos estudos nacionais, sendo menor na capital do que no interior paulista, possivelmente em decorrência de melhor condição socioeconômica e hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Hipertensão, Prevalência, Adventistas do Sétimo Dia.

SILVA, LBE. Prevalence of Arterial Hypertension among Seventh-Day Adventists in São Paulo City and the state interior [dissertation-Master Degree]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2011. 171 p.

ABSTRACT

Introduction Inadequate habits and lifestyles can contribute to arterial hypertension. For Adventists, religion recommends healthy life habits. The main goal of this study was to assess the prevalence of hypertension in Adventists, comparing São Paulo City with the state interior.

Sample and Methods 264 Adventists were studied, considering bio-psycho-socioeconomic, religious and anthropometric data. Pressure was measured using a validated automatic device. Religiousness was assessed using the DUKE – DUREL questionnaire; social support through the Social Support Scale and the presence of common mental disorders through the Self-Report Questionnaire. Significance was set at $p < 0.05$.

Results Most participants were women, suffering from overweight/obesity, with high social support and religiosity levels, absence of common mental disorders and age 41.17 ± 15.27 years. No reference was made to smoking and drinking habits. Adventists from the capital differed ($p < 0.05$) from the interior, respectively, regarding: higher education (62% vs 36,6%); occupation, employment contract (44%) vs autonomous (40,9%); family income (8.39 ± 6.20 vs 4.59 ± 4.75 minimum wages) and individual (4.54 ± 5.34 vs 6.35 ± 48 minimum wages); couple responsible for family income (35% vs 39.6%); being a vegetarian (11% vs 3%); arterial pressure ($115.38 \pm 16.52/68.74 \pm 8.94$ vs $123.66 \pm 19.62/74.88 \pm 11.85$ mmHg); white ethnic origin (65% vs 81.1%); married (53% vs 68.9%); less material social support (15.7 ± 5.41 vs 16.9 ± 4.32) and remembering the last pressure measurement (65% vs 48.8%). Total hypertension prevalence was 22.7%, with higher levels in the interior than in the capital (27.4% vs 15%) and hypertensive patients from the capital were more controlled (53.3% vs 35.6%). Multivariate analysis indicated that hypertension was associated (OR Odds ratio) with: **a)** being a vegetarian (OR 0.051), **b)** education level reads/writes (OR 3.938) and first year of secondary education (OR 5.317) vs higher education, **c)** remembering the last pressure measurement (OR 2.725), **d)** being retired (OR 8.846) vs having a job contract, **e)** couple responsible for family income (OR 0.422) vs participant sole responsible. The later differed ($p < 0.05$) from interior patients, respectively, regarding: individual (8.90 ± 9.76 vs 1.85 ± 2.06 minimum wages) and family income (9.60 ± 9.93 vs 3.37 ± 2.27 minimum wages); participant responsible for family income (60% vs 33.3%); forgetting to attend a medical appointment (100% vs 20%); diastolic pressure (79.26 ± 10.73 vs 86.07 ± 10.66 mmHg); occupation (46.6% with an employment contract vs 33.3% housewives); knowing that treating high blood pressure avoids kidney problems (60% vs 55.6%), stroke (80% vs 97.8%) and sexual impotence (26.7% vs 55.6%); referred diabetes (33.3% vs 11.1%) and high cholesterol (46.7% vs 48.9%), and know that treating high blood pressure include smoke cessation (69,2% vs 93,9%) and reduce salt (84,6% vs 100%). Pressure control was associated with: age (OR 1.063) and when the assertion “my religious beliefs underlie my entire way of living” is considered “completely true” (OR 5.763) in comparison with those who asserted “generally true”. **Conclusion:** The prevalence of arterial hypertension among Adventists remained below mean levels in Brazilian studies, and was lower in the state capital than in the interior of São Paulo State, possibly due to a better socioeconomic condition and healthier life habits.

Key words: Hypertension, Prevalence, Seventh-Day Adventists.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da Pressão Arterial Sistólica*	14
Quadro 2 - Divisão das associações da Igreja Adventista na cidade de São Paulo de acordo com o número de regiões, distritos, igrejas e membros.....	35
Quadro 3 - Valores de referência do Índice de Massa Corporal (IMC)	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalência e Controle da Hipertensão em países da América Latina	17
Figura 2 - Prevalência de Hipertensão em alguns países da Europa'.....	18
Figura 3 - Representação da hierarquia da Igreja Adventista do Sétimo Dia.....	23
Figura 4 - Valores da pressão arterial sistólica e diastólica dos Adventistas da Capital e Interior. São Paulo, 2011.....	49
Figura 5 - Distribuição do total de hipertensos aferidos e referidos da Capital e Interior São Paulo, 2011.	52
Figura 6 - Distribuição dos participantes Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo, 2011.....	61
Figura 7 - Modelo de regressão logística dos participantes Adventistas em relação à prevalência de hipertensão arterial, São Paulo - 2011	64
Figura 8 - Valores da pressão arterial sistólica e diastólica dos Adventistas da Capital e Interior. São Paulo, 2011.....	67
Figura 9 - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo, 2011.....	82
Figura 10 - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e interior em relação ao controle da pressão arterial, São Paulo - 2011	84
Figura 11 - Modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão arterial dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características biosocioeconômicas dos participantes Adventistas da capital e do interior, São Paulo - 2011	47
Tabela 2 - Dados pressóricos e antropométricos dos participantes Adventistas da capital e do interior, São Paulo – 2011	48
Tabela 3 - Caracterização dos participantes Adventistas da capital e do interior segundo hábitos de vida, São Paulo - 2011	50
Tabela 4 - Caracterização dos participantes Adventistas da capital e do interior quanto à hipertensão arterial referida e aferida, São Paulo - 2011	51
Tabela 5 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior quanto às crenças sobre hipertensão arterial, São Paulo - 2011	53
Tabela 6 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior de acordo com o conhecimento sobre hipertensão arterial, São Paulo - 2011	54
Tabela 7 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior segundo antecedentes pessoais e familiares, São Paulo – 2011.	56
Tabela 8 - Comparação entre as participantes Adventistas da capital e do interior em relação à pressão alta na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, São Paulo - 2011	57
Tabela 9 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior em relação aos transtornos mentais comuns segundo o <i>Self-Report Questionnaire</i> – SRQ 20, São Paulo - 2011	58
Tabela 10a - Distribuição da amostra de Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios material, afetivo e emocional, São Paulo - 2011	59
Tabela 10b - Distribuição da amostra de Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social no domínios informação e interação social, São Paulo - 2011	60
Tabela 11 - Comparação dos participantes Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo - 2011	61
Tabela 12 - Comparação dos participantes Adventistas da capital e interior de acordo com a Escala de Religiosidade Duke-DUREL, São Paulo - 2011	62
Tabela 13 - Resultado do modelo de regressão logística em relação à prevalência de hipertensão arterial entre os Adventistas, São Paulo - 2011	63
Tabela 14 - Comparação dos dados biosocioeconômicos dos hipertensos Adventistas da capital e do interior, São Paulo - 2011	65
Tabela 15 - Comparação dos valores pressóricos e antropométricos entre hipertensos Adventistas da capital e do interior, São Paulo - 2011	66
Tabela 16 - Comparação entre hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo os hábitos de vida, São Paulo - 2011	68
Tabela 17 - Comparação entre hipertensos Adventistas quanto à hipertensão arterial referida e controle da pressão, São Paulo - 2011	69
Tabela 18 - Comparação entre hipertensos Adventistas da capital e do interior quanto às crenças sobre hipertensão arterial , São Paulo – 2011	71
Tabela 19 - Comparação entre hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo o conhecimento sobre hipertensão arterial, São Paulo - 2011	72
Tabela 20 - Comparação entre os hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo antecedentes pessoais e familiares, São Paulo - 2011	73

Tabela 21 - Comparação entre os hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior sobre interrupção do tratamento e os motivos, São Paulo - 2011	74
Tabela 22 - Comparação entre os hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior sobre falta à consulta médica e motivos, São Paulo - 2011	75
Tabela 23 - Comparação entre os hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior quanto ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, São Paulo - 2011	76
Tabela 24 - Caracterização dos hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior sobre conduta frente o tratamento da pressão alta, São Paulo - 2011	77
Tabela 25 - Comparação entre as participantes Adventistas da capital e do interior em relação à hipertensão na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, São Paulo - 2011	78
Tabela 26 - Comparação entre os hipertensos Adventistas da capital e do interior em relação aos transtornos mentais comuns segundo o <i>Self-Report Questionnaire</i> – SRQ 20, São Paulo - 2011	79
Tabela 27a - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios material, afetivo e emocional, São Paulo - 2011	80
Tabela 27b - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios informação e interação social, São Paulo - 2011	81
Tabela 28 - Comparação dos hipertensos Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo - 2011	82
Tabela 29 - Caracterização dos hipertensos Adventistas da capital e do interior de acordo com a Escala de Religiosidade Duke-DUREL, São Paulo - 2011	83
Tabela 30 - Comparação entre os hipertensos Adventistas aferidos e referidos quanto ao conhecimento da doença e controle da pressão arterial, São Paulo – 2011	84
Tabela 31 - Associação entre o controle da pressão arterial e os dados biossocioeconômicos dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011	85
Tabela 32 - Associação entre o controle da pressão arterial e os valores pressóricos e antropométricos dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011	86
Tabela 33 - Associação entre o controle da pressão arterial e hábitos de vida dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011	87
Tabela 34 - Associação entre o controle da pressão arterial, crenças e conhecimento sobre hipertensão arterial dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011	89
Tabela 35 - Associação entre os domínios da Escala de Apoio Social e o controle da pressão arterial, São Paulo - 2011	90
Tabela 36 - Associação entre a presença de transtornos mentais comuns pelo <i>Self Report Questionnaire</i> e o controle da pressão arterial dos Adventistas hipertensos, São Paulo - 2011	91
Tabela 37 - Associação entre Escala de Religiosidade Duke-DUREL e o controle da pressão arterial dos Adventistas hipertensos, São Paulo - 2011	92
Tabela 38 - Resultado do modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão entre os hipertensos adventistas, São Paulo - 2011	93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Prevalência e controle da hipertensão no mundo	16
1.2 Prevalência e controle da hipertensão no Brasil	19
1.3 Os Adventistas do Sétimo Dia	23
1.3.1 Conhecendo as crenças de saúde dos Adventistas do Sétimo Dia	25
1.3.2 Os Adventistas do Sétimo Dia e as pesquisas sobre saúde	26
2 OBJETIVOS	32
2.1 Geral	32
2.2 Específicos	32
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	34
3.1 Tipo da Pesquisa	34
3.2 Local do Estudo	34
3.2.1 Descrição das cidades	34
3.3 População do Estudo	36
3.3.1 Casuística dos participantes	36
3.3.1.1 Critérios de inclusão	38
3.3.1.2 Critérios de Exclusão	38
3.4 Instrumentos para a coleta dos dados	38
3.5 Coleta de dados	40
3.6 Operacionalização da coleta de dados	40
4 ANÁLISE DOS DADOS	44
5 RESULTADOS	46
5.1 Caracterização geral dos participantes	46
5.1.1 Análise multivariada da amostra geral	63
5.2 Participantes hipertensos	65
5.2.1 Análise multivariada em relação ao controle	93
6 DISCUSSÃO	96
6.1 Sobre os Adventistas participantes	96
6.1.1 Características biosocioeconômicas, antropométricas e hábitos de vida	96
6.1.2 Características da pressão arterial	103
6.1.3 Crenças e conhecimentos sobre hipertensão e o tratamento	107
6.1.4 Antecedentes pessoais e familiares para hipertensão	110
6.1.5 Transtornos mentais comuns, apoio social e religiosidade	112
6.2 Sobre os Adventistas hipertensos	114
6.2.1 Características biosocioeconômicas e hábitos de vida	114
6.2.2 Crenças, conhecimentos e atitudes frente à hipertensão	118
6.2.3 Antecedentes pessoais e familiares para hipertensão	123
6.2.4 Transtornos mentais comuns, apoio social e religiosidade	124
6.3 Os hipertensos em relação à prevalência e o controle da pressão arterial	125
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
8 CONCLUSÃO	137
REFERÊNCIAS	145
APÊDICES	163
ANEXOS	169

1.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve mudanças importantes no padrão brasileiro de morbimortalidade. Tais transformações decorrem de processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Houve uma importante redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, mas por outro lado, ocorreu aumento em mais de três vezes das doenças cardiovasculares. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, “nas próximas duas décadas as doenças crônicas, dentre as afecções não comunicáveis, ocuparão a liderança das causas de incapacidades e que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes no mundo”.

Dados do DATASUS² mostraram que no ano de 2007 a taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no Brasil foi de 48,9% e a mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 51,1%. De acordo com o Ministério da Saúde³, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 62,8% do total das mortes por causa conhecida no ano de 2008. Fatores de risco modificáveis e comuns como o tabagismo, sedentarismo, ausência de alimentação saudável são responsáveis pela maior parte destas mortes, sendo expressadas por fatores de risco intermediários como a hipertensão arterial, entre outros.

A hipertensão é um problema crônico muito comum e sua prevalência aumenta de acordo com a idade. Se não for tratada e controlada, pode trazer complicações para o sistema cardiovascular, renal, encefálico e vascular periférico. Nesse contexto a hipertensão arterial desempenha papel relevante. A proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009³.

Considera-se hipertenso o indivíduo com idade acima de 18 anos que apresenta valores de pressão arterial medida em consultório maior ou igual a 140 mmHg para pressão sistólica e/ou maior ou igual a 90 mmHg para pressão diastólica⁴.

Com o avanço da ciência médica os medicamentos para o controle da pressão ficaram cada vez mais acessíveis e específicos em sua atuação no organismo. Entretanto, além do tratamento medicamentoso faz-se necessário o tratamento não-farmacológico que, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴, baseia-se em: controle de peso, estilo alimentar, redução do consumo de sal, introdução de ácidos graxos insaturados na alimentação, fibras, proteína de soja, oleaginosas, laticínios e vitaminas, alho, abstinência de álcool e fumo, prática regular de atividade física e controle do estresse psicoemocional (Quadro1). É preconizado também que haja manutenção do índice de massa corporal inferior a 25kg/m^2 e circunferência abdominal inferior a 102cm para homens e 88cm para mulheres⁵.

Quadro 1 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da Pressão Arterial Sistólica*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5 a $24,9\text{ kg/m}^2$)	5 a 20 mmHg para cada 10kg de peso reduzido
Padrão Alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2g(5g de sal/dia)= no máximo 3 colheres de café rasas de sal= 3g +2g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo por 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para mulheres.	2 a 4 mmHg
Exercício Físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos 30 min/dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento.	4 a 9 mmHg

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2010.

*Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular

**Pode haver efeito aditivo para algumas medidas adotadas

O estudo realizado por Sacks et al. intitulado *Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH*⁶, sobre o padrão dietético e o comportamento da

pressão arterial (PA) em 459 pacientes com PA sistólica < 160mmHg e PA diastólica de 80 a 95mmHg, constatou que um padrão dietético que ofereça equilibradamente alimentos saudáveis, aumento do consumo de frutas, vegetais e laticínios magros, grãos integrais, menor quantidade de carne vermelha, doces e refrigerantes, reduz a pressão arterial significativamente quando comparados aos resultados observados por tratamento com fármacos anti-hipertensivos.

O mais famoso estudo desenvolvido sobre os riscos cardiovasculares, denominado *Framingham Heart Study*⁷, inicialmente realizado após a Segunda Guerra Mundial com indivíduos que não haviam desenvolvido doenças cardiovasculares nem apresentado infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral mostrou, dentre outros resultados, que a redução dos fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial, contribuiu para o declínio de 60% da mortalidade nos homens entre 50-59 anos de 1970 comparado com homens da mesma idade do ano de 1950.

Estudos como o de Geleijnse et al⁸ têm mostrado que a prevalência da hipertensão arterial, com diferentes classificações de fatores de risco nas sociedades ocidentais, é diretamente afetada pelo estilo de vida e dieta. Dependendo da população e mediante estratégias efetivas pode-se reduzir a prevalência em, no mínimo, 40%. Sabe-se que, além do estilo de vida e da dieta, a genética é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

De acordo com o Ministério da Saúde⁹,

A população negra brasileira, devido à miscigenação de negros procedentes de várias regiões africanas com características genéticas e culturais peculiares e, posteriormente, pela miscigenação entre negros e brancos ocorridas no país, apresenta uma especificidade genética que a distingue do resto do mundo. A atual frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população brasileira afro descendente é influenciada por estas características de ordem genética e ainda fortemente por fatores socioeconômicos que incluem o regime de escravidão vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela da população.

Estudos¹⁰ desenvolvidos têm confirmado que os não-brancos apresentam maior prevalência de hipertensão arterial quando comparados aos brancos. Entre Adventistas do Sétimo Dia há estudos comparativos entre estas diferentes etnias relacionando hábitos alimentares e suas consequências na saúde, entre outros diversos estudos.

Estudo¹¹ de coorte realizado na Califórnia (EUA) com 56.754 membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia (74,7% brancos e 25,3% negros) mostrou prevalência maior de hipertensão arterial na população negra quando comparada à população branca (33,6% vs 25,4%, $p < 0,001$). Dentre os pesquisados o número de vegetarianos brancos foi maior que o de negros (48% vs 24%) e não vegetarianos (52% vs 76%). Os resultados mostraram uma prevalência de hipertensão 200% maior em não vegetarianos.

Os líderes da Adventistas do Sétimo Dia, além das questões ligadas à espiritualidade, orientam seus fiéis a adotarem uma alimentação com menor ou nenhuma ingestão de carne, maior consumo de frutas, cereais, grãos, verduras e legumes, prática de atividade física regular, além do abandono do uso de bebidas alcoólicas e fumo, caracterizando-se como ponto doutrinário¹².

Membros desta denominação religiosa já foram alvo de vários estudos internacionais devido às práticas religiosas distintas que possuem, orientações para hábitos de vida saudáveis, como os preconizados para evitar a doenças cardiovasculares, câncer, entre outras. Grande parte das pesquisas desenvolvidas com esta população considera de suma importância as questões alimentares, sendo estas correlacionadas com o desfecho de possíveis doenças, inclusive hipertensão arterial.

1.1 PREVALÊNCIA E CONTROLE DA HIPERTENSÃO NO MUNDO

Nos últimos tempos a área da saúde tem avançado e permitido que doenças, outrora incapacitantes, sejam controladas conferindo maior

longevidade e melhor qualidade de vida aos seus portadores. A hipertensão arterial está entre essas doenças. Essa possibilidade de controle tem proporcionado aos portadores de hipertensão condições de viverem melhor quando são aderentes ao seu tratamento. Contudo, a hipertensão arterial continua sendo uma patologia altamente prevalente induzindo a importantes agravos à saúde, conforme se observa através de dados oficiais.

De acordo com o documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹³, no mundo há, pelo menos, 600 milhões de hipertensos. Esta organização afirma também que, aproximadamente, dois terços dos acidentes vasculares encefálicos e metade das cardiopatias são atribuíveis ao descontrole dos níveis de pressão arterial.

Dados do *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)*¹⁴ 2003-2006 indicaram que, nos Estados Unidos, 33,6% das pessoas adultas com idade ≥ 20 anos são hipertensas e o controle dos indivíduos que fazem o tratamento da hipertensão está em 44%. No *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (VII Joint)*¹⁵ observa-se que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75mmHg¹⁶. Entre os fatores de risco para a mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana.

Nos países da América Latina, a prevalência da hipertensão e o controle variam de 23% a 35% e 6,7% a 19,2%, respectivamente (Figura 1).

Figura 1 - Prevalência e Controle da Hipertensão em países da América Latina¹⁷

A prevalência (figura 2) e o controle da hipertensão em alguns países da Europa também ficam aquém do desejado.

* Nestes países a prevalência foi determinada apenas na população masculina.

Figura 2 - Prevalência de Hipertensão em alguns países da Europa^{18,19}.

O controle da hipertensão nos países europeus foi menor quando comparada aos países norte-americanos (Canadá e Estados Unidos). Nos países europeus a média do controle dos níveis de pressão foi de 8% nos indivíduos hipertensos quando comparados aos 23% dos canadenses e americanos (população entre 35 e 64 anos)^{18,19}. Na Áustria, Hungria e Eslováquia o controle foi alcançado em apenas 9,7%, 14,9% e 5,3%, respectivamente, sendo que nestes países o estudo analisou somente homens devido à pequena amostra de mulheres na Áustria inviabilizando a análise comparativa. Na Romênia, a prevalência de hipertensão foi de 44,92%, maior em homens (50,17%) do que nas mulheres (41,11%) e predominantemente na área rural (49,47%) em comparação com área urbana (41,58%). A média de controle da hipertensão foi de 19,88%²⁰.

Artigo²¹ de revisão da literatura com dados da década de 90 sobre hipertensão e acidente vascular encefálico na Ásia mostrou que alguns países como Índia, China, Filipinas, Tailândia, Sri Lanka, Irã, Nepal e Paquistão tiveram rápido aumento na mortalidade por acidente vascular encefálico e na prevalência de hipertensão. Nestes países, a prevalência

variou entre 15% e 35% na população adulta urbana. Na população rural a prevalência foi duas ou três vezes menor do que nos sujeitos urbanos.

Em países africanos como Gana e Camarões, a prevalência de hipertensão em homens e mulheres foi de 33,4% vs 28,9% e 25,6% vs 23,1%, respectivamente²².

Na Austrália a prevalência de doenças cardíacas, vasculares e acidente vascular encefálico aumentou para 18,2% desde a última década. A proporção de australianos adultos com hipertensão é de 30% (3,69 milhões de adultos)²³.

1.2 PREVALÊNCIA E CONTROLE DA HIPERTENSÃO NO BRASIL

Por se tratar de um dos fatores de risco cardiovascular mais importante, inúmeras pesquisas têm sido feitas com o intuito de descrever sua prevalência e suas consequências.

Segundo Lessa *et al*²⁴, entre os anos de 1970 e 1990, a prevalência de hipertensão nas regiões brasileiras era: Região Sul, entre 1,28% e 27,1%; Região Centro-Oeste: entre 6,03% e 16,75%; Região Nordeste: entre 7,02% e 40,3%; Região Sudeste: entre 5,04% e 37,9%; não havendo referência em relação à Região Norte do país.

Como no Brasil não há estudo de magnitude nacional que revele a prevalência, a estimativa é feita a partir de estudos regionais podendo sofrer interferências das diferentes metodologias usadas nestes estudos. Os índices apontados variam entre 20% a 40%. Entretanto, pesquisas dos últimos 20 anos apontaram a prevalência da hipertensão na população geral acima de 30%⁴; entre os gêneros foi de 35,8% nos homens e de 30% nas mulheres e nos indivíduos entre 60-69 anos a prevalência foi de 50% e em indivíduos acima de 70 anos foi de 75%^{25,26,27}. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴, entre 1990 a 2004 a

prevalência de hipertensão arterial (pressão $\geq 140/90$ mmHg) variou de 22,3% a 43,9% (média de 32,5%) em várias cidades do país.

Embora vários estudos avaliando a prevalência de hipertensão tenham sido desenvolvidos com metodologias diferentes, as prevalências em algumas das cidades brasileiras são: 27,4% em São Luís (MA)²⁸; 32% em São Paulo²⁹; 25,2% em São José do Rio Preto (SP)²⁵; 31,5% em Catanduva (SP)³⁰; 32,7% em Piracicaba (SP)³¹; 51,8% em Campinas³²; 30,1% em Nobres (MT)²⁶; 23,2% em Sinop (MT)³³; 41,1% em Campo Grande (MS)³⁴; 36,4% em Goiânia (GO)³⁵; 29,9% em Salvador (BA)³⁶; 32,7% em Formiga (MG)³⁷; 23,6% em Pelotas (RS)³⁸; 33,7% no Rio Grande do Sul (RS)³⁹; 14,7% em Luzerna (SC)⁴⁰; 33,8% em Lages (SC)⁴¹; 36,4% em Tubarão (SC)⁴²; 22,58% em Caucaia (CE)⁴³.

Sendo o Brasil um país extenso e com ampla diversidade cultural, entende-se ser necessário um estudo de magnitude nacional estimando a prevalência de hipertensão, nos quais sejam apresentados dados fidedignos, para que haja intervenções efetivas a fim de melhorar o controle e adesão ao tratamento.

Estudo⁴⁴ realizado na cidade de Bambuí (MG) mostrou que a prevalência de hipertensão auto-referida e hipertensão foi, respectivamente, 27,2% e 23,3%.

A Ação de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁴⁵ realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006, tem a finalidade de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais dos 26 estados brasileiros. O inquérito realizado durante o ano de 2009 mostrou que, em relação à hipertensão arterial referida, a frequência do diagnóstico de hipertensão arterial foi de 24,4%, sendo maior nas mulheres do que em homens (27,2% vs 21,1%).

Observando as prevalências de hipertensão arterial nas diversas cidades brasileiras, acredita-se ser de extrema importância trabalhar em favor da educação e conscientização dos normotensos para que criem

hábitos saudáveis a fim de evitar tal doença e suas consequências, bem como buscar estabelecer estratégias de assistência para que o hipertenso seja mais aderente ao seu tratamento evitando assim as repercussões maléficas que a hipertensão pode causar ao organismo.

Segundo o Ministério da Saúde⁴⁶, se for reduzida a pressão arterial diastólica média de uma população em cerca de 4 mmHg, em um ano, nessa comunidade, haverá uma redução de 35% a 42% dos acidentes vasculares cerebrais. Conforme a Organização Mundial de Saúde⁴⁷ se houver uma redução média de 5 mmHg na pressão arterial diastólica e/ou 10mmHg na pressão sistólica, haverá diminuição dos riscos de acidente vascular cerebral em aproximadamente um terço e redução do risco de coronariopatia em cerca de um sexto. Dessa forma, a adesão ao tratamento afim manter o controle da pressão arterial é de suma importância para mudar esse panorama de morbimortalidade em nosso país.

Gusmão *et al*⁴⁸ relatam que o termo adesão é muito amplo e pode ser interpretado de diversas maneiras. Este processo envolve fatores socioeconômicos, aspectos referentes ao sistema de saúde e aspectos relacionados ao paciente e ao tratamento medicamentoso ou não. É de extrema importância para o sucesso da terapia instituída pela equipe de saúde para que haja o controle adequado da pressão arterial e, conseqüentemente, a redução da morbidade.

Para Pierin *et al*⁴⁹, existem diferentes níveis de adesão. Os considerados aderentes são aqueles que seguem todo o tratamento proposto, apresentando alto nível de adesão. Porém há os que iniciaram o tratamento e o abandonaram, apresentando o mais alto nível de falta de adesão. Junto a estes estão os que, apesar de não seguirem o tratamento, continuam comparecendo às consultas médicas, sendo chamados de “persistentes”.

Uma das principais dificuldades em tornar o hipertenso aderente ao tratamento é devido a ausência de sintomas da doença e por suas

complicações virem a longo prazo. Por trás de tudo isso, estão as crenças e conhecimento em relação à saúde, cultura e hábitos de vida.

O controle da pressão no Brasil, pela mesma heterogeneidade com que os estudos são feitos, possuem variações expressivas de um local para outro. De acordo com estudo realizado por Strelec *et al*⁵⁰ em uma cidade do interior de São Paulo com 130 hipertensos, apenas 35% estavam controlados. Outro estudo⁵¹, também em unidades básicas de saúde porém na cidade de São Paulo, feito com hipertensos mostrou índice de controle de 46,5%. Estes hipertensos foram submetidos a processo educativo periódico durante seis meses elevando, ao final do estudo, o controle para 63,2%.

Estudos nacionais têm mostrado variação no controle da pressão. Em Porto Alegre³⁹ o controle foi de 34,7% entre os 918 participantes estudados. Estudo⁵² transversal realizado com 1210 pacientes acompanhados em um serviço de nefrologia mostrou que houve controle em 20,9% dos pacientes. Marcopito *et al*⁵³ em seu estudo de base populacional com 2103 pessoas na faixa entre 15 a 59 anos, revelou que 24,3% dos participantes não estavam com a pressão controlada. Estudo²⁹ realizado por Mion Jr *et al* com 613 pessoas entrevistadas por telefone mostrou que dos 23% dos hipertensos referidos, 35,2% referiram estar com a pressão controlada. Em unidades básicas de saúde da região oeste de São Paulo, verificou-se que 45,5% dos hipertensos estavam com a pressão controlada⁵⁴.

De acordo com Simonetti *et al*⁵⁵, a hipertensão arterial é uma doença resultante das condições de vida do homem moderno, que expressa sua forma de viver e as contradições sociais existentes. Sendo assim, sabe-se que se houver mudança nos hábitos de vida, a hipertensão arterial pode ser evitada e controlada. Os membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia adotam estilo de vida diferenciado e esta atitude resulta em melhores condições de saúde.

1.3 OS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵⁶, os evangélicos foram o grupo que mais cresceu na última década do século XX.

De acordo com documento oficial da Conferência Geral dos Adventistas⁵⁷ no ano de 2009 houve um crescimento mundial no número de membros batizados na igreja da ordem de 2,43%, alavancado, principalmente, pela Divisão Sul Americana, da qual o Brasil faz parte. No ano de 2007 o Brasil foi ultrapassado pela Índia em número de adventistas. Atualmente a Índia é o país com maior número de Adventistas no mundo (1.468,865 membros batizados). Hoje o Brasil ocupa o segundo lugar com 1.229,879 membros batizados seguido dos Estados Unidos com 1.043,716 membros batizados.

A Igreja Adventista do Sétimo Dia é dirigida por Pastores formados no curso de Teologia, obedecendo a uma rígida hierarquia, conforme ilustração.

Figura 3 - Representação da hierarquia da Igreja Adventista do Sétimo Dia

A administração da Igreja Adventista do Sétimo dia é denominada Conferência Geral, com sede nos Estados Unidos da América, na cidade de Silver Spring, MD. Segundo dados da Conferência Geral⁵⁷, a Igreja Adventista possui 16.307.880 membros batizados (sendo 1 Adventista para cada 418 pessoas no mundo) e 68.225 igrejas constituídas no mundo, excluindo-se os pequenos grupos (pequenos núcleos contabilizados na igreja sede do distrito, até que se tornem igrejas independentes). Os países do mundo são agrupados, formando-se as Divisões. O Brasil pertence à Divisão Sul Americana, com sede em Brasília, DF, Brasil, que possui 9.553 igrejas e 2.617.706 membros. Por sua vez, os estados do Brasil são divididos em Uniões. O estado de São Paulo encontra-se na União Central Brasileira, com sede na cidade de Artur Nogueira, SP, com um total de 914 igrejas e 193.360 membros. As cidades do estado são divididas em Associações. O estado de São Paulo, devido a sua extensão e por concentrar o maior número de adventistas no Brasil, subdivide-se em sete associações. São elas: Associações Paulista Sul, Paulista Leste, Paulista Oeste, Paulistana (todas as 4 citadas pertencem à capital); Associação Paulista do Vale (vale do Paraíba - SP), Paulista Central (região central e leste do estado de São Paulo) e Paulista Sudoeste (região oeste do estado de São Paulo). As associações se subdividem em distritos que correspondem às cidades que os compõem. Cada distrito conta com um Pastor que o dirige e cada igreja do distrito conta com um corpo de líderes que auxiliam o Pastor na administração geral e evangelística. As igrejas são organizadas em departamentos e os líderes, nomeados por uma comissão de membros locais, são responsáveis pela direção dos departamentos sendo diretamente coordenados pelo Pastor local. Os departamentos existentes são: Saúde, educação, ministério de jovens, ministério da criança e do adolescente, agência adventista de recursos assistenciais – ajuda humanitária (ADRA), fidelidade cristã, desbravadores (semelhantes aos escoteiros), música, ministério pessoal, escola sabatina, secretaria, tesouraria, zeladoria, ministério da mulher, além do diaconato (responsáveis

pela ordem durante os cultos) e ancionato (cooperadores diretos do Pastor distrital).

1.3.1 Conhecendo as crenças de saúde dos Adventistas do Sétimo Dia

Os seguidores da religião Adventistas do Sétimo Dia crêem que “o corpo humano é o templo (morada) do Espírito Santo de Deus”, conforme escrito bíblico em I Coríntios 6:19, devendo ser protegido através de bons hábitos de saúde, pois a saúde física e espiritual estão relacionadas. O Manual da Igreja Adventista do Sétimo Dia⁵⁸ apresenta, dentre outras, suas doutrinas sobre saúde, sendo estas: adoção de dieta saudável preferencialmente vegetariana, prática regular de exercício físico, repouso adequado, abstinência de drogas, bebidas alcoólicas, cafeína, tabaco e alimentos considerados “imundos” identificados pela Bíblia Sagrada no livro de Levíticos capítulo 11. A observação de destes preceitos, bem como a abstinência destes alimentos faz-se necessário para os indivíduos que desejarem tornar-se membros da igreja.

Para os Adventistas as crenças de saúde partem não somente dos escritos bíblicos, como também dos livros escritos por Ellen Gold White tida por eles como uma mulher inspirada por Deus para fornecer instruções relacionadas à saúde e outros assuntos. Nascida em 1827, Ellen iniciou-se como escritora aos 17 anos sendo considerada a escritora mais traduzida em toda a história da literatura, publicando 49 livros e mais de 5 mil artigos. Seus livros sobre saúde, traduzidos para o português, são: Ciência do Bom Viver, Conselho Sobre o Regime Alimentar, Conselho Sobre Saúde, Medicina e Salvação, Temperança, Testemunhos Para a Igreja (8 volumes) e Vida no Campo⁵⁹.

A igreja Adventista do Sétimo Dia sugere aos seus membros a adoção da alimentação vegetariana com a suplementação dos nutrientes perdidos na abstinência do uso de carnes. Tal suplementação é indicada por Ellen White, autora adventista, em um de seus livros⁶⁰. Entretanto, não há

impedimento aos membros de utilizarem as carnes em sua dieta, exceto as consideradas “imundas” (como a carne de porco). Além disso, o livro contendo as 27 doutrinas da Igreja⁶¹ enfatiza que a dieta original dada por Deus não era baseada no consumo de carnes uma vez que não era plano de Deus que os animais fossem mortos para satisfazer o apetite humano.

Embora sejam orientados quanto à alimentação, observa-se que o número de vegetarianos entre os Adventistas, não é maior que o de não vegetarianos. Assim, boa parte dos membros desta denominação religiosa são ovolactovegetarianos ou onívoros.

Segundo Nakashima et al⁶² considera-se vegetariano o indivíduo que não se alimenta de nenhum produto de origem animal; lactovegetarianos são aqueles, que incluem derivados de leite; já os ovolactovegetarianos permitem, além dos derivados de leite a inclusão do ovo; e os onívoros aqueles com capacidade de comer de tudo, inclusive produtos industrializados.

Com a adoção deste estilo de vida acredita-se que a prevalência de hipertensão arterial seja diminuída nesta população.

1.3.2 Os Adventistas do Sétimo Dia e as pesquisas sobre saúde

Verifica-se a estreita relação entre crenças, hábitos e estilos de vida como fatores que influenciam nos níveis da pressão arterial, indicando que a adoção de um estilo de vida saudável é de suma importância no controle da hipertensão^{4,13,15,63,64}. Desta forma, a alimentação adequada está associada com uma proteção significativa contra doença coronária e acidente vascular encefálico⁶⁵. Sendo a hipertensão arterial um dos principais fatores de risco cardiovascular, a adoção de um estilo de vida saudável beneficia o controle desse fator de risco cuja prevalência cresce significativamente com o envelhecimento.

Em geral, os estudos realizados com Adventistas do Sétimo Dia enfatizam a alimentação e estilo de vida como fatores importantes na prevenção de doenças cardiovasculares, câncer, entre outras.

Os primeiros estudos de coorte realizados com os Adventistas do Sétimo Dia da Califórnia^{66,67,68,69}, avaliando também a mortalidade^{70,71} desta população, mostrou que estes apresentavam menores riscos para a maioria dos cânceres, doenças cardiovasculares e diabetes. As mulheres e homens viveram, respectivamente 4,4 anos e 7,3 anos a mais que a população geral da Califórnia⁷². Estes estudos também mostraram as vantagens da dieta vegetariana entre Adventistas, achando forte evidência de que a carne aumentou o risco de câncer do cólon⁶⁹ e doenças coronarianas^{67,73}, e que o consumo de nozes reduziu o risco das doenças coronarianas^{67,68}.

Outro estudo⁷⁴ realizado entre 160 Adventistas e 160 vizinhos não adventistas a fim de verificar fatores de risco para doenças isquêmicas do coração mostrou que apesar de não haver diferença entre os valores pressóricos, os valores de colesterol sérico, LDL e HDL foram significativamente menores nos Adventistas. O risco médio de um ataque cardíaco nos próximos 5 anos nos Adventistas foi de 2,35%, enquanto que para os vizinhos foi de 3,07% ($p=0,02$).

A combinação de dieta, exercícios físicos, controle do índice de massa corporal, redução de peso e terapia de reposição hormonal (em mulheres) aumentou significativamente a expectativa de vida dos Adventistas quando comparados aos não-adventistas⁷².

Análise de estudos⁷⁵ realizada nos Estados Unidos da América sobre a dieta dos Adventistas do Sétimo Dia mostrou que dietas saudáveis podem ter maior impacto na saúde, particularmente nas doenças cardiovasculares. Importantes achados incluem benefícios no consumo diário de nozes e efeitos adversos no consumo de carnes bovinas principalmente em homens.

Resultados preliminares de um estudo⁷⁶ em Barbados envolvendo Adventistas do Sétimo Dia vegetarianos e não-vegetarianos auto-referidos mostraram que houve diferença na prevalência de: hipertensão (24,3% vs

28,2%); diabetes (9% vs 11,3%); sobrepeso (54,1% vs 59,1%); obesidade (15,3% vs 22%), respectivamente.

Em outro estudo⁷⁷ também realizado nos Estados Unidos, junto aos membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, na cidade de Loma Linda, no estado da Califórnia constatou-se que além de menores níveis de pressão arterial, eles apresentaram menores níveis de LDL colesterol, colesterol total e triglicerídes. O estudo aponta ainda uma longevidade maior desse grupo de evangélicos em cerca de 9 a 9,5 anos em relação à expectativa média de vida dos californianos. Outra investigação⁷⁸ feita entre indivíduos vegetarianos e não vegetarianos mostrou níveis de HDL colesterol mais elevados entre os vegetarianos, bem como diminuição de triglicérides e LDL colesterol. O mesmo estudo indica que a dieta vegetariana desempenhou papel na proteção vascular.

Outro estudo⁷⁹ mostrou diminuição estatisticamente significativa nos valores de peso, índice de massa corporal, pressão sistólica e diastólica, colesterol sérico e glicose através de vários programas de reabilitação realizados na República Tcheca, sob uso de dieta ovolactovegetariana com baixos teores de gorduras e calorias associadas à prática de exercícios físicos em local livre de estresse. Com estes resultados, concluíram que estas medidas tiveram impacto positivo na diminuição dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Ainda nesta linha, outros estudos mostraram que vegetarianos apresentaram pressão arterial mais baixa (entre 5 mmHg e 10 mmHg) que não vegetarianos⁸⁰ e também menor prevalência de hipertensão arterial⁸¹.

Estudo⁸² realizado com 406 estudantes afro-americanos e caucasianos de duas universidades Adventistas norte-americanas mostrou que a prevalência de sobrepeso e obesidade nos estudantes afro-americanos foi maior, embora a prevalência de sobrepeso e obesidade tenha sido menor do que nos estudantes não-adventistas.

Além das mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida para o controle da pressão arterial e outras co-morbidades, pesquisas vêm mostrando que a religiosidade tem importante papel na saúde física.

Segundo o dicionário Michaelis⁸³ a religião é “serviço ou culto a Deus, ou a uma divindade qualquer, expresso por meio de ritos, preces e observância do que se considera mandamento divino; sentimento consciente de dependência ou submissão que liga a criatura humana ao Criador”.

Para Panzini et al⁸⁴,

Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento. Pode haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não necessariamente são de natureza não-material, como o ateísmo.

Estudo realizado por Giaquinto *et al*⁸⁵ com 174 indivíduos voluntários mostrou que é necessário entender as crenças religiosas de indivíduos com risco de hipertensão para verificar a auto-confiança e o enfrentamento contra raiva, medo e estresse, fatores estes que podem exercer efeito negativo sobre a saúde.

Estudo⁸⁶ verificando enfrentamento religioso, etnia e a medida ambulatorial da pressão arterial em 155 homens e mulheres, sendo 78 afro-americanos e 77 caucasianos, mostrou que o altos níveis de enfrentamento religioso dos afro-americanos se associaram com menores valores pressóricos no período de vigília e sono. Os afro-americanos também foram diferentes estatisticamente em relação aos caucasianos por apresentarem maior enfrentamento religioso e satisfação do apoio social, sendo esta última associada com menor valor pressórico na vigília. Pessoas com alto nível de religiosidade geralmente têm diminuição nos níveis de ansiedade e depressão, tem aumento no apoio social, melhor habilidade e recurso para combater dificuldades, comparados a pessoas com baixa religiosidade. Indivíduos religiosos também estão atentos para comprometer-se na

diminuição de comportamentos negativos à saúde (fumo, consumo de álcool, dieta pobre), percebem que estão sendo mais saudáveis do que a média das pessoas, e tem decrescente mortalidade e morbidade, comparado com outros que são menos religiosos.

Nesta mesma linha, estudo⁸⁷ realizado com 223 kuaitianos revelou que o comprometimento religioso associou-se com menores valores da pressão sistólica e diastólica. O compromisso com a religião e o envolvimento em atividades religiosas parece ser o principal elemento para a diminuição da pressão arterial entre a população pesquisada.

Para Alves *et al*⁸⁸ a religião parece ser um fator psicossocial e um benefício biológico na recuperação de doenças físicas e mentais. Independente dos possíveis mecanismos. Se os indivíduos recebem benefícios de saúde, a religião deve ser motivada, respeitando a individualidade de cada um.

Observa-se, pelos estudos analisados, que a religiosidade prática mostra-se como fator protetor contra doenças cardiovasculares, por promoverem melhor controle da ansiedade/estresse e hábitos de vida saudáveis.

Face aos aspectos colocados evidenciando que a hipertensão arterial é um problema de grande magnitude e sendo o Brasil o segundo país com o maior número de pessoas Adventistas do Sétimo Dia, optou-se por realizar o presente estudo a fim de avaliar a prevalência de hipertensão arterial neste grupo específico em uma capital brasileira e no interior do mesmo estado, já que não há pesquisas nacionais abordando este tema nesta população.

2.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a prevalência da hipertensão arterial aferida e referida nos membros batizados da Igreja Adventista do Sétimo Dia na cidade de São Paulo e no interior paulista.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os participantes em relação a:

- Dados biossociais: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação;
- Dados antropométricos: peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial;
- Hábitos de vida: prática de exercícios físicos, etilismo e tabagismo;
- Religiosidade; e
- Variáveis psicossociais.

2. Comparar os hipertensos Adventistas do Sétimo Dia da capital com os do interior segundo prevalência de hipertensão, dados biossociais, antropométricos, hábitos de vida, religiosidade e fatores psicossociais.

3. Avaliar o controle da pressão arterial.

4. Associar o controle da pressão arterial com as características biopsicossociais e religiosas.

3.

Casuística e Método

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, de campo, exploratório, descritivo, comparativo, de abordagem quantitativa.

A caracterização dos participantes foi realizada através de instrumentos que avaliaram os aspectos biosocioeconômicos, religiosidade, presença de transtornos mentais comuns não psicóticos, apoio social, medidas antropométricas e medida da pressão arterial. Para cada participante foi solicitado o preenchimento de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), ficando uma via com eles e outra com a pesquisadora.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob nº 817/2009.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três localidades diferentes: na cidade de São Paulo e em duas cidades do interior do estado de São Paulo.

3.2.1 Descrição das cidades

A cidade de São Paulo, devido ao grande número de habitantes, foi dividida pela Associação Geral da Igreja Adventista do Sétimo Dia em três associações: Associação Paulistana (AP), Associação Paulista Leste (APL) e Associação Paulista Sul (APS). Estas associações são divididas em

regiões que, por sua vez, são divididas em distritos onde estão localizadas as igrejas, ficando cada um sob responsabilidade de um pastor.

A seguir, o quadro mostra as respectivas associações com o total de regiões, distritos e membros batizados frequentes às atividades religiosas.

Quadro 2 - Divisão das associações da Igreja Adventista na cidade de São Paulo de acordo com o número de regiões, distritos, igrejas e membros.

	Número de regiões	Número de distritos	Número de igrejas	Número de membros
Associação Paulista Leste	6	41	121	29.318
Associação Paulistana	5	60	145	32.301
Associação Paulista Sul	8	56	155	45.229
Total da cidade de São Paulo	19	157	421	106.848

Fonte: <http://www.adventiststatistics.org>, 2011.

Observa-se que a Associação Paulista Sul concentra o maior número de Adventistas do Sétimo Dia. Sendo assim, optou-se por realizar a pesquisa nesta região da cidade de São Paulo.

Com relação aos participantes do interior, a associação escolhida foi a Associação Paulista Sudoeste (APSo), sediada na cidade de Sorocaba (SP), que engloba 101 municípios, com uma população aproximadamente de 4 milhões de habitantes. Estas cidades estão distribuídas em 7 regiões, 31 distritos pastorais e possui 23.098 membros adventistas batizados e frequentes às atividades religiosas⁸⁹. As cidades (distritos) participantes da pesquisa foram Itararé e Itapeva, sendo esta última onde reside a pesquisadora. De acordo com censo IBGE 2010⁵⁶, Itapeva possui 87.765 habitantes. O distrito possui oito Igrejas Adventistas e 580 membros; Itararé possui 47.939 habitantes; 10 igrejas Adventistas e 979 membros, totalizando 1.559 adventistas. Ambas as cidades do interior possuem características

econômicas e culturais semelhantes, distando 50Km uma da outra. São essencialmente agrícolas e distam cerca de 280Km da capital do estado^{90,91}.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo consistiu em membros batizados e frequentes às atividades religiosas da Igreja Adventista do Sétimo Dia em duas igrejas da zona sul da cidade de São Paulo e nas igrejas das cidades de Itapeva e Itararé. Considerou-se membro frequente aquele que comparecia semanalmente a pelo menos um dia de culto regular da igreja. As igrejas adventistas possuem pelo menos três cultos regulares (sábado, domingo e quarta-feira).

3.3.1 Casuística dos participantes

Ao ser escolhida a zona sul para participar do estudo devido ao maior número de adventistas, estabeleceu-se contato com o pastor presidente da Associação Paulista Sul para explicar sobre os objetivos da pesquisa e pedir permissão para a realização da mesma. Com a permissão concedida, iniciou-se a aleatorização das igrejas através do uso do programa Excel.

As igrejas sorteadas foram Santo Amaro e Campo Limpo. Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a estimativa da prevalência de hipertensão de 25%, variação de 8%, 5% de erro tipo I e 80% de poder do teste.

A amostra total seria composta por 242 indivíduos pertencentes à igreja Adventista do Sétimo Dia. Deste total 121 corresponderia à capital e 121 ao interior. A pesquisa foi iniciada pelas igrejas da capital.

Ocorrido o sorteio, contatou-se os pastores responsáveis pelas igrejas sendo estes comunicados sobre a pesquisa e a permissão do presidente para sua realização. Estabeleceu-se a partir daí o contato com os

secretários das igrejas, que são os responsáveis pelo controle do rol de membros. Foi-lhes explicado sobre a pesquisa e a necessidade de que eles fossem o elo entre a pesquisadora e os membros participantes. A aleatorização dos participantes foi feita através da listagem de membros (todas as secretarias das referidas igrejas, tanto capital quanto interior, são informatizadas). Na medida em que a seleção era feita os nomes eram mostrados para a secretária a fim de que esta verificasse, junto com a pesquisadora, se o membro sorteado preenchia os critérios de inclusão/exclusão da pesquisa.

Para a divulgação da pesquisa nas igrejas, a pesquisadora compareceu em um dia habitual de culto (sábado) e apresentou o projeto para todos os membros, reforçando que os sorteados para participarem da pesquisa seriam contatados pessoalmente ou por telefone. Conforme a aceitação dos sorteados em participar da pesquisa, deu-se início à coleta de dados. Os que se recusaram participar foram sendo substituídos pelo nome seguinte, de acordo com a lista aleatorizada. No período estipulado para coleta de dados na cidade de São Paulo muitos sorteados não compareceram nas datas combinadas ou então desistiam de participar. Desta forma, a amostra da capital foi composta por 100 Adventistas do Sétimo Dia.

O mesmo procedimento foi realizado junto à Associação Paulista Sudoeste (APSo), com o presidente, os pastores e secretárias a fim de dar continuidade à pesquisa. Foram escolhidas as cidades de Itapeva e Itararé por se tratar da região na qual reside a pesquisadora e por serem cidades de pequeno porte contrapondo-se à capital possibilitando a comparação desejada neste estudo. Da mesma maneira que na capital, alguns participantes não compareceram nos dias da coleta de dados ou então não tiveram interesse em participar da pesquisa. Além disto, o número de pessoas que atendiam aos critérios de inclusão foi menor que na capital. Na medida em que alguns declinavam do convite, a substituição ficava escassa. O fator tempo também foi um limitador pra se conseguir obter maior número de pessoas, já que as atividades se restringiam aos domingos – dia este

escolhido pelos participantes. A amostra total das cidades do interior foi de 164 Adventistas do Sétimo Dia. Mesmo com todas essas dificuldades a amostra calculada, considerando a prevalência de hipertensão em 25%, foi atingida.

3.3.1.1 Critérios de inclusão

- Ter 18 anos ou mais;
- Ser membro batizado e frequente às atividades religiosas;
- Saber ler e escrever; e
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3.1.2 Critérios de Exclusão

- Mulheres gestantes; e
- Membros batizados, porém infrequentes.

3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Os dados biossocioeconômicos foram coletados no momento da entrevista pelo uso de uma ficha de identificação que abrangeu amplamente os itens de interesse do estudo como: sexo, idade (anos), estado civil, cor da pele (auto-referida), ocupação, renda (em salários mínimos vigente - R\$510,00), escolaridade, antecedentes pessoais e familiares para doenças cardiovasculares, hábitos alimentares, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e atividade física (APÊNDICE B).

A religiosidade foi avaliada pela Escala de Religiosidade da Duke – DUREL⁹² (ANEXO A), já validada no Brasil. Esta consta de 5 questões que

avaliam as dimensões da religiosidade que mais se relacionam com o desfecho da saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). As duas primeiras questões dizem respeito à frequência com que a pessoa vai a uma igreja e dedica tempo a atividades religiosas (RO e RNO). Os demais itens se referem a como a pessoa sente a presença de Deus em sua vida, se as crenças religiosas estão por trás de toda a sua maneira de viver e sobre o esforço que é feito para viver a religião em todos os aspectos da vida (RI). Na análise dos resultados deste instrumento as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) foram analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não foram somados em um escore total, segundo orientação dos validadores deste instrumento.

O aspecto social foi avaliado pela Escala de Apoio Social já validada em nosso meio (ANEXO B). Este instrumento pertence ao *Medical Outcomes Study* já adaptado para o português pela equipe do Estudo Pró-Saúde⁹³. Possui 19 questões com 5 dimensões: material (questões 1 a 4), afetivo (questões 5 a 7), emocional (questões 8 a 11), informação (questões 12 a 15) e interação social positiva (questões 16 a 19), onde a resposta do entrevistado indica a frequência com que ele pode contar com alguém se ele precisar de ajuda em atividades do dia-a-dia. Para cada resposta, são atribuídos escores que variam de 1 (nunca) a 5 (sempre), efetuando-se, em seguida, a soma dos pontos obtidos em cada pergunta⁹⁴. O total de pontos possíveis variou entre 19 pontos (mínimo) e 95 pontos (máximo). Para este estudo a média de pontos ficou estabelecida em 38 pontos. Sendo assim, foi considerado baixo apoio social os participantes que obtiveram de 19 a 38 pontos e alto apoio social os que obtiveram de 39 a 95 pontos.

Para verificar a presença de transtornos mentais comuns não psicóticos foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Esse instrumento permite que se verifique a presença de distúrbios que se caracterizam por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. O mesmo é composto de 20 questões dicotômicas (sim/não), sendo quatro questões sobre sintomas

físicos e dezesseis sobre distúrbios psicoemocionais (ANEXO C). Foi validado no Brasil por Mari JJ et al⁹⁵. Para o sexo masculino, segundo seu estudo em três centros de saúde da cidade de São Paulo, o ponto de corte foi de 5 (negativo)/ 6 (positivo), com uma sensibilidade de 89% e especificidade de 81%. Para o sexo feminino, o ponto de corte foi de 7 (negativo)/ 8 (positivo), com sensibilidade de 89% e especificidade de 77%.

3.5 COLETA DE DADOS

As reuniões foram previamente agendadas em dias e horários sugeridos pelos participantes após contato pessoal, telefônico, e-mail e anúncio nos boletins informativos das igrejas. As atividades foram desenvolvidas nas salas de reuniões sociais das igrejas de modo a facilitar o acesso do grupo. No encontro foram aplicados os instrumentos (questionários), por coletadores treinados sob supervisão da pesquisadora. Foram realizadas também as medidas antropométricas e a medida da pressão arterial. Naqueles que tinham dificuldade na compreensão das questões a coleta de dados se deu na forma de entrevista, em local reservado para preservar o participante no momento de verbalizar a resposta aos questionamentos.

3.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

O peso (em kilogramas) foi determinado por meio de uma balança digital marca TANITA Solar Scale HS 301, com precisão de 100gr e capacidade total para 150 kg. No dia das medidas foi solicitado ao participante que comparecesse com roupas leves para interferir minimamente na pesagem.

A altura (em centímetros) foi mensurada com o uso de fita métrica não distensível, posicionada formando um ângulo de 90° com o chão, numa

parede sem rodapé, a um (1) metro do chão. Solicitou-se ao participante a retirada do sapato, pés unidos contra a parede a fim de apoiar os cinco pontos do corpo (calcanhar, panturrilha, glúteos, escápulas e a cabeça) e que mantivesse seu corpo ereto olhando para o horizonte. Utilizando-se régua de 30cm posicionada no alto da cabeça foi realizada a leitura da medida da altura.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado através da equação $\text{peso} / \text{altura}^2$ e a determinação da circunferência abdominal efetuou-se pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, com fita métrica de 1,50m graduada de 0,5 em 0,5cm, não distensível. Desta forma foi determinada a presença de adiposidade abdominal, observando-se protocolo estabelecido na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica⁵. De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, o limite considerado normal para a circunferência abdominal em homens é < 95 cm e mulheres é < 80 cm. A avaliação do IMC foi de acordo com o quadro 3.

Quadro 3 - Valores de referência do Índice de Massa Corporal (IMC)

CATEGORIA	IMC	Peso saudável equivale ao peso Normal
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5	
Peso normal	18,5 – 24,9	
Sobrepeso	25,0 - 29,9	
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9	
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9	
Obesidade Grau III	40,0 e acima	

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica⁵, 2006

A prevalência da hipertensão referida foi identificada após a realização do preenchimento dos questionários e da resposta afirmativa à pergunta número 14 do instrumento de identificação, onde questiona-se ao

participante “se algum profissional da saúde informou que tinha hipertensão arterial”. Quanto ao controle, foi considerado controlado o indivíduo que, após três medidas consecutivas, apresentou a média da pressão arterial sistólica menor que 140mmHg e diastólica menor que 90mmHg. Os indivíduos não-controlados foram aqueles que apresentaram valores maiores ou iguais aos citados acima.

A medida da pressão foi realizada com aparelho automático marca OMROM–HEM 705CP, validado de acordo com as normas da *British Hypertension Society* (BHS) e da *Association for the Advancement of Medical Instrumentation* (AAMI)⁹⁶.

Foram realizadas três medidas consecutivas com intervalo de 1 minuto entre elas no membro superior esquerdo. Foi solicitado previamente aos participantes que para a verificação da pressão arterial não estivessem com a bexiga cheia, não tivesse ingerido alimento, bebida alcoólica, fumado ou praticado exercícios físicos nos 30 minutos anteriores à aferição e deixar livre de roupa o braço a ser utilizado para a realização da medida. Os critérios utilizados para a medida da pressão foram os mesmos descritos nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴: explicar ao participante o procedimento, obter a circunferência do braço para a escolha do manguito adequado, sentar o participante confortavelmente, posicionar o manguito sem folgas de 2 a 3 cm acima da fossa cubital, elevar o braço do paciente até a altura do coração, centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial, apertar a tecla “START” do aparelho automático, aguardar o término da medição automática, realizar a leitura, a impressão e a anotação fidedigna dos valores obtidos, retirar o manguito do braço do paciente e desligar o aparelho. Para a análise do estudo foi usada a média da segunda e terceira medida da pressão arterial.

4.

Análise dos Dados

4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística foi usado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.0, realizada com a ajuda de um assessor estatístico. Para as variáveis classificatórias descritivas, foram empregadas tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%) e para os dados contínuos, mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Para as variáveis categóricas, utilizou-se o Teste Qui-quadrado, para a análise dos grupos nas variáveis contínuas o Teste t de Student, Teste U de Mann-Whitney, o Teste de Kruskal-Wallis, quando pertinentes. Para a comparação das médias dos dados contínuos, usou-se a análise da variância com um nível de classificação de $p < 0,05$. Na análise bivariada, a associação entre as variáveis classificatórias foi realizada pelo Teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fischer. As variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada, foram utilizadas no ajuste do modelo de regressão logística. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

A análise multivariada da população Adventista, em relação à prevalência de hipertensão, foi feita a partir das variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) no modelo univariado. São elas: etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, responsável pela renda familiar, renda individual, pressão arterial sistólica e diastólica, vegetarianos e ovolactovegetarianos, última vez que mediu a pressão e domínio material da escala de apoio social.

Na análise multivariada dos hipertensos Adventistas em relação ao controle da pressão as variáveis que foram consideradas no modelo de regressão logística e que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) na análise univariada foram: idade, renda familiar, pressão arterial sistólica e sistólica, quanto tempo sabe que tem pressão alta, domínio material da escala de apoio social.

5.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas partes na forma de tabelas e figuras, de acordo com os objetivos do estudo. Os dados descritivos foram colocados inicialmente e, quando pertinente, foram sucedidos dos valores da média e desvio padrão. Os dois grupos avaliados no estudo foram comparados em relação à prevalência de hipertensão arterial e ao controle e não controle dos níveis de pressão arterial.

Na primeira parte foram apresentados os dados referentes ao total de participantes. A segunda parte foi referente aos dados apenas dos hipertensos incluindo o controle da pressão.

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES

O número total dos participantes foi de 264, sendo 100 da capital e 164 do interior. A seguir, serão mostrados os dados em relação a esta amostra.

Tabela 1 - Características biosocioeconômicas dos participantes Adventistas da capital e do interior, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de adventista batizado (anos)							
média±dp	19,70±12,79		19,42±16,20		19,53±14,97		0,17
Sexo							0,96
Feminino	60	60	98	59,8	158	59,8	
Masculino	40	40	66	40,2	106	40,2	
Etnia (referida)							0,01
Branca	65	65	133	81,1	198	75	
Negra	7	7	11	6,7	18	6,8	
Mulata	10	10	6	3,7	16	6,1	
Mestiça	11	11	11	6,7	22	8,3	
Amarela	7	7	3	1,8	10	3,8	
Estado Civil							0,02
Solteiro	35	35	32	19,5	67	25,4	
Casado	53	53	113	68,9	166	62,9	
Separado	6	6	13	7,9	19	7,2	
Viúvo	6	6	6	3,7	12	4,5	
Escolaridade							0,00
Lê e escreve	14	14	15	9,1	29	11	
1º Grau (completo/incompleto)	5	5	26	15,9	31	11,7	
2º Grau (completo/incompleto)	19	19	63	38,4	82	31,1	
Superior	62	62	60	36,6	122	46,2	
Ocupação							0,00
Autônomo	31	31	67	40,9	98	37,1	
Do Lar	5	5	27	16,5	32	12,1	
Aposentado	5	5	6	3,7	11	4,2	
Com vínculo empregatício	44	44	60	36,6	104	39,4	
Desempregado	15	15	4	2,4	19	7,2	
Tipo de moradia							0,23
Casa Própria	56	56	109	66,5	165	62,5	
Alugada	38	38	46	28,0	84	31,8	
Cedida	3	3	7	4,3	10	3,8	
Outro	3	3	2	1,2	5	1,9	
Responsável pela renda familiar							0,00
Participante	31	31	54	32,9	85	32,2	
Cônjuge	7	7	27	16,5	34	12,9	
Casal	35	35	65	39,6	100	37,9	
Filho	2	2	1	0,6	3	1,1	
Não Informou	-	-	1	0,6	1	0,4	
Outro	25	25	16	9,8	41	15,5	
Idade (em anos)							0,07
média±dp	39,17±15,27		42,39±15,19		41,17±15,27		
Renda Individual (salários mínimos)*							0,00
Média±dp	4,54±5,34		6,35±48		5,67±37,94		
Renda Familiar (salários mínimos)*							0,00
Média±dp	8,39±6,20		4,59±4,75		6,03±5,64		

* Salário mínimo (s.m) vigente R\$ 510,00

Os dados da Tabela 1 mostram que os adventistas de São Paulo e do Interior são semelhantes em relação ao tempo de batismo; a maioria era do sexo feminino, morando em casa própria, média de idade de 41,17 anos. Foram estatisticamente significativas as diferenças entre os dois grupos, nas variáveis: etnia referida branca (81,1% no interior vs 65% na capital); estado civil casado (interior 68,9% vs capital 53%); escolaridade superior na capital (60% vs interior 36,6%) e no interior o segundo grau (63% vs 19% capital); ocupação com vínculo empregatício para a maior parte dos participantes da capital (44% vs 36,6% interior) e no interior a maioria eram autônomos (67% vs 31%); responsável pela renda familiar o casal (interior 39,6% vs capital 35%); renda individual média (interior 6,35±48 s.m vs capital 4,54±5,34s.m) e renda familiar média (capital 8,39±6,20 s.m vs interior 4,59±4,75 s.m).

Tabela 2 - Dados pressóricos e antropométricos dos participantes Adventistas da capital e do interior, São Paulo – 2011

Variáveis	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	Média±dp		Média±dp		Média±dp		
Pressão Sistólica (mmHg)	115,38±16,52		123,66±19,62		120,53±18,91		0,00
Pressão Diastólica (mmHg)	68,74±8,94		74,88±11,85		72,55±11,23		0,00
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	25,08±4,76		26,21±4,70		25,78±4,75		0,06
Circunferência Abdominal (cm)	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	0,13
	91,40±9,66	90,83±12,78	91,78±11,08	94,15±11,20	91,63±10,52	92,89±11,89	
Valor p	0,81		0,18		0,38		
Total	91,06±11,59		93,20±11,18		92,39±11,36

Figura 4 - Valores da pressão arterial sistólica e diastólica dos Adventistas da Capital e Interior. São Paulo, 2011.

Os dados da Tabela 2 e Figura 4 mostram médias estatisticamente significativas menores de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) nos indivíduos da capital quando comparados aos do interior ($115,38 \pm 16,52 \times 68,74 \pm 8,94 \text{ mmHg}$ vs $123,66 \pm 19,62 \times 74,88 \pm 11,85 \text{ mmHg}$). Observa-se também maior índice de massa corporal e circunferência abdominal nos participantes do interior, tanto nas mulheres quanto nos homens, estando ambos acima dos valores estabelecidos pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica⁵.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes Adventistas da capital e do interior segundo hábitos de vida, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
É vegetariano?							0,01
Sim	11	11	5	3	16	6,1	
Não	80	80	133	81,1	213	80,7	
Ovolactovegetariano	9	9	26	15,9	35	13,3	
Etilismo							
Não	100	100	164	100	264	100	-
Tabagismo							0,44
Não, nunca fumou	87	87	137	83,5	224	84,8	
Não, parei	13	13	27	16,5	40	15,2	
Quanto tempo parou de fumar (anos)							0,21
Média±dp	21,00±14,24		17,44±15,75		18,60±15,19		
Atividade física							0,10
Sim	50	50	76	46,3	126	47,7	
Não, nunca pratiquei	16	16	44	26,8	60	22,7	
Não, parei	34	34	44	26,8	78	29,5	
Tipo de atividade física							0,06
Caminhada	22	44	53	68,8	75	59,1	
Esportes	15	30	14	18,2	29	22,8	
Ginástica	2	4	2	2,6	4	3,1	
Corrida	2	4	3	3,9	5	3,9	
Musculação	9	18	5	6,5	14	11	
Frequência							0,16
1-3 vezes/semana	38	76	46	59,7	84	66,1	
4-6 vezes/semana	9	18	23	29,9	32	25,2	
Todos os dias	3	6	8	10,4	11	8,7	

Os dados da tabela 3 apresentam a diferença estatística significativa ($p < 0,05$) em relação ao número de não vegetarianos no interior comparado à capital (81,9% vs 80%), bem como a maior proporção de ovolactovegetarianos (15,9% vs 9%), enquanto houve maior presença de vegetarianos na capital em relação ao interior (11% vs 3%). A totalidade da população do estudo não faz uso de bebida alcoólica. Nota-se também que a maioria do total de participantes nunca fumou, praticam atividades físicas de uma a três vezes por semana, sendo a caminhada a atividade mais praticada.

Tabela 4 - Caracterização dos participantes Adventistas da capital e do interior quanto à hipertensão arterial referida e aferida, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Já teve ou tem pressão alta							0,15
Sim	13	13	36	22	49	18,6	
Não	82	82	123	75	205	77,7	
Não sabe	5	5	5	3	10	3,8	
Algum profissional disse que tem hipertensão*							0,30
Sim	13	13	33	20,1	46	17,4	
Não	86	86	130	79,3	216	81,8	
Não sabe	1	1	1	0,6	2	0,8	
Hábito de medir a pressão							0,34
Sim	43	43	61	37,2	104	39,4	
Não	57	57	103	62,8	160	60,6	
Onde mede a pressão arterial							0,01
Farmácia	1	2,3	5	8,2	6	5,8	
Em casa	17	39,5	13	21,3	30	28,8	
Posto de saúde	9	20,9	28	45,9	37	35,6	
Outro	16	37,2	15	24,6	31	29,8	
Frequência com que mede a pressão arterial							0,51
Diariamente	1	2,3	1	1,6	2	1,9	
Semanalmente	11	25,6	16	26,2	27	26	
Mensalmente	13	30,2	15	24,6	28	26,9	
Semestralmente	15	34,9	17	27,9	32	30,8	
Anualmente	2	4,7	10	16,4	12	11,5	
Outro	1	2,3	2	3,3	3	2,9	
Sabe quando foi a última vez que verificou a pressão?							0,01
Sim	65	65	80	48,8	145	54,9	
Não	35	35	84	51,2	119	45,1	
Hipertensão							0,01
Sim	15	15	45	27,4	60	22,7	
Não	85	85	119	72,6	204	77,3	

* questão utilizada para determinar a hipertensão referida.

Figura 5 - Distribuição do total de hipertensos aferidos e referidos da Capital e Interior São Paulo, 2011.

De acordo com os dados da tabela 4, do total dos participantes, 30,8% referiu verificar a pressão pelo menos uma vez por semestre. A maioria informou não ter pressão alta (77,7%), que nenhum profissional de saúde disse ser ele portador de hipertensão (81,8%), porém 17,4% referiram ter sido informados, indicando a hipertensão referida. Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao local de medida da pressão arterial, sendo que a maior parte dos participantes do interior o faz no posto de saúde (45,9% vs 20,9%), enquanto que a maior parte dos participantes da capital mede a pressão em casa (39,5% vs 21,3%). O grupo de Adventistas da capital se diferiu significativamente ($p < 0,05$) do grupo do interior em relação ao conhecimento da última vez em que realizou a medida da pressão arterial (65% vs 48,8%). Em relação à prevalência de hipertensão arterial (figura 5), interior e capital apresentaram diferença estatisticamente significativa (27,4% vs 15%), embora a maioria dos participantes não tenha apresentado hipertensão (72,6% vs 85%).

Tabela 5 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior quanto às crenças sobre hipertensão arterial, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Acredita que a pressão alta é							0,65
Tão grave como o câncer	25	25	49	29,9	74	28	
Para toda vida como o diabetes	64	64	100	61	164	62,1	
Passageira como um resfriado	11	11	15	9,1	26	9,8	
Acredita que pressão alta tem cura?							0,70
Sim	50	50	86	52	136	51,5	
Não	50	50	78	47	128	48,5	
Quanto tempo deve durar o tratamento da pressão alta?							0,84
Menos de 1 ano	7	7	12	7,3	19	7,2	
De 1 a 5 anos	5	5	11	6,7	16	6,1	
A vida toda	88	88	141	86	229	86,7	
Acredita que a pressão alta pode trazer complicações							0,37
Sim	98	98	162	98,8	260	98,5	
Não	1	1	-	-	1	0,4	
Não sabe	1	1	2	1,2	3	1,1	
TIPOS DE COMPLICAÇÕES							
Derrame							0,28
Sim	80	81,6	123	75,9	203	78,1	
Não	18	18,4	39	24,1	57	21,9	
Infarto							0,78
Sim	80	81,6	130	80,2	210	80,8	
Não	18	18,4	32	19,8	50	19,2	
Problema renal							0,26
Sim	35	35,7	47	29	82	31,5	
Não	63	64,3	115	71	178	68,5	

Os resultados mostrados na tabela 5 revelam que a maioria dos participantes (62,1%) acredita que a pressão alta é para a vida toda como o diabetes, que o tratamento deve durar a vida toda (86,7%), porém acredita que a hipertensão arterial tem cura (51,5%). A maioria também acredita que a pressão alta pode trazer complicações (98,5%) tais como derrame (78,1%) e infarto (80,8%), porém 68,5% não acredita que a pressão alta possa desenvolver problema renal. Não houve diferença estatística entre os grupos.

Tabela 6 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior de acordo com o conhecimento sobre hipertensão arterial, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
TRATAMENTO DA PRESSÃO ALTA PODE EVITAR...							0,49
Asma							
Sim	12	12	19	11,6	31	11,7	
Não	44	44	61	37,2	105	39,8	
Não sabe	44	44	84	51,2	128	48,5	
Diabetes							0,47
Sim	32	32	50	30,5	82	31,1	
Não	33	33	45	27,4	78	29,5	
Não sabe	35	35	69	42,1	104	39,4	
Infarto							0,69
Sim	84	84	142	86,6	226	85,6	
Não	3	3	6	3,7	9	3,4	
Não sabe	13	13	16	9,8	29	11	
Derrame							0,25
Sim	85	85	149	90,9	234	88,6	
Não	6	6	4	2,4	10	3,8	
Não sabe	9	9	11	6,7	20	7,6	
Problemas renais							0,37
Sim	49	49	69	42,1	118	44,7	
Não	14	14	20	12,2	34	12,9	
Não sabe	37	37	75	45,7	112	42,4	
Impotência sexual							0,12
Sim	29	29	66	40,2	95	36	
Não	21	21	23	14	44	16,7	
Não sabe	50	50	75	45,7	125	47,3	
VOCÊ CONCORDA QUE...							
Praticar exercícios é importante no controle da pressão arterial?							1,00
Sim	98	98	161	98,2	259	98,1	
Não Sabe	2	2	3	1,8	5	1,9	
Nada posso fazer para evitar a pressão alta?							0,05
Sim	3	3	15	9,1	18	6,8	
Não	97	97	149	90,9	246	93,2	
Se meu pai ou mãe tem pressão alta, posso ter?							0,11
Sim	66	66	92	56,1	158	59,8	
Não	34	34	72	43,9	106	40,2	
Jovens não tem pressão alta?							0,14
Sim	9	9	25	15,2	34	12,9	
Não	91	91	139	84,8	230	87,1	
Pressão alta não tem sintomas?							0,85
Sim	24	24	41	25	65	24,6	
Não	76	76	123	75	199	75,4	
A pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg?							0,70
Sim	80	80	128	78	208	78,8	
Não	20	20	36	22	56	21,2	

Em relação ao conhecimento sobre hipertensão arterial (Tabela 6), 48,5% não souberam informar se o tratamento da pressão alta pode evitar doenças como asma, diabetes (39,4%) e impotência sexual (47,3%). Referem que tratar a pressão alta pode evitar infarto (85,6%), derrame (88,6%) e problemas renais (44,7%). A maioria dos participantes concorda que: praticar exercícios é importante no controle da pressão arterial (98,1%), a pressão é alta quando for maior que 140x90mmHg (78,8%), se o pai ou mãe tem pressão alta ele também pode ter (59,8%) e discorda das afirmativas “nada posso fazer para evitar a pressão alta” (93,2%), “jovens não tem pressão alta” (87,1%) e “pressão alta não tem sintomas” (75,4%).

Tabela 7 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior segundo antecedentes pessoais e familiares, São Paulo – 2011.

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
VOCÊ TEVE OU TEM...							
Diabetes							0,75
Sim	5	5	6	3,7	11	4,2	
Não	95	95	158	96,3	253	95,8	
Derrame							1,00
Sim	1	1	2	1,2	3	1,1	
Não	99	99	162	98,8	261	98,9	
Infarto							0,14
Sim	2	2	-	-	2	0,8	
Não	98	98	164	100	262	99,2	
Colesterol alto							0,99
Sim	22	22	36	22	58	22	
Não	78	78	128	78	206	78	
TEM ALGUÉM NA FAMÍLIA COM ...							
Pressão alta							0,38
Sim	69	69	120	73,2	189	71,6	
Não	21	21	35	21,3	56	21,2	
Não Sabe	10	10	9	5,5	19	7,2	
Quem							0,03
Pai	17	24,6	47	39,2	64	33,9	
Mãe	28	40,6	52	43,3	80	42,3	
Avós	13	18,8	11	9,2	24	12,7	
Irmãos	4	5,8	7	5,8	11	5,8	
Filhos	2	2,9	-	-	2	1,1	
Outro	5	7,2	3	2,5	8	4,2	
Problema de coração							0,46
Sim	43	43	66	40,2	109	41,3	
Não	42	42	80	48,8	122	46,2	
Não Sabe	15	15	18	11	33	12,5	
Quem							0,06
Pai	19	44,2	25	37,9	44	40,4	
Mãe	10	23,3	26	39,4	36	33	
Avós	12	27,9	8	12,1	20	18,3	
Irmãos	-	-	3	4,5	3	2,8	
Outro	2	4,7	4	6,1	6	5,5	
Derrame cerebral							0,29
Sim	20	20	45	27,4	65	24,6	
Não	71	71	101	61,6	172	65,2	
Não sabe	9	9	18	11	27	10,2	
Quem							0,38
Pai	5	25	12	26,7	17	26,2	
Mãe	3	15	13	28,9	16	24,6	
Avós	6	30	8	17,8	14	21,5	
Irmãos	1	5	6	13,3	7	10,8	
Outro	5	25	6	13,3	11	16,9	
Diabetes							0,41
Sim	49	49	85	51,8	134	50,8	
Não	46	46	65	39,6	111	42	
Não sabe	5	5	14	8,5	19	7,2	
Quem							0,17
Pai	12	24,5	21	24,7	33	24,6	
Mãe	11	22,4	30	35,3	41	30,6	
Avós	14	28,6	14	16,5	28	20,9	
Irmãos	5	10,2	14	16,5	19	14,2	
Outro	7	14,3	6	7,1	13	9,7	

Os dados da tabela 7 mostram que não houve diferença entre os grupos quanto aos antecedentes pessoais para diabetes, derrame, infarto e colesterol alto. Em relação aos antecedentes familiares, 73,2% dos participantes do interior e 69% dos participantes da capital referiram ter alguém na família com pressão alta, sendo a mãe o parente mais referido (interior 43,3% vs capital, 40,6%), seguido pelo pai (interior 39,2% vs capital, 24,6%). Não houve diferença entre os grupos nas demais variáveis relacionadas aos antecedentes familiares.

Tabela 8 - Comparação entre as participantes Adventistas da capital e do interior em relação à pressão alta na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 59)		Interior (n = 96)		TOTAL (N=155)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Pressão alta na gravidez							1,00
Sim	4	11,4	9	11	13	11,1	
Não	31	88,6	73	89	104	88,9	
Menopausa							0,14
Sim	11	18,6	28	29,2	39	25,2	
Não	48	81,4	68	70,8	116	74,8	
Terapia de reposição hormonal							0,00
Sim	-	-	7	7,3	7	4,5	
Não	59	100	85	88,5	144	92,9	
Parou	-	-	4	4,2	4	2,6	

Na tabela 8, em relação à pressão alta na gravidez tanto na capital quanto no interior, os dados revelam que o número de mulheres apresentou-se menor do que o total das participantes devido a algumas delas nunca terem engravidado, sendo que das mulheres que já foram gestantes, a maioria referiu não apresentar pressão alta durante a gravidez (88,9%). A maioria relatou também não estar na menopausa (74,8%). Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as participantes da capital (100%) e interior (88,5%) quanto a não utilização da terapia de reposição hormonal (TRH).

Tabela 9 - Comparação entre os participantes Adventistas da capital e do interior em relação aos transtornos mentais comuns segundo o *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Transtornos mentais comuns							0,52
Não	79	79	124	75,6	203	76,9	
Sim	21	21	40	24,4	61	23,1	
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS							
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	58	58	102	62,2	160	60,6	0,49
Tem se sentido triste ultimamente	29	29	65	39,6	94	35,6	0,08
Dorme mal	33	33	52	31,7	85	32,2	0,82
Tem dificuldade de pensar com clareza	25	25	57	34,8	82	31,1	0,09
Tem dificuldade para tomar decisões	30	30	50	30,5	80	30,3	0,93
Tem dores de cabeça frequentes	24	24	49	29,9	73	27,7	0,30
Tem sensações desagradáveis no estômago	23	23	44	26,8	67	25,4	0,48
Você se cansa com facilidade	21	21	40	24,4	61	23,1	0,52
Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias	20	20	40	24,4	60	22,7	0,40
Assusta-se com facilidade	20	20	39	23,8	59	22,3	0,47
Tem má digestão	20	20	32	19,5	52	19,7	0,92
Sente-se cansado o tempo todo	17	17	26	15,9	43	16,3	0,80
Tem perdido o interesse pelas coisas	12	12	22	13,4	34	12,9	0,73
Tem tremores nas mãos	9	9	23	14	32	12,1	0,22
Tem chorado mais do que de costume	8	8	24	14,6	32	12,1	0,10
Tem dificuldade no serviço	12	12	20	12,2	32	12,1	0,96
Tem falta de apetite	12	12	15	9,1	27	10,2	0,45
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	6	6	10	6,1	16	6,1	0,97
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos	3	3	6	3,7	9	3,4	0,77
Tem tido idéias de acabar com a vida	-	-	4	2,4	4	1,5	0,30

A avaliação da presença de transtornos mentais comuns não psicóticos pelo *Self-Report Questionnaire* - SRQ 20, conforme tabela 9, mostra que a maioria dos participantes não apresenta tais transtornos (76,9%). Embora não haja significância estatística, as alternativas mais assinaladas pelos participantes foram: sentirem-se nervosos, tensos ou preocupados (60,6%), sentirem-se tristes ultimamente (35,6%).

Tabela 10a - Distribuição da amostra de Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios material, afetivo e emocional, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
Perguntas	N	%	N	%	N	%	
SE VOCÊ PRECISAR, COM QUE FREQUÊNCIA CONTA COM ALGUÉM...							
DOMÍNIO MATERIAL							
1. que o ajude, se ficar de cama?							0,01
Nunca	12	12	9	5,5	21	8	
Raramente	14	14	10	6,1	24	9,1	
Às vezes	6	6	18	11	24	9,1	
Quase sempre	17	17	19	11,6	36	13,6	
Sempre	51	51	108	65,9	159	60,2	
2. para levá-lo ao médico?							0,12
Nunca	13	13	10	6,1	23	8,7	
Raramente	11	11	13	7,9	24	9,1	
Às vezes	16	16	19	11,6	35	13,3	
Quase sempre	15	15	25	15,2	40	15,2	
Sempre	45	45	97	59,1	142	53,8	
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias?							0,02
Nunca	12	12	6	3,7	18	6,8	
Raramente	13	13	16	9,8	29	11	
Às vezes	12	12	17	10,4	29	11	
Quase sempre	10	10	32	19,5	42	15,9	
Sempre	53	53	93	56,7	146	55,3	
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?							0,01
Nunca	10	10	6	3,7	16	6,1	
Raramente	10	10	15	9,1	25	9,5	
Às vezes	17	17	12	7,3	29	11	
Quase sempre	7	7	15	9,1	22	8,3	
Sempre	56	56	116	70,7	172	65,2	
DOMÍNIO AFETIVO							
5. que demonstre amor e afeto por você?							0,74
Nunca	1	1	2	1,2	3	1,1	
Raramente	4	4	4	2,4	8	3	
Às vezes	7	7	9	5,5	16	6,1	
Quase sempre	13	13	15	9,1	28	10,6	
Sempre	75	75	134	81,7	209	79,2	
6. que lhe dê um abraço?							0,57
Nunca	1	1	3	1,8	4	1,5	
Raramente	3	3	7	4,3	10	3,8	
Às vezes	6	6	7	4,3	13	4,9	
Quase sempre	20	20	22	13,4	42	15,9	
Sempre	70	70	125	76,2	195	73,9	
7. que você ame e que faça você se sentir querido?							0,72
Nunca	1	1	3	1,8	4	1,5	
Raramente	6	6	6	3,7	12	4,5	
Às vezes	5	5	5	3	10	3,8	
Quase sempre	10	10	21	12,8	31	11,7	
Sempre	78	78	129	78,7	207	78,4	
DOMÍNIO EMOCIONAL							
8. para ouvi-lo, quando você precisa falar?							0,79
Nunca	2	2	1	0,6	3	1,1	
Raramente	5	5	11	6,7	16	6,1	
Às vezes	13	13	18	11	31	11,7	
Quase sempre	21	21	33	20,1	54	20,5	
Sempre	59	59	101	61,6	160	60,6	
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?							0,50
Nunca	2	2	1	0,6	3	1,1	
Raramente	6	6	16	9,8	22	8,3	
Às vezes	12	12	20	12,2	32	12,1	
Quase sempre	25	25	31	18,9	56	21,2	
Sempre	55	55	96	58,5	151	57,2	
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?							0,51
Nunca	6	6	11	6,7	17	6,4	
Raramente	6	6	15	9,1	21	8	
Às vezes	17	17	23	14	40	15,2	
Quase sempre	20	20	22	13,4	42	15,9	
Sempre	51	51	93	56,7	144	54,5	
11. que compreenda seus problemas?							0,48
Nunca	4	4	3	1,8	7	2,7	
Raramente	8	8	13	7,9	21	8	
Às vezes	17	17	21	12,8	38	14,4	
Quase sempre	19	19	44	26,8	63	23,9	
Sempre	52	52	83	50,6	135	51,1	

Tabela 10b - Distribuição da amostra de Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios informação e interação social, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)		Interior (n = 164)		TOTAL (N=264)		Valor p
Perguntas	N	%	N	%	N	%	
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
DOMÍNIO INFORMAÇÃO							
12. para dar bons conselhos em situações de crise?							0,99
Nunca	2	2	3	1,8	5	1,9	
Raramente	8	8	11	6,7	19	7,2	
Às vezes	17	17	26	15,9	43	16,3	
Quase sempre	17	17	28	17,1	45	17	
Sempre	56	56	96	58,5	152	57,6	
13. para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?							0,87
Nunca	2	2	2	1,2	4	1,5	
Raramente	9	9	12	7,3	21	8	
Às vezes	13	13	24	14,6	37	14	
Quase sempre	19	19	38	23,2	57	21,6	
Sempre	57	57	88	53,7	145	54,9	
14. de quem você realmente quer conselhos?							0,58
Nunca	3	3	1	0,6	4	1,5	
Raramente	7	7	10	6,1	17	6,4	
Às vezes	16	16	32	19,5	48	18,2	
Quase sempre	21	21	35	21,3	56	21,2	
Sempre	53	53	86	52,4	139	52,7	
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?							0,69
Nunca	4	4	2	1,2	6	2,3	
Raramente	7	7	11	6,7	18	6,8	
Às vezes	20	20	36	22	56	21,2	
Quase sempre	22	22	36	22	58	22	
Sempre	47	47	79	48,2	126	47,7	
DOMÍNIO INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA							
16. com quem fazer coisas agradáveis?							0,51
Nunca	2	2	2	1,2	4	1,5	
Raramente	4	4	5	3	9	3,4	
Às vezes	10	10	20	12,2	30	11,4	
Quase sempre	28	28	32	19,5	60	22,7	
Sempre	56	56	105	64	161	61	
17. com quem distrair a cabeça?							0,77
Nunca	2	2	3	1,8	5	1,9	
Raramente	4	4	7	4,3	11	4,2	
Às vezes	16	16	17	10,4	33	12,5	
Quase sempre	21	21	36	22	57	21,6	
Sempre	57	57	101	61,6	158	59,8	
18. com quem relaxar?							0,94
Nunca	4	4	4	2,4	8	3	
Raramente	6	6	12	7,3	18	6,8	
Às vezes	16	16	24	14,6	40	15,2	
Quase sempre	21	21	34	20,7	55	20,8	
Sempre	53	53	90	54,9	143	54,2	
19. para se divertir junto?							0,54
Nunca	3	3	2	1,2	5	1,9	
Raramente	3	3	10	6,1	13	4,9	
Às vezes	14	14	23	14	37	14	
Quase sempre	23	23	30	18,3	53	20,1	
Sempre	57	57	99	60,4	156	59,1	

Os dados da tabela 10a e 10b mostram expressiva presença de apoio social em ambos os grupos. O grupo do interior diferiu significativamente ($p < 0,05$) do grupo da capital no domínio material quanto a, respectivamente: “sempre contar com alguém: que o ajude se ficar de cama (65,9% vs 51%), para ajudá-lo nas tarefas diárias (56,7% vs 53%) e para preparar suas refeições se não puder prepará-las (70,7% vs 56%). Não houve diferença estatística nos demais domínios.

Tabela 11 - Comparação dos participantes Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 100)	Interior (n = 164)	TOTAL (N=264)	Valor p
	Média±dp	Média±dp	Média±dp	
Apoio Social (total)	79,05±16,62	81,60±14,03	80,63±15,09	0,27
Domínio Material	15,7±5,41	16,9±4,32	16,24±4,83	0,01
Domínio Afetivo	13,70±2,30	13,88±2,24	13,81±2,26	0,41
Domínio Emocional	16,66±4,06	16,81±3,78	16,75±3,88	0,96
Domínio Informação	16,52±3,96	16,73±3,55	16,65±3,71	0,89
Domínio Interação Social Positiva	17±3,88	17,28±3,53	17,17±3,66	0,61

Figura 6 - Distribuição dos participantes Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo, 2011.

Os resultados da tabela 11 e figura 6 mostram que os valores das médias do total da escala de apoio social, bem como dos diferentes domínios, foram semelhantes entre os dois grupos. Houve diferença estatisticamente significativa somente no domínio material onde os participantes do interior apresentaram maior apoio social quando comparados aos participantes da capital (16,9±4,32 vs 15,7±5,41).

Tabela 12 - Comparação dos participantes Adventistas da capital e interior de acordo com a Escala de Religiosidade Duke-DUREL, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n=100)		Interior (n=164)		TOTAL (N=264)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ							
1-Vai a uma igreja, templo ou encontro religioso?							0,11
Mais do que uma vez por semana	60	60	120	73,2	180	68,2	
Uma vez por semana	29	29	28	17,1	57	21,6	
Duas a três vezes por mês	10	10	15	9,1	25	9,5	
Algumas vezes por ano	1	1	1	0,6	2	0,8	
Uma vez por ano ou menos	-	-	-	-	-	-	
Nunca	-	-	-	-	-	-	
2-Dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?							0,34
Mais do que uma vez por semana	42	42	67	40,9	109	41,3	
Uma vez por semana	47	47	78	47,6	125	47,3	
Duas a três vezes por mês	10	10	13	7,9	23	8,7	
Algumas vezes por ano	-	-	2	1,2	2	0,8	
Uma vez por ano ou menos	-	-	4	2,4	4	1,5	
Nunca	1	1	-	-	1	0,4	
ANOTE O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ							
3-"Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)".							0,83
Totalmente verdade para mim	91	91	148	90,2	239	90,5	
Em geral é verdade	9	9	16	9,8	25	9,5	
Não estou certo	-	-	-	-	-	-	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	
4-"As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver".							0,80
Totalmente verdade para mim	76	76	128	78	204	77,3	
Em geral é verdade	21	21	33	20,1	54	20,5	
Não estou certo	3	3	3	1,8	6	2,3	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	
5-"Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida"							0,66
Totalmente verdade para mim	77	77	135	82,8	212	80,6	
Em geral é verdade	19	19	22	13,5	41	15,6	
Não estou certo	3	3	4	2,5	7	2,7	
Em geral não é verdade	1	1	2	1,2	3	1,1	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	

Os dados da tabela 12 mostram que em relação à religiosidade organizacional e não-organizacional, respectivamente, a maioria dos participantes frequenta a igreja, templo ou encontro religioso mais do que uma vez por semana (62,8%) e a maior parte relatou que se dedica às atividades religiosas individuais uma vez por semana (47,3%), respectivamente. Em relação à religiosidade intrínseca, a maioria dos participantes relatou ser totalmente verdade as afirmações: “em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)” (90,5%); “as minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” (77,3%) e “eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida” (80,6%).

5.1.1 Análise multivariada da amostra geral

Apresentação da tabela e figura da análise multivariada da amostra total do estudo, referentes às variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) no modelo univariado, em relação à prevalência de hipertensão arterial.

Tabela 13 - Resultado do modelo de regressão logística em relação à prevalência de hipertensão arterial entre os Adventistas, São Paulo - 2011

Variáveis	Valor p	Odds Ratio	IC 95%	
Vegetariano	0,02	0,051	0,004	0,681
Escolaridade Lê/escreve	0,02	3,938	1,167	13,284
Escolaridade (1º Grau)	0,00	5,317	1,674	16,893
Ocupação (aposentado)	0,02	8,846	1,406	55,668
Lembrar da última vez que mediu a pressão	0,01	2,725	1,275	5,821
Casal responsável pela renda familiar	0,03	0,422	0,189	0,942

Figura 7 - Modelo de regressão logística dos participantes Adventistas em relação à prevalência de hipertensão arterial, São Paulo - 2011

Quanto à prevalência de hipertensão a análise de regressão logística, na tabela 36 e figura 7, mostrou que ser vegetariano, em relação a não ser vegetariano, tem efeito protetor para a hipertensão. Ser o casal responsável pela renda familiar, quando comparado ao participante como único responsável, também teve efeito protetor para hipertensão. Em contrapartida, houve aumento na chance de ser hipertenso em relação a: saber ler e escrever, ter o 1º grau, quando comparado a ter ensino superior (OR 3,93); ser aposentado, em relação a ter vínculo empregatício (OR 5,3) e lembrar-se da última vez que mediu a pressão (OR 2,75).

5.2 PARTICIPANTES HIPERTENSOS

Nas tabelas e figuras a seguir são apresentados os dados dos hipertensos da Capital e do Interior.

Tabela 14 - Comparação dos dados biosocioeconômicos dos hipertensos Adventistas da capital e do interior, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,42
Feminino	9	60	32	71,1	41	68,3	
Masculino	6	40	13	28,9	19	31,7	
Etnia (referida)							0,31
Branca	11	73,3	39	86,7	50	83,3	
Negra	2	13,3	4	8,9	6	10	
Mulata	-	-	1	2,2	1	1,7	
Mestiça	2	13,3	1	2,2	3	5	
Estado Civil							0,14
Solteiro	3	20	3	6,7	6	10	
Casado	7	46,7	35	77,8	42	70	
Separado	2	13,3	3	6,7	5	8,3	
Viúvo	3	20	4	8,9	7	11,7	
Escolaridade							0,65
Lê e escreve	2	13,3	7	15,6	9	15	
1º Grau	3	20	12	26,7	15	25	
2º Grau	5	33,3	18	40,0	23	38,3	
Superior	5	33,3	8	17,8	13	21,7	
Ocupação							0,00
Autônomo	4	26,7	14	31,1	18	30	
Do Lar	1	6,7	15	33,3	16	26,7	
Aposentado	3	20	5	11,1	8	13,3	
Com vínculo empregatício	7	46,6	10	22,2	17	28,3	
Desempregado	-	-	1	2,2	1	1,6	
Tipo de moradia							0,65
Casa Própria	11	73,3	36	80	47	78,3	
Alugada	4	26,7	8	17,8	12	20	
Cedida	-	-	1	2,2	1	1,7	
Responsável pela renda familiar							0,01
Participante	9	60	15	33,3	24	40	
Cônjuge	1	6,7	15	33,3	16	26,7	
Casal	3	20	14	31,1	17	28,3	
Filho	2	13,3	-	-	2	3,3	
Outro	-	-	1	2,2	1	1,7	
Idade (em anos)							0,72
média±dp	56,87±11,60		54,78±13,04		55,30±12,64		
Renda Individual (salários mínimos)							0,00
Média±dp	8,90±9,76		1,85±2,06		3,61±5,95		
Renda Familiar (salários mínimos)							0,00
Média±dp	9,60±9,93		3,37±2,27		4,93±5,88		

Os dados da tabela 14 mostram que a maioria dos hipertensos era do sexo feminino (68,3%), etnia branca (83,3%), casados (70%), possuíam o 2º grau completo/incompleto (38,3%), moradores em casa própria (78,3%), com idade média de 55,3 anos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) em relação a: ocupação, onde a maior parte dos hipertensos da capital possuem vínculo empregatício (46,6% capital vs 22,2% interior) e a maior parte dos hipertensos do interior são do lar (33,3% interior vs 6,7% capital) e autônomos (31,3% interior vs 26,7%); a maioria responsável pela renda familiar na capital foi o participante (60%) e no interior, a maior parte o participante (33,3%) e o cônjuge (33,3%); a renda média individual e familiar da capital foi maior do que no interior ($8,90\pm9,76$ s.m vs $1,85\pm2,06$ s.m para renda individual; $9,60\pm9,93$ s.m vs $3,37\pm2,27$ s.m, para renda familiar).

Tabela 15 - Comparação dos valores pressóricos e antropométricos entre hipertensos Adventistas da capital e do interior, São Paulo - 2011

Variáveis		Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
		Média±dp		Média±dp		Média±dp		
Pressão Sistólica (mmHg)		138,50±21,39		144,76±20,83		143,20±20,97		0,32
Pressão Diastólica (mmHg)		79,26±10,73		86,07±10,66		84,38±11,00		0,03
Índice de Massa Corporal (kg/m²)		29,72±4,89		29,49±4,89		29,55±4,60		0,86
Circunferência Abdominal (cm)	Homem	Mulher		Homem	Mulher	Homem	Mulher	0,53
	101,16±11,19	103,55±10,61		98,88±7,50	101,03±10,07	99,28±8,53	101,58±10,11	
Valor p		0,88		0,27		0,47		
Total		102,20±10,59	100,41±9,36	100,86±9,63

Figura 8 - Valores da pressão arterial sistólica e diastólica dos Adventistas da Capital e Interior. São Paulo, 2011.

Os resultados da tabela 15 mostram que a média da pressão sistólica entre os hipertensos da capital e do interior foi de $143,20 \pm 20,97$. A média do índice de massa corporal foi de $29,55 \pm 4,60 \text{ kg/m}^2$ e as médias da a circunferência abdominal dos hipertensos em geral e divididos por sexo foram, respectivamente, de $100,86 \pm 9,63 \text{ cm}$, $99,28 \pm 8,53 \text{ cm}$ entre os homens e $101,58 \pm 10,11 \text{ cm}$ entre as mulheres. Houve diferença estatisticamente significativa na média da pressão diastólica onde a da capital mostrou-se menor do que a do interior ($79,26 \pm 10,73$ vs $86,07 \pm 10,66$), conforme apresentado na figura 8.

Tabela 16 - Comparação entre hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo os hábitos de vida, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de adventista batizado (anos)							0,78
Média±dp	25,87±14,80		26,13±18,67		26,07±17,67		
Vegetariano							0,64
Sim	-	-	1	2,2	1	1,7	
Não	14	93,3	38	84,4	52	86,7	
Ovolactovegetariano	1	6,7	6	13,3	7	11,7	
Etilismo							-
Não	15	100	45	100	60	100	
Tabagismo							1,00
Não, nunca fumou	13	86,7	39	86,7	52	86,7	
Não, parei	2	13,3	6	13,3	8	13,3	
Quanto tempo parou (em anos)							1,00
Média±dp	32,00±29,69		29,00±19,47		29,75±19,97		
Atividade física							0,61
Sim	9	60	22	48,9	31	51,7	
Não, nunca pratiquei	3	20	15	33,3	18	30	
Não, parei	3	20	8	17,8	11	18,3	
Tipo de atividade física							0,74
Caminhada	8	88,9	19	86,4	27	87,1	
Esportes	1	11,1	1	4,5	2	6,5	
Ginástica	-	-	1	4,5	1	3,2	
Musculação	-	-	1	4,5	1	3,2	
Frequência							0,34
1-3 vezes/semana	7	77,8	11	50	18	58,1	
4-6 vezes/semana	1	11,1	7	31,8	8	25,8	
Todos os dias	1	11,1	4	18,2	5	16,1	

De acordo com os dados da tabela 16, o tempo médio de batismo dos hipertensos foi de 26,07±17,67 anos. A maioria dos hipertensos referiu não ser vegetariano (86,7%), não fazer uso de bebida alcoólica (100%), nunca ter fumado (86,7%) e aqueles que pararam o fizeram, em média, há 29,75±19,97 anos. Em relação à prática de atividades físicas 51,7% disseram ser praticantes, sendo a caminhada o principal exercício (87,1%), com frequência de uma a três vezes por semana (58,1%).

Tabela 17 - Comparação entre hipertensos Adventistas quanto à hipertensão arterial referida e controle da pressão, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Já teve ou tem pressão alta							0,68
Sim	10	66,7	33	73,3	43	71,7	
Não	4	26,7	11	24,4	15	25	
Não sabe	1	6,7	1	2,2	2	3,3	
Algum profissional disse que tem hipertensão*							0,29
Sim	13	86,7	33	73,3	46	76,7	
Não	2	13,3	12	26,7	14	23,3	
Se sim, qual profissional							0,50
Médico	11	84,6	30	90,9	41	89,1	
Enfermeiro	2	15,4	2	6,1	4	8,7	
Farmacêutico	-	-	1	3	1	2,2	
Hábito de medir a pressão							0,64
Sim	10	66,7	27	60	37	61,7	
Não	5	33,3	18	40	23	38,3	
Onde mede a pressão arterial							0,04
Farmácia	-	-	4	14,8	4	10,8	
Em casa	5	50	6	22,2	11	29,7	
Posto de saúde	2	20	15	55,6	17	45,9	
Outro	3	30	2	7,4	5	13,5	
Frequência em que mede a pressão arterial							0,24
Diariamente	1	10	-	-	1	2,7	
Semanalmente	6	60	12	44,4	18	48,6	
Mensalmente	1	10	8	29,6	9	24,3	
Semestralmente	2	20	4	14,8	6	16,2	
Anualmente	-	-	3	11,1	3	8,1	
Faz acompanhamento da pressão							0,22
Sim	10	76,9	19	52,8	29	63	
Não	3	23,1	17	47,2	20	37	
Se sim, onde faz acompanhamento							0,04
UBS	3	30	12	63,2	15	51,7	
Médico particular	3	30	6	31,6	9	31	
Farmácia	-	-	1	5,3	1	3,4	
Ambulatório	1	10	-	-	1	3,4	
Hospital	3	30	-	-	3	10,3	
Sabe quando foi a última vez que verificou a pressão							0,29
Sim	13	86,7	33	73,3	46	76,7	
Não	2	13,3	12	26,7	14	23,3	
Sabe qual foi o último valor da pressão arterial							0,58
Sim	11	73,3	36	80	47	78,3	
Não	4	26,7	9	20	13	21,7	
Como descobriu que tinha pressão alta							0,40
Sentiu-se mal	7	53,8	12	36,4	19	41,3	
Campanha de medida da pressão	-	-	1	3	1	2,2	
Farmácia	-	-	2	6,1	2	4,3	
Exame médico de rotina	4	30,8	16	48,5	20	43,5	
Exame admissional	1	7,7	-	-	1	2,2	
Outro	1	7,7	2	6,1	3	6,5	
Toma remédio para pressão							0,43
Sim	10	76,9	19	57,6	29	63	
Não	3	23,1	13	39,4	16	34,8	
Não Sabe	-	-	1	3	1	2,2	
Tratou da pressão arterial anteriormente							0,08
Sim	6	46,2	24	72,7	30	65,2	
Não	7	53,8	9	27,3	16	34,8	

* questão utilizada para determinar a hipertensão referida.

Nota-se, através dos dados da tabela 17, que 71,7% dos hipertensos relataram que já tiveram ou que têm pressão alta, e que 65,2% já trataram anteriormente da pressão. Quando perguntados sobre terem sido informados por algum profissional da saúde se tinham pressão alta, 76,7% responderam que foram informado. O profissional mais referido foi o médico (89,1%), seguido por enfermeiro (8,7%) e farmacêutico (2,2%). A maioria dos hipertensos referiu saber qual foi a última vez que verificou a pressão (76,7%) e qual foi o último valor pressórico (78,3%). A maioria também referiu ter o hábito de medi-la (61,7%) pelo menos uma vez por semana (48,6%). Houve diferença estatisticamente significativa entre as cidades quanto ao local onde medem a pressão ($p < 0,05$): metade dos hipertensos da capital verificava em casa (50% vs 22,2%), enquanto no interior pouco mais da metade verificava no posto de saúde (55,6% vs 20%). A maioria dos hipertensos referiu fazer acompanhamento da pressão (63%), havendo diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quanto ao local de acompanhamento: ambos apontaram a unidade básica de saúde (interior 63,2% vs capital 30%) seguida do médico particular (interior 31,6% vs capital 30%). Em relação ao descobrimento de serem hipertensos, 43,5% tomaram conhecimento durante exame médico de rotina e 41,3% relataram que se sentiram mal. Quanto ao uso de medicação, 63% de hipertensos referiram tomar remédio pra controle da pressão.

Tabela 18 - Comparação entre hipertensos Adventistas da capital e do interior quanto às crenças sobre hipertensão arterial, São Paulo – 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Acredita que a pressão alta é							0,08
Tão grave como o câncer	2	13,3	13	28,9	15	25	
Para toda vida como o diabetes	9	60	29	64,4	38	63,3	
Passageira como um resfriado	4	26,7	3	6,7	7	11,7	
Quanto tempo deve durar o tratamento da pressão alta							0,70
Menos de 1 ano	1	6,7	3	6,7	4	6,7	
De 1 a 5 anos	1	6,7	1	2,2	2	3,3	
A vida toda	13	86,7	41	91,1	54	90	
Acredita que pressão alta tem cura							0,54
Sim	10	66,7	26	57,8	36	60	
Não	5	33,3	19	42,2	24	40	
Acredita que a pressão alta pode trazer complicações							
Sim	15	100	45	100	60	100	
Tipos de complicações							
Derrame							0,68
Sim	12	80	38	84,4	50	83,3	
Não	3	20	7	15,6	10	16,7	
Infarto							0,84
Sim	12	80	37	82,2	49	81,7	
Não	3	20	8	17,8	11	18,3	
Problema renal							0,87
Sim	5	33,3	16	35,6	21	35	
Não	10	66,7	29	64,4	39	65	

Na tabela 18 os dados mostram que a maioria dos hipertensos acreditava que a hipertensão é pra toda vida como o diabetes (63,3%), o tratamento da pressão deve durar a vida toda (90%) e, apesar disso, 60% acredita que a pressão alta tem cura. Todos os hipertensos (100%) acreditavam que a pressão alta pode trazer tais complicações: derrame (83,3%), infarto (81,7%), porém 65% não acreditam que a hipertensão causa problemas renais.

Tabela 19 - Comparação entre hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo o conhecimento sobre hipertensão arterial, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
TRATAMENTO DA PRESSÃO ALTA PODE EVITAR...							
Asma							0,19
Sim	4	26,7	8	17,8	12	20	
Não	6	40	10	22,2	16	26,7	
Não sabe	5	33,3	27	60	32	53,4	
Diabetes							0,43
Sim	7	46,7	14	31,1	21	35	
Não	4	26,7	11	24,4	15	25	
Não sabe	4	26,7	20	44,4	24	40	
Infarto							0,30
Sim	14	93,3	39	86,7	53	88,3	
Não	1	6,7	1	2,2	2	3,3	
Não sabe	-	-	5	11,1	5	8,3	
Derrame							0,00
Sim	12	80	44	97,8	56	93,3	
Não	3	20	-	-	3	5	
Não sabe	-	-	1	2,2	1	1,7	
Problemas renais							0,02
Sim	9	60	25	55,6	34	56,7	
Não	5	33,3	4	8,9	9	15	
Não sabe	1	6,7	16	35,6	17	28,3	
Impotência sexual							0,01
Sim	4	26,7	25	55,6	29	48,3	
Não	5	33,3	3	6,7	8	13,3	
Não sabe	6	40	17	37,8	23	38,3	
VOCÊ CONCORDA QUE...							
Praticar exercícios é importante no controle da pressão arterial							0,13
Sim	15	100	45	100	60	100	
Nada posso fazer para evitar a pressão alta							
Sim	1	6,7	11	24,4	12	20	
Não	14	93,3	34	75,6	48	80	
Se meu pai ou mãe tem pressão alta, posso ter							0,76
Sim	8	53,3	26	57,8	34	56,7	
Não	7	46,7	19	42,2	26	43,3	
Jovens não tem pressão alta							0,50
Sim	3	20	13	28,9	16	26,7	
Não	12	80	32	71,1	44	73,3	
Pressão alta não tem sintomas							0,43
Sim	4	26,7	17	37,8	21	35	
Não	11	73,3	28	62,2	39	65	
A pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg							0,85
Sim	12	80	35	77,8	47	78,3	
Não	3	20	10	22,2	13	21,7	

Em relação ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, os dados da tabela 19 mostram que a maior parte dos hipertensos não sabia se o tratamento pode evitar asma (53,4%) e o diabetes (40%), porém afirmaram que pode evitar o infarto (88,3%), havendo diferença estatisticamente significativa para o derrame (capital 80% vs interior 97,8%), problemas renais (capital 60% vs interior 55,6%) e impotência sexual (capital 26,7% vs interior 55,6%). Os participantes hipertensos concordaram com as afirmativas de que: a prática de exercícios físicos é importante no controle da pressão arterial (100%), se o pai ou mãe tem pressão alta também

podem ter (56,7%) e a pressão é alta quando for maior que 140/90mmHg (78,3%); porém discordam destas afirmativas: nada posso fazer para evitar a pressão alta (80%), jovens não tem pressão alta (73,3%) e que pressão alta não tem sintomas (65%).

Tabela 20 - Comparação entre os hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo antecedentes pessoais e familiares, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
VOCÊ TEVE OU TEM...							
Diabetes							0,04
Sim	5	33,3	5	11,1	10	16,7	
Não	10	66,7	40	88,9	50	83,3	
Derrame							0,40
Sim	-	-	2	4,4	2	3,3	
Não	15	100	43	95,6	58	96,7	
Infarto							0,08
Sim	1	6,7	-	-	1	1,7	
Não	14	93,3	15	100	59	98,3	
Colesterol alto							0,00
Sim	7	46,7	22	48,9	29	48,3	
Não	8	53,3	23	51,1	31	51,7	
TEM ALGUÉM NA FAMÍLIA COM...							
Pressão alta							0,15
Sim	12	80	36	80	48	80	
Não	1	6,7	8	17,8	9	15	
Não Sabe	2	13,3	1	2,2	3	5	
Quem							0,04
Pai	1	8,3	13	36,1	14	29,2	
Mãe	6	50	17	47,2	23	47,9	
Avós	-	-	2	5,6	2	4,2	
Irmãos	3	25	3	8,3	6	12,5	
Filhos	2	16,7	-	-	2	4,2	
Outro	-	-	1	2,8	1	2,1	
Problema de coração							0,47
Sim	5	33,3	18	40	23	38,3	
Não	8	53,3	25	55,6	33	55	
Não Sabe	2	13,3	2	4,4	4	6,7	
Quem							0,74
Pai	2	40	8	44,4	10	43,5	
Mãe	2	40	8	44,4	10	43,5	
Avós	1	20	1	5,6	2	8,7	
Outro	-	-	1	5,6	1	4,3	
Derrame cerebral							0,64
Sim	3	20	14	31,1	17	28,3	
Não	11	73,3	27	60	38	63,3	
Não sabe	1	6,7	4	8,9	5	8,3	
Quem							0,71
Pai	-	-	3	21,4	3	17,6	
Mãe	1	33,3	3	21,4	4	23,5	
Avós	1	33,3	2	14,3	3	17,6	
Irmãos	1	33,3	3	21,4	4	23,5	
Outro	-	-	3	21,4	3	17,6	
Diabetes							0,63
Sim	7	46,7	23	51,1	30	50	
Não	8	53,3	20	44,4	28	46,7	
Não sabe	-	-	2	4,4	2	3,3	
Quem							0,45
Pai	2	28,6	8	34,8	10	33,3	
Mãe	1	14,3	9	39,1	10	33,3	
Avós	-	-	1	4,3	1	3,3	
Irmãos	3	42,9	4	17,4	7	23,3	
Outro	1	14,3	1	4,3	2	6,7	

Na tabela 20, os dados revelam que a maioria dos hipertensos disse não ter tido derrame (96,7%) e infarto (98,3%). Houve significância estatística ($p < 0,05$) entre os que disseram não ter diabetes (capital 66,7% vs interior 88,9%) nem colesterol alto (capital 53,3% vs interior 51,1%), embora neste item o número de participantes do interior que referiram ter colesterol alto foi maior do que os da capital. Em relação aos antecedentes pessoais, 80% dos hipertensos disseram ter alguém na família com pressão alta, havendo significância estatística ($p < 0,05$) em relação à mãe (capital 50% vs interior 47,2%). Quanto aos familiares com problemas cardíacos, 55% disseram não ter, mas aqueles que têm a maioria referiu o pai (43,5%) e mãe (43,5%). A maioria também disse não haver familiares com derrame cerebral (63,3%), porém aqueles que responderam afirmativamente relataram ser a mãe (23,5%) e o irmão (23,5%). E em relação ao diabetes na família, 50% dos participantes responderam afirmativamente sendo na capital a maioria nos irmãos (42,9%) e no interior a mãe (39,1%), totalizando entre as duas cidades o pai (33,3%) e a mãe (33,3%).

Tabela 21 - Comparação entre os hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior sobre interrupção do tratamento e os motivos, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 13)		Interior (n = 33)		TOTAL (N=46)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Interrompeu o tratamento da pressão							0,74
Sim	7	53,8	16	48,5	23	50	
Não	6	46,2	17	51,5	23	50	
MOTIVOS*							
Não sentir nada	4	57,1	8	50	12	52,2	0,75
Outros	2	28,6	4	25	6	26,1	0,85
Não sentir necessidade de se tratar	2	28,6	3	18,8	5	21,7	0,59
Deve tomar o remédio só quando se sente mal	-	-	5	31,3	5	21,7	0,09
Achar que está curado	2	28,6	2	12,5	4	17,4	0,34
Ter que tomar várias vezes ao dia	1	14,3	2	12,5	3	13	0,90
Por esquecimento	1	14,3	2	12,5	3	13	0,90
Falta de distribuição gratuita	-	-	3	18,8	3	13	0,21
Remédios serem caros	2	28,6	-	-	2	8,7	0,15
Acreditar que hipertensão não é tão grave	1	14,3	1	6,3	2	8,7	0,52
Não ser orientado sobre a necessidade de tomar os remédios	1	14,3	1	6,3	2	8,7	0,52
Parou para fazer algum exame	-	-	1	6,3	1	4,3	0,49

* Os participantes podiam assinalar mais de uma alternativa.

De acordo com os resultados da tabela 21, dos 46 hipertensos referidos, metade referiu ter interrompido o tratamento da pressão arterial. Entre aqueles que interromperam o tratamento, os motivos mais citados foram: não sentirem nada (52,2%), outros motivos como sentir-se mal com o remédio (26,1%), não sentirem necessidade de se tratar (21,7%) e que devem tomar o remédio só quando se sente mal (21,7%).

Tabela 22 - Comparação entre os hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior sobre falta à consulta médica e motivos, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 13)		Interior (n = 33)		TOTAL (N=46)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Já faltou alguma vez à consulta médica?							0,97
Sim	4	30,8	10	30,3	14	30,4	
Não	9	69,2	23	69,7	32	69,6	
MOTIVOS*							
Esquecimento	4	100	2	20	6	42,9	0,00
Sentia-se bem	2	50	2	20	4	28,6	0,26
Motivo de viagem	2	50	1	10	3	21,4	0,09
Ser mal informado quanto ao retorno	2	50	1	10	3	21,4	0,09
Não ter dinheiro para condução	1	25	1	10	2	14,3	0,46
Distância	1	25	1	10	2	14,3	0,46
Tempo de espera	1	25	1	10	2	14,3	0,46
Outro	1	25	1	10	2	14,3	0,46
Não viu necessidade de se tratar	1	25	-	-	1	7,1	0,10
Ter que deixar os filhos sozinhos	1	25	-	-	1	7,1	0,10
Horário de atendimento	1	25	-	-	1	7,1	0,10
Não gostou do médico	1	25	-	-	1	7,1	0,10
Não faltar ao trabalho	1	25	-	-	1	7,1	0,10
Consultas muito rápidas	1	25	-	-	1	7,1	0,10

* Os participantes podiam assinalar mais de uma alternativa.

De acordo com os dados da tabela 22 percebe-se que, apesar da maioria dos participantes ter relatado que faltou nenhuma vez à consulta médica, chama a atenção quase a metade ter referido tal atitude (30,4%). Dentre os que faltaram, os motivos mais citados foram: esquecimento, sendo este estatisticamente significativo quando comparado capital e interior (100% vs 20%) , sentir-se bem (28,6%), motivo de viagem (21,4%) e ser mal informado quanto ao retorno (21,4%).

Tabela 23 - Comparação entre os hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior quanto ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 13)		Interior (n = 33)		TOTAL (N=46)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
SABE QUE O TRATAMENTO DA PRESSÃO ALTA INCLUI...							
Parar de fumar							0,02
Sim	9	69,2	31	93,9	40	87	
Não	4	30,8	2	6,1	6	13	
Reduzir peso							0,31
Sim	11	84,6	31	93,9	42	91,3	
Não	2	15,4	2	6,1	4	8,7	
Praticar exercícios							0,84
Sim	12	92,3	31	93,9	43	93,5	
Não	1	7,7	2	6,1	3	6,5	
Reduzir ingestão de álcool							0,53
Sim	11	84,6	30	90,9	41	89,1	
Não	2	15,4	3	9,1	5	10,9	
Reduzir sal da alimentação							0,02
Sim	11	84,6	33	100	44	95,7	
Não	2	15,4	-	-	2	4,3	
Reduzir “stress”							0,12
Sim	11	84,6	32	97	43	93,5	
Não	2	15,4	1	3	3	6,5	
Usa outros tratamentos para pressão alta							0,74
Sim	6	46,2	17	51,5	23	50	
Não	7	53,8	16	48,5	23	50	
QUAIS							
Homeopatia							0,42
Sim	1	16,7	1	5,9	2	8,7	
Não	5	83,3	16	94,1	21	91,3	
Remédios caseiros, chás							0,70
Sim	3	50	10	58,8	13	56,5	
Não	3	50	7	41,2	10	43,5	
Oração/Reza							0,09
Sim	6	100	11	64,7	17	73,9	
Não	-	-	6	35,3	6	21,6	
Meditação							0,36
Sim	3	50	5	29,4	8	34,8	
Não	3	50	12	70,6	15	65,2	
Outros							0,23
Sim	2	33,3	2	11,8	4	17,4	
Não	4	66,7	15	88,2	19	82,6	

Percebe-se pelos resultados apresentados na tabela 23 que a maioria expressiva dos hipertensos referidos de ambos os grupos (capital e interior) sabia que o tratamento da pressão alta inclui redução de peso (91,3%), praticar exercícios físicos (93,5%), reduzir ingestão de álcool (89,1%), e reduzir “stress” (93,5%). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos sobre a necessidade de parar de fumar para o tratamento da pressão alta, onde 93,9% dos participantes do interior e 69,2% dos participantes da capital responderam afirmativamente e a necessidade de reduzir o sal da alimentação (interior 100% vs capital 84,6%). Quando

questionados sobre fazerem uso de outros tratamentos para a pressão alta, 50% dos participantes responderam negativamente. Dentre os que responderam afirmativamente, os mais utilizados foram a oração/reza (73,9%), os remédios caseiros/chás (56,5%), a meditação (34,8%), e outros tratamentos como aulas de culinária vegetariana e trabalho voluntário (17,4%) e homeopatia (8,7%).

Tabela 24 - Caracterização dos hipertensos referidos Adventistas da capital e do interior sobre conduta frente o tratamento da pressão alta, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 12)		Interior (n = 22)		TOTAL (N=34)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Esquece de tomar os remédios							0,45
Nunca	7	58,3	8	36,4	15	44,1	
Às vezes	4	33,3	12	54,5	16	47,1	
Sempre	1	8,3	2	9,1	3	8,8	
Toma os remédios sempre no mesmo horário							0,90
Nunca	2	16,7	3	13,6	5	14,7	
Às vezes	2	16,7	5	22,7	7	20,6	
Sempre	8	66,7	14	63,6	22	64,7	
Leva os remédios quando viaja							0,65
Às vezes	1	8,3	1	4,5	2	5,9	
Sempre	11	91,7	21	95,5	32	94,1	
Providencia remédios antes que acabem							0,90
Nunca	1	8,3	1	4,5	2	5,9	
Às vezes	1	8,3	2	9,1	3	8,8	
Sempre	10	83,3	19	86,4	29	85,3	
Toma remédio quando a pressão está controlada							0,83
Nunca	1	8,3	3	13,6	4	11,8	
Às vezes	3	25	4	18,2	7	20,6	
Sempre	8	66,7	15	68,2	23	67,6	
Deixa de tomar remédio por conta própria							0,89
Nunca	6	50	12	54,5	18	52,9	
Às vezes	5	41,7	9	40,9	14	41,2	
Sempre	1	8,3	1	4,5	2	5,9	
Falta à consulta médica							0,75
Nunca	8	66,7	14	63,6	22	64,7	
Às vezes	4	33,3	7	31,8	11	32,4	
Sempre	-	-	1	4,5	1	2,9	
Chega atrasado à consulta							0,40
Nunca	9	75	19	86,4	28	82,4	
Às vezes	3	25	3	13,6	6	17,6	
Segue as orientações sobre a dieta							0,40
Nunca	1	8,3	2	9,1	3	8,8	
Às vezes	5	41,7	14	63,6	19	55,9	
Sempre	6	50	6	27,3	12	35,3	

Em relação à conduta pessoal dos hipertensos frente ao tratamento, conforme dados da tabela 24, percebe-se que dos 36 hipertensos do interior somente 22 deles faziam tratamento medicamentoso, e dos 13 hipertensos da capital somente um não fazia tratamento medicamentoso. Quando questionados sobre a conduta no tratamento, 58,3% dos participantes da capital referiram nunca se esquecerem de tomar os remédios enquanto que 54,5% dos participantes do interior referiram esquecer-se de tomá-los às vezes. Nos dois grupos a maioria dos participantes respondeu que: tomam os remédios sempre nos mesmos horários (64,7%); sempre levam os remédios quando viajam (94,1%); sempre providenciam remédios antes que acabem (85,3%); nunca faltam à consulta médica (64,7%); nunca chegam atrasados à consulta (82,4%); sempre tomam remédio quando a pressão está controlada (67,6%), porém quase um terço dos participantes dos dois grupos disse tomar “às vezes” quando a pressão está controlada (20,6%); a maioria dos participantes dos dois grupos relatou que nunca deixam de tomar o remédio por conta própria (52,9%), porém 41,2% disseram que “às vezes” deixam de tomá-lo e 50% dos participantes da capital disseram seguir as orientações sobre a dieta, enquanto que 63,6% dos participantes do interior disseram que “às vezes” seguem tais orientações.

Tabela 25 - Comparação entre as participantes Adventistas da capital e do interior em relação à hipertensão na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 9)		Interior (n = 32)		TOTAL (N=41)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Teve pressão alta na gravidez							0,35
Sim	1	12,5	8	28,6	9	25	
Não	7	87,5	20	71,4	27	75	
Menopausa							0,57
Sim	6	66,7	18	56,3	24	58,5	
Não	3	33,3	14	43,8	17	41,5	
Terapia de reposição hormonal							0,37
Sim	-	-	4	12,5	4	9,8	
Não	9	100	26	81,3	35	85,4	
Parou	-	-	2	6,3	2	4,9	

Na tabela 25 os resultados revelam que 25% das mulheres que foram gestantes relataram terem tido pressão alta durante a gravidez. Neste item o

número de mulheres foi menor do que o total devido a algumas nunca terem engravidado. Mais da metade relatou também estar na menopausa (58,5%) e não fazer uso da terapia de reposição hormonal (85,4%).

Tabela 26 - Comparação entre os hipertensos Adventistas da capital e do interior em relação aos transtornos mentais comuns segundo o *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Transtornos mentais comuns							0,29
Não	13	86,7	33	73,3	46	76,7	
Sim	2	13,3	12	26,7	14	23,3	
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS							
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	10	66,7	32	71,1	42	70	0,74
Dorme mal?	6	40	21	46,7	27	45	0,65
Tem se sentido triste ultimamente?	5	33,3	21	46,7	26	43,3	0,36
Tem dificuldade de pensar com clareza?	5	33,3	19	42,2	24	40	0,54
Tem dores de cabeça frequentes?	5	33,3	16	35,6	21	35	0,87
Você se cansa com facilidade?	4	26,7	17	37,8	21	35	0,43
Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	3	20	13	28,9	16	26,7	0,50
Tem dificuldade para tomar decisões?	4	26,7	12	26,7	16	26,7	1,00
Tem sensações desagradáveis no estômago?	2	13,3	13	28,9	15	25	0,22
Assusta-se com facilidade?	3	20	11	24,4	14	23,3	0,72
Tem má digestão?	2	13,3	11	24,4	13	21,7	0,36
Tem falta de apetite?	5	33,3	7	15,6	12	20	0,13
Tem chorado mais do que de costume?	3	20	8	17,8	11	18,3	0,84
Tem perdido o interesse pelas coisas?	3	20	8	17,8	11	18,3	0,84
Tem tremores nas mãos?	1	6,7	6	13,3	7	11,7	0,48
Sente-se cansado o tempo todo?	2	13,3	5	11,1	7	11,7	0,81
Tem dificuldade no serviço?	0	0	5	11,1	5	8,3	0,17
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	0	4	8,9	4	6,7	0,23
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?	0	0	4	8,9	4	6,7	0,23
Tem tido idéias de acabar com a vida?	0	0,0	1	2,2	1	1,7	0,56

De acordo com os resultados da tabela 26 a avaliação da presença de transtornos mentais comuns não psicóticos pelo *Self Report Questionnaire*- SRQ 20 foi positiva em 23,3% dos hipertensos. Mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa, os problemas mais assinalados presentes nos últimos 30 dias foram: sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (70%); dormir mal (45%); sentir-se triste ultimamente (43,3%); ter dificuldade de pensar com clareza (40%); ter dores de cabeça frequentes (35%) e cansar-se com facilidade (35%). As alterações menos referidas foram: dificuldade no serviço (8,3%); incapacidade de desempenhar um papel útil na vida (6,7%); sentir-se uma pessoa inútil, sem préstimo (6,7%) e presença de idéias de acabar com a vida (1,7%).

Tabela 27a - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios material, afetivo e emocional, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS		Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
Perguntas	N	%	N	%	N	%		
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...								
DOMÍNIO MATERIAL								
1. que o ajude, se ficar de cama?								0,21
Nunca	3	20	2	4,4	5	8,3		
Raramente	1	6,7	2	4,4	3	5		
Às vezes	2	13,3	8	17,8	10	16,7		
Quase sempre	3	20	4	8,9	7	11,7		
Sempre	6	40	29	64,4	35	58,3		
2. para levá-lo ao médico?								0,84
Nunca	2	13,3	4	8,9	6	10		
Raramente	2	13,3	4	8,9	6	10		
Às vezes	3	20	6	13,3	9	15		
Quase sempre	1	6,7	6	13,3	7	11,7		
Sempre	7	46,7	25	55,6	32	53,3		
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias?								0,40
Nunca	2	13,3	2	4,4	4	6,7		
Raramente	4	26,7	6	13,3	10	16,7		
Às vezes	-	-	3	6,7	3	5		
Quase sempre	1	6,7	5	11,1	6	10		
Sempre	8	53,3	29	64,4	37	61,7		
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?								0,17
Nunca	2	13,3	3	6,7	5	8,3		
Raramente	4	26,7	3	6,7	7	11,7		
Às vezes	-	-	4	8,9	4	6,7		
Quase sempre	1	6,7	3	6,7	4	6,7		
Sempre	8	53,3	32	71,1	40	66,7		
DOMÍNIO AFETIVO								
5. que demonstre amor e afeto por você?								0,07
Raramente	1	6,7	-	-	1	1,7		
Às vezes	3	20	2	4,4	5	8,3		
Quase sempre	1	6,7	4	8,9	5	8,3		
Sempre	10	66,7	39	86,7	49	81,7		
6. que lhe dê um abraço?								0,40
Nunca	-	-	1	2,2	1	1,7		
Raramente	1	6,7	1	2,2	2	3,3		
Às vezes	2	13,3	2	4,4	4	6,7		
Quase sempre	0	0	5	11,1	5	8,3		
Sempre	12	80	36	80	48	80		
7. que você ame e que faça você se sentir querido?								0,81
Nunca	-	-	1	2,2	1	1,7		
Raramente	1	6,7	1	2,2	2	3,3		
Às vezes	1	6,7	2	4,4	3	5,0		
Quase sempre	1	6,7	6	13,3	7	11,7		
Sempre	12	80	35	77,8	47	78,3		
EMOCIONAL								
8. para ouvi-lo, quando você precisa falar?								0,19
Nunca	1	6,7	-	-	1	1,7		
Raramente	2	13,3	3	6,7	5	8,3		
Às vezes	-	-	7	15,6	7	11,7		
Quase sempre	2	13,3	7	15,6	9	15		
Sempre	10	66,7	28	62,2	38	63,3		
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?								0,43
Nunca	1	6,7	-	-	1	1,7		
Raramente	1	6,7	2	4,4	3	5		
Às vezes	1	6,7	7	15,6	8	13,3		
Quase sempre	2	13,3	6	13,3	8	13,3		
Sempre	10	66,7	30	66,7	40	66,7		
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?								0,91
Nunca	1	6,7	4	8,9	5	8,3		
Raramente	1	6,7	3	6,7	4	6,7		
Às vezes	4	26,7	7	15,6	11	18,3		
Quase sempre	1	6,7	3	6,7	4	6,7		
Sempre	8	53,3	28	62,2	36	60		
11. que compreenda seus problemas?								0,87
Nunca	1	6,7	1	2,2	2	3,3		
Raramente	2	13,3	4	8,9	6	10		
Às vezes	3	20	8	17,8	11	18,3		
Quase sempre	1	6,7	5	11,1	6	10		
Sempre	8	53,3	27	60	35	58,3		

Tabela 27b - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e do interior segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios informação e interação social, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n = 45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Perguntas							
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
DOMÍNIO INFORMAÇÃO							
12. para dar bons conselhos em situações de crise?							0,28
Nunca	1	6,7	-	-	1	1,7	
Raramente	3	20	5	11,1	8	13,3	
Às vezes	1	6,7	7	15,6	8	13,3	
Quase sempre	3	20	6	13,3	9	15	
Sempre	7	46,7	27	60	34	56,7	
13. para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?							0,21
Nunca	1	6,7	-	-	1	1,7	
Raramente	3	20	3	6,7	6	10	
Às vezes	1	6,7	5	11,1	6	10	
Quase sempre	2	13,3	10	22,2	12	20	
Sempre	8	53,3	27	60	35	58,3	
14. de quem você realmente quer conselhos?							0,26
Nunca	1	6,7	-	-	1	1,7	
Raramente	1	6,7	4	8,9	5	8,3	
Às vezes	1	6,7	10	22,2	11	18,3	
Quase sempre	3	20	5	11,1	8	13,3	
Sempre	9	60	26	57,8	35	58,3	
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?							0,16
Nunca	2	13,3	-	-	2	3,3	
Raramente	1	6,7	2	4,4	3	5,0	
Às vezes	3	20	13	28,9	16	26,7	
Quase sempre	2	13,3	6	13,3	8	13,3	
Sempre	7	46,7	24	53,3	31	51,7	
DOMÍNIO INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA							
16. com quem fazer coisas agradáveis?							0,16
Nunca	-	-	1	2,2	1	1,7	
Raramente	3	20	1	2,2	4	6,7	
Às vezes	2	13,3	5	11,1	7	11,7	
Quase sempre	1	6,7	7	15,6	8	13,3	
Sempre	9	60	31	68,9	40	66,7	
17. com quem distrair a cabeça?							0,60
Nunca	1	6,7	1	2,2	2	3,3	
Raramente	2	13,3	2	4,4	4	6,7	
Às vezes	2	13,3	5	11,1	7	11,7	
Quase sempre	2	13,3	11	24,4	13	21,7	
Sempre	8	53,3	26	57,8	34	56,7	
18. com quem relaxar?							0,51
Nunca	2	13,3	1	2,2	3	5	
Raramente	1	6,7	4	8,9	5	8,3	
Às vezes	2	13,3	8	17,8	10	16,7	
Quase sempre	2	13,3	9	20	11	18,3	
Sempre	8	53,3	23	51,1	31	51,7	
19. para se divertir junto?							0,30
Nunca	1	6,7	-	-	1	1,7	
Raramente	2	13,3	2	4,4	4	6,7	
Às vezes	2	13,3	6	13,3	8	13,3	
Quase sempre	3	20	9	20	12	20	
Sempre	7	46,7	28	62,2	35	58,3	

Conforme resultados apresentados nas tabela 27a e 27b, a avaliação de apoio social mostrou que a maioria dos participantes respondeu que “sempre pode contar com alguém” em todas as afirmativas, concentrando-se tais respostas no domínio afetivo comparando com os domínios material e emocional. Nos domínios informação e interação social positiva, os participantes responderam afirmativamente, em todas as questões, que

“sempre podem contar com alguém”. Não houve diferença estatística significativa entre os hipertensos da capital e interior.

Tabela 28 - Comparação dos hipertensos Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)	Interior (n = 45)	TOTAL (N=60)	Valor p
	Média±dp			
Apoio Social Total	75,40±21,80	81,96±11,94	80,32±15,08	0,50
Domínio Material	14,33±6,05	16,69±4,45	16,10±4,95	0,11
Domínio Afetivo	13,47±2,82	14,09±1,67	13,93±2,01	0,85
Domínio Emocional	16,27±5,10	17,00±3,82	16,82±4,14	0,81
Domínio Informação	15,60±4,96	16,91±3,52	16,58±3,93	0,58
Domínio Interação Social Positiva	15,73±5,28	17,27±3,52	16,88±4,04	0,45

Figura 9 - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e do interior de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, São Paulo, 2011.

Os dados da tabela 28 e da figura 9 mostram que foram próximas as médias do total da escala de apoio social e dos diferentes domínios entre os hipertensos da capital e do interior, não havendo diferença entre os grupos em relação ao apoio social. Ambos apresentaram elevado percentual de apoio social.

Tabela 29 - Caracterização dos hipertensos Adventistas da capital e do interior de acordo com a Escala de Religiosidade Duke-DUREL, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	Capital (n = 15)		Interior (n =45)		TOTAL (N=60)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ							
1-Vai a uma igreja, templo ou encontro religioso?							0,16
Mais do que uma vez por semana	12	80	33	73,3	45	75	
Uma vez por semana	3	20	9	20	12	20	
Duas a três vezes por mês	-	-	2	4,5	2	3,3	
Algumas vezes por ano	-	-	1	2,2	1	1,7	
Uma vez por ano ou menos	-	-	-	-	-	-	
Nunca	-	-	-	-	-	-	
2-Dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?							
Mais do que uma vez por semana	7	46,7	18	40	25	41,6	0,83
Uma vez por semana	7	46,7	23	51,1	30	50	
Duas a três vezes por mês	1	6,6	3	6,7	4	6,7	
Algumas vezes por ano	-	-	-	-	-	-	
Uma vez por ano ou menos	-	-	1	2,2	1	1,7	
Nunca	-	-	-	-	-	-	
ANOTE O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ							
3-"Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)".							0,50
Totalmente verdade para mim	13	86,7	40	88,9	53	88,3	
Em geral é verdade	2	13,3	5	11,1	7	11,7	
Não estou certo	-	-	-	-	-	-	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	
4-"As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver".							0,17
Totalmente verdade para mim	11	73,3	38	84,4	49	81,7	
Em geral é verdade	4	26,7	7	15,6	11	18,3	
Não estou certo	-	-	-	-	-	-	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	
5-"Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida"							0,84
Totalmente verdade para mim	12	80	38	84,4	50	83,3	
Em geral é verdade	3	20	5	11,1	8	13,3	
Não estou certo	-	-	1	2,2	1	1,7	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	1	2,2	1	1,7	

Em relação à avaliação da religiosidade os resultados apresentados na tabela 29 mostram que no aspecto organizacional (questão 1) e não-organizacional (questão 2) a maioria dos hipertensos referiu frequentar a igreja mais de uma vez por semana (75%) e metade se dedicar às atividades religiosas individuais (preces, leitura da Bíblia) ao menos uma vez por semana. Quanto ao aspecto da religiosidade intrínseca (questões 3 a 5), a maioria expressiva dos hipertensos referiu ser totalmente verdade as afirmativas: "em minha vida, eu sinto a presença de Deus ou do Espírito Santo (88,3%)"; "as minhas crenças religiosas estão realmente por trás de

toda a minha maneira de viver" (81,7%) e "eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida" (83,3%).

Tabela 30 - Comparação entre os hipertensos Adventistas aferidos e referidos quanto ao conhecimento da doença e controle da pressão arterial, São Paulo – 2011.

		CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL						
VARIÁVEIS		CAPITAL		INTERIOR		TOTAL		VALOR p
Há quanto tempo sabe que tem hipertensão (em meses)								0,08
Média±dp		77,08±133,58		13,85±23,49		31,72±77,32		
		N	%	N	%	N	%	
Pressão Arterial Controlada (aferidos e referidos)								0,22
Sim		8	53,3	16	35,6	24	40	
Não		7	46,7	29	64,4	36	60	
Pressão Arterial Controlada (referidos)								0,42
Sim		8	61,5	16	48,5	24	52,2	
Não		5	38,5	17	51,5	22	47,8

Figura 10 - Distribuição dos hipertensos Adventistas da capital e interior em relação ao controle da pressão arterial, São Paulo - 2011

Os resultados apresentados na tabela 30 mostram que em média, os hipertensos sabem que tem pressão alta há 31,72±77,32 meses (aproximadamente três anos e meio). Em relação ao controle não houve diferença estatística entre os grupos. Entretanto, vale ressaltar que tanto do total de hipertensos avaliados (aferidos e referidos) quanto, apenas, dos

hipertensos referidos, o controle na capital foi maior que no interior (53,3% vs 35,6% e 61,5% vs 48,5%, respectivamente) (Figura 9).

Tabela 31 - Associação entre o controle da pressão arterial e os dados biossocioeconômicos dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL							Valor p
VARIÁVEIS	SIM		NÃO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,14
Feminino	19	79,2	22	61,1	41	68,3	
Masculino	5	20,8	14	38,9	19	31,7	
Etnia (referida)							0,09
Branca	18	75	32	88,9	50	83,3	
Negra	2	8,3	4	11,1	6	10	
Mulata	1	4,2	-	-	1	1,7	
Mestiça	3	12,5	-	-	3	5	
Estado Civil							0,98
Solteiro	2	8,3	4	11,1	6	10	
Casado	17	70,8	25	69,4	42	70	
Separado	2	8,3	3	8,3	5	8,3	
Viúvo	3	12,5	4	11,1	7	11,7	
Escolaridade							0,06
Lê e escreve	1	4,2	8	22,2	9	15	
1º Grau (completo/incompleto)	4	16,7	11	30,6	15	25	
2ºGrau(completo/incompleto)	11	45,8	12	33,3	23	38,3	
Superior	8	33,3	5	13,9	13	21,7	
Ocupação							0,42
Autônomo	5	20,8	13	36,1	18	30	
Do Lar	6	25	10	27,8	16	26,7	
Aposentado	3	12,5	5	13,9	8	13,3	
Com vínculo empregatício	9	37,5	8	22,2	17	28,3	
Desempregado	1	4,2	-	-	1	1,7	
Tipo de moradia							0,60
Casa Própria	20	83,3	27	75	47	78,3	
Alugada	4	16,7	8	22,2	12	20	
Cedida	-	-	1	2,8	1	1,7	
Responsável pela renda familiar							0,13
Participante	8	33,3	16	44,4	24	40	
Cônjuge	4	16,7	12	33,3	16	26,7	
Casal	11	45,8	6	16,7	17	28,3	
Filho	1	4,2	1	2,8	2	3,3	
Outro	-	-	1	2,8	1	1,7	
Idade (em anos)							0,00
média±dp	50,08±12,70		58,78±11,48		55,30±12,64		
Renda Individual (salários mínimos – s.m)							0,22
Média±dp	4,72±6,86		2,88±5,20		3,61±5,95		
Renda Familiar (salários mínimos – s.m)							0,03
Média±dp	6,30±6,86		4,01±5,03		4,93±5,88		

Os dados da tabela 31 mostram que não houve associação entre o controle da pressão arterial e as variáveis sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, moradia e renda individual. Houve associação significativa ($p < 0,05$) apenas com idade e renda familiar. Os indivíduos controlados apresentaram média de idade menor ($50,08 \pm 12,70$ vs

58,78±11,48 anos) e maior renda familiar (6,30±6,86 s.m vs 4,01±5,0 salários mínimo).

Tabela 32 - Associação entre o controle da pressão arterial e os valores pressóricos e antropométricos dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011

Variáveis	Controlados (n = 24)		Não controlados (n = 36)		TOTAL (N=60)		Valor p
	Média±dp		Média±dp		Média±dp		
Pressão Sistólica (mmHg)	123,81±10,73		156,12±15,37		143,20±20,97		0,00
Pressão Diastólica (mmHg)	74,93±6,85		90,66±8,43		84,38±11,00		0,00
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	30,24±5,48		29,39±3,90		29,55±4,60		0,34
Circunferência Abdominal (cm)	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	0,75
	100,8±6,97	101,47±10,86	99,00±9,92	99,92±10,46	99,28±8,53	101,58±10,11	
Valor p	0,72		0,69		0,47		
Total	101,33±10,05		100,54±9,46		100,86±9,63		

Os dados da tabela 32 revelam que os indivíduos não controlados apresentaram níveis pressóricos significativamente mais elevados ($p < 0,05$) quando comparados aos controlados. Em relação ao índice de massa corporal e circunferência abdominal apesar dos hipertensos controlados apresentarem maiores índices, tanto nos homens quanto nas mulheres, não houve associação com o controle da pressão arterial.

Tabela 33 - Associação entre o controle da pressão arterial e hábitos de vida dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
É vegetariano?							0,22
Sim	-	-	1	2,8	1	1,7	
Não	23	95,8	29	80,6	52	86,7	
Ovolactovegetariano	1	4,2	6	16,7	7	11,7	
Tempo de adventista batizado (anos)							0,31
Média±dp	22,96±14,53		28,14±19,40		26,07±17,67		
Já teve ou tem pressão alta							0,00
Sim	24	100	20	55,5	44	73,4	
Não	-	-	14	38,9	14	23,3	
Não sabe	-	-	2	5,6	2	3,3	
Algum profissional disse que tem hipertensão*							0,00
Sim	24	100	22	61,1	46	76,7	
Não	-	-	14	38,9	14	23,3	
Se sim, qual profissional							0,37
Médico	20	83,3	21	95,5	41	89,1	
Enfermeiro	3	12,5	1	4,5	4	8,7	
Farmacêutico	1	4,2	-	-	1	2,2	
Hábito de medir a pressão							0,51
Sim	16	66,7	21	58,3	37	61,7	
Não	8	33,3	15	41,7	23	38,3	
Onde mede a pressão arterial							0,76
Farmácia	1	6,3	3	14,3	4	10,8	
Em casa	6	37,5	5	23,8	11	29,7	
Posto de saúde	7	43,8	10	47,6	17	45,9	
Outro	2	12,5	3	14,3	5	13,5	
Frequência em que mede a pressão arterial							0,44
Diariamente	1	6,3	-	-	1	2,7	
Semanalmente	8	50	10	47,6	18	48,6	
Mensalmente	4	25	5	23,8	9	24,3	
Semestralmente	3	18,8	3	14,3	6	16,2	
Anualmente	-	-	3	14,3	3	8,1	
Sabe quando foi a última vez que verificou a pressão							0,70
Sim	19	79,2	27	75	46	76,7%	
Não	5	20,8	9	25	14	23,3%	
Sabe qual foi o último valor da pressão arterial							0,44
Sim	20	83,3	27	75	47	78,3%	
Não	4	16,7	9	25	13	21,7%	
Há quanto tempo sabe que tem hipertensão (em meses)							0,03
Média±dp	37,58±100,62		25,32±40,50		31,72±77,35		

* questão utilizada para determinar a hipertensão referida.

Os dados da tabela 33 mostram que quase a totalidade (95,8%) dos hipertensos controlados não era vegetariana. Houve diferença estatisticamente significativa entre o controle da pressão arterial ($p<0,05$) com a hipertensão referida e ser informado por algum profissional da saúde sobre ser hipertenso. Todos os hipertensos Adventistas controlados disseram “sim” e apontaram o médico como o profissional que mais os informou sobre a doença. Cerca de um terço (33,3%) dos hipertensos

controlados não referiu o hábito de medir a pressão regularmente. Aqueles que mediam o faziam em posto de saúde (43,8%), semanalmente (50%), além de saberem quando foi a última vez que verificaram (79,2%) e o último valor medido (83,3%). Houve diferença estatisticamente significativa entre o controle e o tempo de conhecimento da doença. Os hipertensos que sabiam da doença há mais tempo estavam mais controlados ($37,58 \pm 100,62$ vs $25,32 \pm 40,50$ meses).

Tabela 34 - Associação entre o controle da pressão arterial, crenças e conhecimento sobre hipertensão arterial dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011

VARIÁVEIS	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL						Valor p
	SIM		NÃO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Acredita que a pressão alta é							0,79
Tão grave como o câncer	6	25	9	25	15	25	
Para toda vida como o diabetes	16	66,7	22	61,1	38	63,3	
Passageira como um resfriado	2	8,3	5	13,9	7	11,7	
Quanto tempo deve durar o tratamento da pressão alta							0,23
Menos de 1 ano	-	-	4	11,1	4	6,7	
De 1 a 5 anos	1	4,2	1	2,8	2	3,3	
A vida toda	23	95,8	31	86,1	54	90	
Acredita que pressão alta tem cura							0,74
Sim	15	62,5	21	58,3	36	60	
Não	9	37,5	15	41,7	24	40	
Acredita que a pressão alta pode trazer complicações							
Sim	24	100	36	100	60	100	
TIPOS DE COMPLICAÇÕES							
Derrame							1,00
Sim	20	83,3	30	83,3	50	83,3	
Não	4	16,7	6	16,7	10	16,7	
Infarto							0,68
Sim	19	79,2	30	83,3	49	81,7	
Não	5	20,8	6	16,7	11	18,3	
Problema renal							0,37
Sim	10	41,7	11	30,6	21	35	
Não	14	58,3	25	69,4	39	65	
TRATAMENTO DA PRESSÃO ALTA PODE EVITAR...							
Asma							0,79
Sim	4	16,7	8	22,2	12	20	
Não	6	25	10	27,8	16	26,7	
Não sabe	14	58,3	18	50	32	53,3	
Diabetes							0,18
Sim	6	25	15	41,7	21	35	
Não	5	20,8	10	27,8	15	25	
Não sabe	13	54,2	11	30,6	24	40	
Infarto							0,59
Sim	20	83,3	33	91,7	53	88,3	
Não	1	4,2	1	2,8	2	3,3	
Não sabe	3	12,5	2	5,6	5	8,3	
Derrame							0,68
Sim	23	95,8	33	91,7	56	93,3	
Não	1	4,2	2	5,6	3	5	
Não sabe	-	-	1	2,8	1	1,7	
Problemas renais							0,93
Sim	13	54,2	21	58,3	34	56,7	
Não	4	16,7	5	13,9	9	15	
Não sabe	7	29,2	10	27,8	17	28,3	
Impotência sexual							0,16
Sim	8	33,3	21	58,3	29	48,3	
Não	4	16,7	4	11,1	8	13,3	
Não sabe	12	50	11	30,6	23	38,3	
VOCÊ CONCORDA QUE...							
Praticar exercícios é importante no controle da pressão arterial							
Sim	24	100	36	100	60	100	
Nada posso fazer para evitar a pressão alta							0,59
Sim	4	16,7	8	22,2	12	20	
Não	20	83,3	28	77,8	48	80	
Se meu pai ou mãe tem pressão alta, posso ter							0,05
Sim	10	41,7	24	66,7	34	56,7	
Não	14	58,3	12	33,3	26	43,3	
Jovens não tem pressão alta							0,34
Sim	8	33,3	8	22,2	16	26,7	
Não	16	66,7	28	77,8	44	73,3	
Pressão alta não tem sintomas							0,01
Sim	4	16,7	17	47,2	21	35	
Não	20	83,3	19	52,8	39	65	
A pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg							0,15
Sim	21	87,5	26	72,2	47	78,3	
Não	3	12,5	10	27,8	13	21,7	

De acordo com os dados da tabela 34, dentre os hipertensos que estavam controlados, a maioria acreditava que a hipertensão é pra toda vida como o diabetes (66,7%), que o tratamento deve durar a vida toda (95,8%), porém acreditava que a hipertensão tem cura (62,5%). Em relação às complicações da doença, a maioria dos hipertensos controlados acreditava que a hipertensão pode acarretar, derrame (83,3%) e infarto (79,2%), porém pouco mais da metade (58,3%) não acreditava que pode levar a problemas renais. Os hipertensos controlados acreditavam também que o tratamento da hipertensão pode evitar infarto (83,3%), derrame (95,8%), em menor frequência problemas renais (54,2%). Os hipertensos controlados concordaram que praticar exercícios físicos é importante no controle da pressão alta (100%) e que a pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg (87,5%). Porém, discordam que nada podem fazer para evitar a pressão alta (83,3%), que jovens não tem pressão alta (66,7%), e discordam que se pai ou mãe tem pressão alta também podem ter (58,3%), diferenciando-se dos hipertensos não controlados que concordaram com tal afirmativa (66,7%). Houve associação estatisticamente significativa do controle ($p < 0,05$) apenas com os sintomas da doença, pois 88,3% dos hipertensos controlados discordaram que a hipertensão não tem sintomas vs 52,8% dos hipertensos não controlados.

Tabela 35 - Associação entre os domínios da Escala de Apoio Social e o controle da pressão arterial, São Paulo - 2011

Escala de Apoio Social	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL			Valor p
	SIM	NÃO	TOTAL	
	Média±dp			
Apoio Social Total	77,83±16,47	81,97±14,07	80,32±15,08	0,33
Domínio Material	15,08±4,80	16,78±5,0	16,10±4,95	0,03
Domínio Afetivo	13,67±2,29	14,11±1,81	13,93±2,01	0,38
Domínio Emocional	17,00±3,64	16,69±4,49	16,82±4,14	0,89
Domínio Informação	15,79±4,21	17,11±3,70	16,58±3,93	0,16
Domínio Interação Social Positiva	16,29±4,41	17,28±3,78	16,88±4,04	0,30

Os resultados da tabela 35 mostram que tanto os hipertensos não controlados quanto os controlados apresentaram elevado apoio social. A presença de apoio social se associou com o controle da pressão ($p < 0,05$) somente no domínio material, mostrando que neste domínio os não controlados tinham maior apoio social do que os controlados.

Tabela 36 - Associação entre a presença de transtornos mentais comuns pelo *Self Report Questionnaire* e o controle da pressão arterial dos Adventistas hipertensos, São Paulo - 2011

	Controle da pressão arterial						Valor p
	Sim		Não		Total		
Transtornos mentais comuns							0,38
	N	%	N	%	N	%	
Não	17	70,8	29	80,6	46	76,7	
Sim	7	29,2	7	19,4	14	23,3	
Total	24	100	36	100	60	100	

Conforme dados da tabela 36, não houve associação entre o controle da pressão arterial e a presença de transtornos mentais comuns.

Tabela 37 - Associação entre Escala de Religiosidade Duke-DUREL e o controle da pressão arterial dos Adventistas hipertensos, São Paulo - 2011

Escala de Religiosidade Duke-DUREL	Controle da pressão arterial						Valor p
	Sim		Não		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ							
1-Vai a uma igreja, templo ou encontro religioso?							0,42
Mais do que uma vez por semana	19	79,2	26	72,2	45	75	
Uma vez por semana	3	12,5	9	25	12	20	
Duas a três vezes por mês	1	4,2	1	2,8	2	3,3	
Algumas vezes por ano	1	4,2	-	-	1	1,7	
Uma vez por ano ou menos	-	-	-	-	-	-	
Nunca	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	24	100	36	100	60	100	
2-Dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?							0,61
Mais do que uma vez por semana	10	41,7	15	41,7	25	41,7	
Uma vez por semana	11	45,8	19	52,8	30	50	
Duas a três vezes por mês	2	8,3	2	5,6	4	6,7	
Algumas vezes por ano	-	-	-	-	-	-	
Uma vez por ano ou menos	1	4,2	-	-	1	1,7	
Nunca	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	24	100	36	100	60	100	
ANOTE O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ							
3-"Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)".							0,32
Totalmente verdade para mim	20	83,3	33	91,7	53	88,3	
Em geral é verdade	4	16,7	3	8,3	7	11,7	
Não estou certo	-	-	-	-	-	-	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	24	100	36	100	60	100	
4-"As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver".							0,01
Totalmente verdade para mim	16	66,7	33	91,7	49	81,7	
Em geral é verdade	8	33,3	3	8,3	11	18,3	
Não estou certo	-	-	-	-	-	-	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	24	100	36	100	60	100	
5-"Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida"							0,30
Totalmente verdade para mim	18	75	32	88,9	50	83,3	
Em geral é verdade	4	16,7	4	11,1	8	13,3	
Não estou certo	1	4,2	-	-	1	1,7	
Em geral não é verdade	-	-	-	-	-	-	
Não é verdade	1	4,2	-	-	1	1,7	
TOTAL	24	100	36	100	60	100	

Na avaliação de religiosidade, segundo os resultados apresentados na tabela 37, houve associação ($p < 0,05$) entre o controle da pressão arterial e a alternativa “ser considerada totalmente verdade” a questão “minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”, mais apontada pelos não controlados (91,7%) do que pelos hipertensos controlados (66,7%). Observa-se tendência entre os não

controlados de maior religiosidade, visto pelo assinalamento das primeiras alternativas de cada questão, exceto na questão número 1, onde os que demonstraram maior religiosidade estavam controlados.

5.2.1 Análise multivariada em relação ao controle

Apresentação da tabela e figura da análise multivariada dos hipertensos referentes às variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) no modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão arterial.

Tabela 38 - Resultado do modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão entre os hipertensos adventistas, São Paulo - 2011

Variáveis	Valor p	Odds Ratio	IC 95%	
Idade (anos)	0,01	1,063	1,012	1,117
Religiosidade (é totalmente verdade que as minhas crenças estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver)	0,02	5,763	1,273	26,091

Figura 11 - Modelo de regressão logística em relação ao controle da pressão arterial dos hipertensos Adventistas, São Paulo - 2011

Em relação ao controle da pressão, de acordo com os dados da tabela 38 e figura 11, para cada aumento de 1 ano de vida, a chance de ser não controlado aumentou 6,3%. Além disso, quem respondeu ser “totalmente verdade” a afirmativa “as minhas crenças estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”, apresentaram 5,7 vezes mais chances de estar controlado em relação aos que responderam “em geral é verdade”.

6.

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 SOBRE OS ADVENTISTAS PARTICIPANTES

Dentre os 264 participantes deste estudo, sendo 100 da capital e 164 do interior, a maioria tinha, em média, 19 anos de batizado na Igreja Adventista, era do sexo feminino, com média de idade na faixa da quarta década, morando em casa própria.

6.1.1 Características biosocioeconômicas, antropométricas e hábitos de vida

Os participantes Adventistas da capital foram distintos ($p < 0,05$) dos participantes do interior por possuírem maior nível de escolaridade, vínculo empregatício e maior renda familiar. Já os participantes do interior apresentaram diferença estatística ($p < 0,05$) em relação aos da capital, quanto à etnia referida branca, estado civil casado, participação do casal como responsável pela renda familiar e maior renda individual, além de terem escolaridade média (2º grau).

Embora neste estudo a escolaridade tenha variado de segundo grau (interior) a ensino superior (capital), não podendo ser considerada como baixa, os participantes do interior apresentaram maiores níveis de pressão arterial e menor controle. No entanto, a análise multivariada mostrou relação direta entre ser hipertenso e menor escolaridade.

A relação entre a baixa escolaridade e maior prevalência de hipertensão já está bem descrita na literatura, bem como sua interferência na menor adesão e abandono do tratamento. Gus et al³⁹ revelaram em seu estudo com 918 indivíduos que a baixa escolaridade aumentou em quase duas vezes as chances de serem hipertensos. Além disto, os autores verificaram que 10,4% tinham conhecimento de ser hipertensos, mas não

seguiram o tratamento e 30,1% seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado. Da mesma forma, Jardim *et al*³⁵ encontraram associação inversa da hipertensão com a escolaridade para aqueles que tinham nove anos de estudo ou mais (OR 0,43; IC95% 0,28-0,65). Analisando 1.739 indivíduos, em uma capital brasileira, verificaram que 84% dos hipertensos tinham entre 0 e 8 anos de estudos, enquanto que entre os que tinham 9 anos ou mais apenas 28% eram hipertensos. Cesarino *et al*²⁵ também mostraram em estudo realizado na cidade de São José dos Campos (SP) que o número de hipertensos era maior entre os que tinham baixa escolaridade, de 0 a 8 anos; em casados mais do que em solteiros e em divorciados e nas classes sociais C e DE mais do que em AB.

Em estudo de base populacional Costa *et al*³⁸ mostraram associação da hipertensão arterial com a menor renda familiar, aumento da faixa etária, etnia não branca, sexo feminino, pai e mãe hipertensos e índice de massa corporal na faixa de sobrepeso e obesidade.

Nesse contexto, ressalta-se mais uma vez a influência da formação escolar na prevalência da hipertensão, o que sem dúvida é reflexo de condições de vida pouco satisfatórias decorrentes muitas vezes de condições socioeconômicas insuficientes. Tal situação justifica-se ainda mais pelo papel da ocupação. Provavelmente os Adventistas da capital por possuírem escolaridade mais elevada e ocupação com vínculo empregatício, garantiam maior renda familiar mensal.

Nos Adventistas do interior, onde houve predomínio de autônomos, com 2º grau, embora a renda individual destes tenha sido maior, a análise de regressão logística mostrou que ser aposentado aumentou em 8,8 vezes a chance de ser hipertenso quando comparado àqueles com vínculo empregatício.

Sabe-se que no Brasil os aposentados muitas vezes não possuem rendimentos suficientes para o custeio de suas próprias despesas. Além disso, levantamento publicado no portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁹⁷ mostrou que em 2000, em todo o país, cerca de 27% dos

idosos contribuíam com 90% da renda familiar. Outro indicador⁹⁸ mostrou que em 2009, no estado de São Paulo, 12,2% da população tinha 60 anos ou mais e destes, 68,1% eram aposentados e/ou pensionistas. O estudo de Zaitune *et al*³² mostrou que dos 426 idosos pesquisados, 50,4% tinham entre 60-69 anos, 50,8% eram o chefe da família e 56% recebiam 1 salário mínimo ou menos. Nessa mesma linha, estudo realizado por Silva⁵¹ com 290 hipertensos mostrou associação do controle com os que tinham renda familiar maior que 3 salários mínimos (OR 0,447). Um outro estudo⁹⁹ que avaliou a prevalência de hipertensão entre funcionários de um hospital na cidade de São Paulo mostrou que naqueles que ganhavam até 5 salários mínimos os níveis pressóricos foram significativamente maiores. Por outro lado Strelec *et al*⁵⁰ não encontraram associação desta variável com o controle da pressão.

Em revisão da literatura sobre o estresse ocupacional e a hipertensão Byrne *et al*¹⁰⁰ verificaram que vários fatores estão ligados à presença desta doença em trabalhadores. Raça, restrições no trabalho, excesso de horas e insegurança no emprego seriam alguns dos desencadeadores da hipertensão, uma vez que a pressão arterial é altamente reativa sob desafios. Alguns autores encontraram maior variação da pressão diastólica enquanto outros observaram variações em ambas, podendo estas variações serem mediadas por interação genética.

No que se refere ao estado civil em ambos os grupos predominou ser casado. Pierin *et al*¹⁰¹ consideram que o suporte familiar oferecido não só pelo cônjuge, mas pelos demais membros da família serviria como apoio para o hipertenso, motivando-o no envolvimento do seu tratamento e no entendimento de sua doença.

O fato de o casal ser responsável pela renda familiar mostrou ser um fator protetor para a hipertensão de acordo com a análise de regressão logística. Em um estudo realizado por Pierin *et al*¹⁰² verificou-se que os hipertensos complicados eram os responsáveis pela renda familiar. Sendo assim, tal situação poderia ser preocupante para o hipertenso devido à maior

responsabilidade financeira, fazendo-o descuidar da sua própria saúde. De fato, ter alguém que divida as responsabilidades financeiras pode trazer mais tranquilidade ao indivíduo, permitindo que este melhore o auto-cuidado.

Quanto a etnia, estudos realizados em nosso meio^{102,103} mostraram que, em geral, os não brancos são mais hipertensos que os brancos. Estudo¹¹ feito entre Adventistas americanos mostrou que 33,6% dos negros eram hipertensos enquanto que a prevalência nos brancos foi de 25,4% ($p < 0,05$). Lessa et al¹⁰⁴ evidenciaram que a população negra tende a ter maiores níveis de pressão arterial, menor controle além de serem menos aderentes ao tratamento. Tal situação poderia ser explicada pelo contexto menos favorável de condições de vida como baixa escolaridade e baixa renda, mais evidenciada na população negra conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰⁵. Isto poderia contribuir para o menor acesso a informações sobre saúde e menor acesso ao tratamento. Pode-se inferir, portanto, que as questões sócio-culturais e econômicas potencializam os riscos de um indivíduo da raça negra desenvolver a hipertensão arterial. Além disso, Barreto et al¹⁰⁶ explicam que a população negra parece possuir um defeito hereditário com a presença de um gene economizador de sódio que facilitaria o surgimento da hipertensão.

Quanto a idade, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴ indicam que “existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de hipertensão superior a 60% acima de 65 anos”. Entende-se, portanto, que a prevalência de hipertensão aumenta proporcionalmente com a idade^{25,107}, podendo esta elevação estar relacionada ao enrijecimento arterial peculiar ao processo de envelhecimento¹⁰⁸.

Em relação ao excesso de peso, levantamento do DATASUS¹⁰⁹ aponta que

“de 2006 a 2009, a proporção de pessoas com excesso de peso subiu de 42,7% para 46,6%. O percentual de obesos cresceu de 11,4% para 13,9% no mesmo período. Já a prevalência da obesidade entre homens quase triplica do grupo etário de 18 a 24 anos (7,7%) para 55 a 64 anos (19,9%). Quando se levam em consideração só as mulheres, o índice aumenta mais de três vezes na comparação das duas faixas etárias: de 6,2% para 21,3%”.

A obesidade é a quinta maior causa de morte no mundo e tem como consequências o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (sobretudo doenças cardíacas e acidente vascular encefálico), lesões musculoesqueléticas (especialmente osteoartrite), diabetes e câncer (endométrio, mama e cólon). Segundo o inquérito VIGITEL 2009⁴⁵, a frequência de adultos obesos no Brasil foi de 13,9%. Estudo¹¹⁰ realizado com 9,1 milhões de participantes durante os anos de 1980 a 2008 mostrou que o índice de massa corporal (IMC) médio em todo o mundo aumentou em 0,4kg/m² por década nos homens e 0,5 kg/m² por década nas mulheres. Os pesquisadores concluíram que em todo o mundo a média do IMC aumentou desde 1980, havendo variação substancial entre as nações. Torna-se necessário políticas de intervenções para reduzir ou reverter este aumento e mitigar os efeitos do elevado IMC sobre a saúde.

O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco cardiovascular modificáveis que estão diretamente relacionados à mudança do estilo de vida e alimentação, o que, na maioria das vezes, é difícil de se conseguir. Estudo com 287 indivíduos feito por Pimenta et al¹¹¹ mostrou associação direta e significativa do sobrepeso e obesidade com a hipertensão. Entre os homens, 11,5% estavam com sobrepeso e destes 68,8% eram hipertensos (OR 3,00). Entre as mulheres 37,4% estavam na faixa de sobrepeso, e destas 67,3% eram hipertensas (OR 3,51). Além disso, 66,7% dos homens hipertensos apresentaram circunferência abdominal maior que a recomendada, enquanto que nas mulheres esse percentual saltou para 75,6%. Nesse estudo, embora não tenha havido diferença estatística entre os grupos e nem associação com hipertensão, as mulheres Adventistas tanto da capital quanto do interior apresentaram medidas maiores na circunferência abdominal que as recomendadas pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica⁵, enquanto que o sobrepeso/obesidade foi verificado tanto em homens quanto em mulheres. Estudando 1.584 funcionários de um hospital privado Sarno et al¹¹² encontraram prevalência de hipertensão em 26,9% dos homens e 12,5% das mulheres. A taxa de sobrepeso foi maior em homens (41,2% vs 25,9%) e

circunferência aumentada maior nas mulheres (55,4% vs 37,5%). Tanto os achados de Índice de massa corpórea quanto o aumento da circunferência abdominal associaram-se de forma importante com a hipertensão arterial em ambos os sexos. Outro estudo¹¹³ realizado com servidores de uma universidade em Minas Gerais revelou índice de sobrepeso e obesidade maior nas mulheres, bem como maior valor na medida da circunferência abdominal. Estes aumentos interferiram diretamente na elevação da pressão arterial. Da mesma forma, estudo¹¹⁴ realizado com 827 mulheres em Belo Horizonte verificou que a obesidade abdominal se associou significativamente com a hipertensão arterial. Além disso, conforme aumentou a circunferência abdominal, aumentaram os valores da pressão sistólica e diastólica. Estudo realizado por Cavagioni *et al*¹¹⁵ com 258 motoristas profissionais de transporte de carga mostrou que 46% tinham sobrepeso, 36% obesidade e 58% apresentavam circunferência abdominal aumentada e a análise de regressão logística indicou que a hipertensão arterial se associou com o aumento do índice de massa corporal (OR= 0,322 IC 0,129-0,801). É sabido que a obesidade está associada a diversas alterações metabólicas. Correia¹¹⁶ afirma que o principal fator fisiopatogênico da hipertensão, associado ao excesso de peso, são os distúrbios do metabolismo da insulina. O autor explica que

o principal mecanismo fisiopatológico relacionado com a associação entre a pressão arterial e resistência insulínica é atribuído à ativação do sistema nervoso simpático renal e vascular pela hiperinsulinemia, levando ao aumento da reabsorção de sódio e da reatividade vascular (CORREIA, 2006).

Cavagioni¹¹⁷ em seu estudo com 154 profissionais da área da saúde que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar mostrou que 70,2% destes tinha alteração da circunferência abdominal, 65,6% estavam na faixa de sobrepeso/obesidade e 11% tinham alteração da glicose.

Em relação aos hábitos de vida, a maioria dos participantes referiu não ser vegetariano ($p < 0,05$), nunca ter fumado, serem praticantes de atividade física, realizando caminhada de 1-3 vezes por semana. A análise

de regressão logística mostrou que ser vegetariano foi fator protetor para a hipertensão quando comparado ao não vegetariano.

Estudo realizado por Teixeira *et al*¹¹⁸ com 134 onívoros e 67 vegetarianos pareados por sexo e idade mostrou que os onívoros, quando comparados aos vegetarianos, foram diferentes estatisticamente pois apresentaram maior sobrepeso, relação cintura-quadril inadequada, índice de massa corporal elevado, hipercolesterolemia, glicemia elevada, triglicérides e LDL colesterol elevados. Os resultados do referido estudo foram semelhantes aos de De Biase *et al*⁷⁸ onde os onívoros apresentaram maiores valores ($p < 0,05$) de colesterol total, LDL colesterol e triglicérides quando comparados aos vegetarianos. Outro estudo¹¹⁹ comparativo entre ovolactovegetarianos e onívoros mostrou que, mesmo sendo a dieta ovolactovegetariana mais saudável, não houve diferenças estatísticas significativas no estado nutricional e nos indicadores antropométricos de risco cardiovascular entre os grupos quando o consumo calórico total e o estilo de vida foram semelhantes aos dos onívoros. Comparando adventistas do sétimo dia vegetarianos e não vegetarianos, Fraser¹²⁰ apontou que embora a dieta vegetariana seja mais saudável e esteja associada com menor risco de diversas doenças crônicas, diferentes tipos de vegetarianismo como ovolactovegetariano, lactovegetariano, pescovegetarianos (ingerem carne de peixe), podem não experimentar os mesmos efeitos sobre a saúde. Além de ser necessária a correta alimentação na prevenção e controle da hipertensão, é imprescindível adotar outros hábitos de vida como a prática regular de exercícios físicos.

Estudo⁸¹ realizado com Adventistas do Sétimo Dia na década de 90 já mostrava que os vegetarianos tinham menor risco de diabetes mellitus, hipertensão arterial e artrite quando comparados aos não vegetarianos. Os autores concluíram que os Adventistas vegetarianos foram mais saudáveis que os não vegetarianos, mas que tal condição não se associou somente com o fato de não comerem carne. O estudo mostrou associações significativas entre o consumo de carne, maior que 3 vezes por semana, e as doenças cardíacas fatais. Em outra investigação¹¹⁹ verificou-se que as

médias da pressão sistólica e diastólica e foram significativamente menores ($p<0,01$) nos vegetarianos ($108\pm16/71\pm10$ mmHg) comparativamente aos onívoros ($129\pm19/86\pm13$ mmHg), bem como menores indicadores laboratoriais de risco cardiovascular ($p<0,05$). Assim como a alimentação saudável influi positivamente na pressão, a prática de exercícios físicos possui muitos efeitos benéficos para a diminuição dos valores pressóricos.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴, os exercícios aeróbicos complementados pelos exercícios resistidos são indicados para a prevenção da hipertensão, visando manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida. Todo adulto deve exercitar-se pelo menos 30 minutos por dia, 5 vezes por semana, “de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-lo”. Para Laterza *et al*¹²¹ a prática de exercícios físicos aeróbicos promove adaptação hemodinâmica, melhorando o funcionamento do sistema cardiovascular e podendo prevenir ou até mesmo tratar a hipertensão arterial. Além disto, a abstinência do tabagismo também atua na prevenção de doenças cardiovasculares, dentre outras¹²², porém não há evidências de que a cessação do tabagismo seja benéfico para o controle da pressão arterial⁴.

6.1.2 Características da pressão arterial

Em relação à pressão arterial, a maioria dos adventistas da capital e do interior referiu não ter pressão alta e não serem informados por profissionais da saúde de que têm a doença. A maioria não tem o hábito de medir a pressão, mas os participantes que tem este hábito o fazem semestralmente. Estudo realizado por Mion Jr *et al*²⁹ mostrou que os hipertensos diferiram significativamente dos não hipertensos por medirem a pressão com maior frequência, em casa ou no posto de saúde, por se lembrarem mais da última vez que mediram a pressão e os valores obtidos.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) em relação ao local da medida da pressão arterial, sendo que a maior parte dos

participantes do interior referiu no posto de saúde (45,9% vs 20,9%) e a maior parte dos participantes da capital em casa (39,5% vs 21,3%). Acredita-se que isto se deve ao fato dos participantes do interior terem mais facilidade no acesso ao posto de saúde por ser mais próximo de casa, o tempo de espera para atendimento ser menor, diferentemente dos participantes da capital pois, para chegarem ao posto precisam, muitas vezes, pegar várias conduções e esperar por um longo período de tempo para serem atendidos. É possível que diante disto, para terem mais comodidade, acabem adquirindo um esfigmomanômetro, geralmente digital, próprio para a medida da pressão em casa. Estudo realizado por Sanchez *et al*¹²³ mostrou que os hipertensos atendidos em situação de emergência apresentaram média de pressão significativamente maior do que os atendidos no ambulatório e houve associação significativa entre os dois grupos em relação ao local onde medem a pressão. Outro ponto que chama a atenção foi o fato de que parte da amostra estudada não tinha o hábito de medir a pressão. Com esta postura entende-se que não há o cuidado necessário da saúde no tocante à prevenção da hipertensão. Estudos⁶⁴ tem mostrado que ainda não é satisfatório o percentual de indivíduos, mesmo os hipertensos, que tem o hábito de medir a pressão. A medida da pressão arterial é um procedimento simples e rápido que se for realizado corretamente auxilia no diagnóstico precoce da hipertensão arterial. Quanto mais cedo for detectada, maior é a chance do tratamento anti-hipertensivo não medicamentoso ou mesmo farmacológicos surtir efeitos positivos na saúde do indivíduo. Estudo¹²⁴ realizado desde 1980 até 2008 com 5,4 milhões de participantes em diferentes países mostrou que em 2008 a média da pressão arterial sistólica foi de 128,1mmHg para os homens e 124,4mmHg para as mulheres. Globalmente nesses 28 anos de acompanhamento a diminuição da pressão arterial diastólica, por década, foi de 0,8 mmHg em homens e 1,0 mmHg nas mulheres. Os autores concluem que, em média, a população mundial diminuiu ligeiramente a pressão arterial diastólica desde 1980, mas as tendências variam significativamente entre regiões e países. A pressão

arterial sistólica é maior em países com média e baixa renda, sendo necessárias intervenções de bases populacionais nestes locais.

Os Adventistas da capital foram estatisticamente diferentes ($p < 0,05$) em relação ao interior, pois a maioria sabia quando foi a última vez que verificou a pressão (65% vs 48,8%). Talvez esse conhecimento tenha sido um ponto a favor dos participantes da capital pela possibilidade de diagnóstico precoce da hipertensão e instituição do tratamento, permitindo assim maior controle da pressão. A análise de regressão logística mostrou que houve associação direta entre hipertensão e saber quando foi a última vez que verificou a pressão. Aqueles que se lembravam da última vez que mediram apresentaram 2,7 vezes mais chance de ser hipertenso. É possível que isto tenha ocorrido em virtude da preocupação ou tensão gerada na realização da medida da pressão e a necessidade de estar atento aos valores, uma vez que os participantes pudessem ter sido alertados pelo médico de que a pressão estava alta.

Os níveis pressóricos dos participantes da capital foram menores ($p < 0,05$) do que os do interior. Dessa forma a prevalência de hipertensão foi menor na capital (15% vs 27,4%). A prevalência da capital ficou bem abaixo dos percentuais dos estudos nacionais, enquanto que a prevalência do interior ficou mais próxima da estimada em nosso país (30%)⁴.

Boa parte dos estudos de prevalência realizados no Brasil, embora com diferentes metodologias, apontam prevalências mais elevadas nas cidades maiores quando comparadas com as de menor porte. Deve-se ressaltar que a maioria desses estudos são realizados em zonas urbanas mais desenvolvidas havendo escassez de estudos nas áreas rurais do país. Esta evidência pode ser observada pelos seguintes dados: prevalência de hipertensão de 25,2% em São José do Rio Preto (SP)²⁵; 31,5% em Catanduva (SP)³⁰; 32,7% em Piracicaba (SP)³¹, 30,1% em Nobres (MT)²⁶, 32,7% em Formiga (MG)³⁷; 23,6% em Pelotas (RS)³⁸, 14,7% em Luzerna (SC)⁴⁰; 33,8% em Lages (SC)⁴¹; 36,4% em Tubarão (SC)⁴². Já em algumas capitais os estudos mostraram as seguintes prevalências: 27,4% em São

Luís (MA)²⁸; 32% em São Paulo²⁹; 41,1% em Campo Grande (MS)³⁴; 36,4% em Goiânia (GO)³⁵; 29,9% em Salvador (BA)³⁶ e 33,7% no Rio Grande do Sul (RS)³⁹. Muito embora se esperasse uma prevalência ainda menor entre os Adventistas em comparação ao apresentado pelos estudos populacionais descritos na literatura, a prevalência total de hipertensão, no presente estudo, foi de 22,7%, mostrando-se inferior à da maioria aos estudos nacionais. O inquérito VIGITEL 2009⁴⁵ mostrou que o percentual de hipertensão referida por diagnóstico médico em algumas das capitais do Brasil foi de: 25,1% em Belo Horizonte; 26,5% em Campo Grande; 23,9% em Cuiabá; 21,2% em Goiânia; 26,2% em Salvador; 26,5% em São Paulo; 25,4% em Porto Alegre; 19,3% em Florianópolis; 18,5% em São Luís; 21,5% em Curitiba e 28% no Rio de Janeiro.

A expressiva maioria dos estudos internacionais envolvendo os Adventistas enfatiza questões alimentares, pois estas estão ligadas às orientações promovidas pelos líderes da igreja para serem adotadas por seus membros. Acredita-se que estas mudanças alimentares interfiram nos resultados encontrados. Um dos estudos¹²⁵, com Adventistas afro-americanos, mostrou que a pressão arterial foi significativamente maior nos não vegetarianos. Uma revisão de 35 estudos¹²⁶ mostrou redução da pressão sanguínea e aumento da função imunológica nos indivíduos que praticavam uma religião judaica ou cristã.

Embora os valores médios da pressão sistólica e diastólica tenham ficado na faixa de normalidade, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴, chama a atenção o fato de os Adventistas do interior terem prevalência maior de hipertensão e maiores médias de pressão, uma vez que o simples fato de morarem em local com acesso mais fácil aos serviços de saúde, sem a necessidade imperativa do uso de veículos (carros ou ônibus) para a locomoção, poderia indicar maior exposição a atividades físicas contribuindo para a diminuição da pressão arterial. Além disso, a baixa exposição a agentes estressores, próprios de uma cidade grande, também poderia contribuir para a menor prevalência. Sendo assim é possível que os fatores que possam ter causado a maior prevalência de

hipertensão arterial no interior sejam as condições socioeconômicas menos favoráveis e menor prática de hábitos de vida saudáveis, em relação aos participantes da capital.

6.1.3 Crenças e conhecimentos sobre hipertensão e o tratamento

Quanto às crenças a maioria dos participantes adventistas referiu acreditar que a hipertensão é para toda vida como o diabetes, que o tratamento deve durar a vida toda e, embora saibam estas informações, acreditavam que a pressão alta tem cura. Esta ambiguidade nos pensamentos pode estar relacionada à falta de conhecimento mais aprofundado sobre a necessidade de tratamento para toda vida e suas crenças religiosas, uma vez que eles crêem que Deus pode curar toda e qualquer doença, bem como entendem que a cura possa ocorrer se o hipertenso mudar os hábitos de vida e tomar diariamente os remédios necessários para o controle da pressão. Os participantes, em sua maioria, acredita também que a pressão alta pode trazer complicações tais como derrame, infarto, porém desconheciam que a hipertensão possa causar problemas renais. Derrame e infarto são as doenças que grande parte da população associa como complicações da hipertensão arterial⁴⁹. Avezum et al¹²⁷ no estudo realizado em 12 hospitais da região metropolitana de São Paulo, com 494 indivíduos, mostrou que a presença de hipertensão como antecedente revelou ser um fator de risco potente e independentemente associado ao infarto. Na análise de 280 prontuários de um hospital do Ceará, Barbosa et al¹²⁸ verificaram que entre os pacientes que tiveram derrame, 97% tinham hipertensão arterial associada. Estudo realizado por Péres et al⁶⁴ também com hipertensos apontou que as complicações mais conhecidas pelos pacientes estudados foram o derrame e o infarto, dados estes também encontrados no estudo de Mano et al¹²⁹. Apenas uma pequena percentagem de respostas referia-se às complicações renais, o que parece indicar que os sujeitos possuem um conhecimento parcial sobre as

consequências da hipertensão arterial. Para Pierin¹³⁰, o desconhecimento, mesmo que parcial, dos pacientes em relação à doença aumenta os riscos da hipertensão não controlada o que pode favorecer a não adesão ao tratamento.

Jesus *et al*¹³¹ em seu estudo mostrou que pouco menos da metade dos hipertensos estudados referiu que a hipertensão é pra toda vida como o diabetes, havendo expressivo percentual referindo que o tratamento deve durar a vida toda e que a doença não tem cura. Grande parte dos hipertensos sabia que o tratamento da pressão alta pode evitar infarto, derrame, problemas renais e impotência sexual. Porém, pouco mais de um terço acreditava que nada podem fazer para evitar a pressão alta.

Em relação ao conhecimento sobre a pressão alta e o seu tratamento a maioria dos participantes acha que o tratamento da hipertensão pode evitar infarto, derrame e problemas renais e referiu não saber se o tratamento da hipertensão pode evitar asma, diabetes, e impotência sexual. Interessante notar que os participantes acreditam que a hipertensão arterial não causa problemas renais, mas que o seu tratamento pode evitar este problema. Em seu estudo comparativo entre hipertensos complicados e não complicados, Pierin *et al*¹⁰² revelaram que os hipertensos complicados apresentaram pouco conhecimento em relação ao tratamento da hipertensão, achando que o tratamento não pode evitar problemas renais. Tal desconhecimento sobre a doença pode ter influenciado o baixo percentual de controle da pressão arterial. De acordo com Fuchs *et al*¹³², a regulação da pressão arterial está diretamente ligada ao funcionamento renal e, portanto, o indivíduo que apresentar o descontrole da doença poderá manifestar alterações renais importantes. É possível que o baixo conhecimento em relação a outras complicações que não o infarto e derrame deva-se ao grande enfoque dado a estas doenças nos programas de combate à hipertensão¹³³, quando estes deveriam abordar os demais órgãos acometidos pela hipertensão, favorecendo maior esclarecimento à população sobre a doença e tratamento. O conhecimento torna-se importante porque a hipertensão arterial, além do coração, compromete o

funcionamento de outros órgãos-alvo como rins, cérebro e sistema vascular. Segundo Modelli et al¹³⁴ a hipertensão é reconhecida como o principal fator de risco para a elevação do número de acidentes vasculares encefálicos (AVE), relacionando-se linearmente com a incidência desses eventos. Cerca da metade desses eventos tem como causa a hipertensão. Este risco aumenta em quase 3 vezes nos pacientes idosos. Para Almeida et al¹³⁵ a hipertensão é umas das principais causas de lesão renal levando à necessidade de transplante. Estimava-se, no final da década passada, que cerca de 23,5% dos pacientes que iniciavam diálise tinham como doença de base a hipertensão arterial. Estudo feito por Pierin et al¹⁰² com hipertensos complicados mostrou que estes desconheciam que sua doença poderia causar problemas renais (50,4%). Silva⁵¹ também encontrou resultado semelhante na abordagem de hipertensos quando cerca de 79% não sabia ou não acreditava que alterações renais pudessem estar ligadas à hipertensão. Cabe aqui a reflexão: se pessoas reconhecidamente hipertensas, que deveriam ter maior conhecimento sobre as complicações da doença, não tem, pode-se esperar da população geral tal conhecimento em relação a esse assunto?

A maioria dos participantes concorda que a prática de exercícios físicos é importante no controle da pressão, que se os pais tem pressão alta também podem ter e que a pressão é alta quando for maior que 140/90mmHg. Porém discordam de que nada podem fazer para evitar pressão alta, jovens não tem hipertensão e que esta doença não tem sintomas. Destaca-se a concordância dos participantes sobre a presença de sintomas na hipertensão arterial, podendo esta ser embasada em relatos de familiares, amigos ou pelos próprios hipertensos em relação ao que sentem quando a pressão está alta, crendo eles que esta doença têm sintomas.

Pierin et al⁵⁴ em seu estudo com 440 hipertensos revelou que houve elevado índice de conhecimento quanto ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, como a redução do sal, cessação do tabagismo, redução de peso, prática de exercícios físicos e redução da ingestão de bebidas alcoólicas. Dos conhecimentos avaliados, a prática de exercícios

físicos apresentou relevância estatística, pois os hipertensos não controlados desconheciam mais de que a atividade física ajuda no controle da hipertensão em relação aos controlados (87,2% vs 17%, $p < 0,05$). A falta de conhecimento da prática de exercícios físicos no tratamento da hipertensão associou-se com a falta de controle (OR = 3,5; IC 95% 1,1 - 10,8).

Para Jardim *et al*³⁵ o conhecimento do hipertenso sobre sua doença e possíveis complicações relaciona-se diretamente com o seu envolvimento no tratamento e no autocuidado.

Serafim *et al*¹³⁶ em seu estudo com 511 hipertensos atendidos em uma Liga de Hipertensão revelou elevado conhecimento dos hipertensos quanto a cessação do fumo, redução de peso, prática regular de atividades físicas e redução da ingestão de bebida alcoólica. Porém, houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação ao conhecimento sobre a necessidade da redução do peso corporal e o controle da pressão, pois os que estavam não controlados tinham menor conhecimento quanto a isso.

Em seu estudo realizado com 130 hipertensos, Strelec *et al*⁵⁰ ao avaliar o conhecimento destes, revelou que no geral o conhecimento foi satisfatório, porém, em relação ao conhecimento sobre a pressão alta ser assintomática e sobre tratar a hipertensão sem remédios, o percentual de acerto foi inferior a 50%.

6.1.4 Antecedentes pessoais e familiares para hipertensão

Em relação aos antecedentes pessoais, a maioria dos participantes negou ter tido diabetes, derrame, infarto e colesterol alto. Pierin *et al*¹⁰¹ em seu estudo com 205 hipertensos verificou que a presença de antecedentes pessoais para hipertensão apareceu em 70% dos pacientes. Estudo recente realizado por Oliveira-Martins *et al*¹³⁷ com 1042 usuários de farmácias comunitárias em Portugal revelou que a o tratamento da hipertensão se associou positivamente com antecedentes pessoais e familiares para

doenças cardiovasculares ($p=0,050$; OR 1,53; IC(95%) 0,999;2,342), corroborando o achado de outro estudo³⁸ onde ter história familiar positiva para, no mínimo, um dos progenitores estava associada com aumento da prevalência de hipertensão arterial.

Quanto aos antecedentes familiares, no presente estudo, a maioria referiu ter alguém na família com pressão alta e diabetes, sendo a mãe mais citada, havendo diferença estatística entre os grupos em relação a mãe ser hipertensa. Hoje sabe-se da estreita relação entre hereditariedade e hipertensão arterial, sendo este um dos fatores não modificáveis da hipertensão. Antecedentes familiares (hereditariedade)¹³⁸ para hipertensão também são fatores que interferem na elevada prevalência da doença^{102,103}. Uma das explicações para esta correlação seria a influência genética e não apenas ambiental. Estudo feito por Van Den Elzen et al¹³⁹ acompanhando por 27 anos 596 crianças e adolescentes verificou que quando o pai ou a mãe tinham pressão sistólica elevada, a pressão sistólica dos filhos era aumentada em 2,7 mmHg aos 45 anos de idade. Quando ambos, pai e mãe, tinham pressão sistólica aumentada, o incremento era de 8,5 mmHg. Outro estudo¹⁴⁰ feito com 398 famílias Franco-canadenses, com pelo menos uma criança adotada da mesma origem étnica, verificou que a correlação dos escores da pressão arterial entre pais e filhos biológicos foi significativa ($p<0,001$) tanto para pressão sistólica quanto para a pressão diastólica. Entretanto, a correlação entre os pais e os filhos adotivos não foi significativa. Os autores concluíram que a hereditariedade explica a maior parte da semelhança familiar da pressão arterial em crianças.

Analisando as mulheres, a maioria relatou não ter tido pressão alta na gravidez, não estar na menopausa e não fazer uso da terapia de reposição hormonal (TRH), havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos (capital 100% vs 88,5% interior). É possível que as participantes da capital não façam uso da TRH por temerem os efeitos colaterais, já que estas possuem maior grau de escolaridade e, talvez, maior acesso às informações de tal terapia e buscam terapias alternativas, diferentemente das participantes do interior. Estudo¹⁴¹ qualitativo realizado com 11 mulheres

mostrou que aquelas não usuárias de TRH convivem com os sintomas perimenopausa, já as que utilizam esta terapia referem sensação de bem estar, pois o sono melhorou, sentem-se mais maduras e com mais oportunidade de terem informações sobre a saúde durante as consultas.

Estudo realizado por Oliveira *et al*¹⁴² com 1265 mulheres mostrou que a menopausa após os 50 anos e o uso de terapia de reposição hormonal apresentaram efeito protetor para a hipertensão arterial referida.

6.1.5 Transtornos mentais comuns, apoio social e religiosidade

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos Adventistas não apresentaram transtornos mentais comuns pelo *Self-Report Questionnaire* (SRQ20). Estudo transversal recente realizado por Coelho *et al*¹⁴³ com 1276 adultos mostrou que a hipertensão arterial se associou positivamente com a presença de transtornos mentais comuns. Esta associação pode prejudicar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial. Estudo realizado por Cavagioni *et al*¹⁴⁴ revelou que 33% dos participantes eram portadores de transtornos mentais comuns e houve associação ($p < 0,05$) em relação ao cansaço, sentir-se nervos ou estressado, ter a concentração diminuída, presença de problemas pessoais ou no trabalho, porém esta variável não se associou com o controle da pressão. É possível que a baixa presença de transtornos mentais comuns neste estudo esteja ligada ao fato dos Adventistas estarem vinculados a uma forte rede social que é a comunidade da igreja, onde podem sentir apoio diante das dificuldades. Em geral estes vínculos promovem redução da tensão, ansiedade, e, até, agressividade. Por se envolverem com as práticas religiosas as pessoas ficam menos tempo sozinhas, e, portanto, sentem-se mais apoiadas. Estudo realizado por Costa *et al*⁹⁴ avaliando a presença de transtornos mentais comuns e apoio social em uma comunidade mostrou na análise de regressão logística que as pessoas que tinham baixo apoio social apresentaram duas vezes mais chance de ter transtornos mentais comuns

(OR: 2,09; IC95%: 1,35-3,24) do que aquelas que tem alto apoio social. Ressalta a importância de investir em redes de apoio social onde o indivíduo interaja com outras pessoas a fim de aumentar a auto confiança, a satisfação com a vida e aumentar o poder de enfrentamento dos problemas.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os hipertensos do interior em relação aos da capital, na avaliação do apoio social, somente no domínio material. Nas questões referentes a este domínio os participantes responderam que sempre poderiam contar com alguém que os ajudasse para realizarem as atividades. Nos demais domínios não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Ambos os grupos apresentaram médias elevadas de apoio social ($80,63 \pm 15,09$). O alto envolvimento dos membros dessa comunidade religiosa com as atividades da igreja e, portanto, a conservação de estreitos laços sociais pode ter influenciado na manutenção da saúde e maior facilidade em lidar com as situações de estresse. A prática de atividades religiosas pode motivar o cuidado da saúde. Metanálise realizada por Mueller et al¹⁴⁵ mostrou que o envolvimento religioso e espiritualidade estão associados com melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim como menor ansiedade, depressão e suicídio.

Em relação à religiosidade, hipertenso da capital e do interior se mostraram homogêneos, não apresentando diferença estatística significativa. A frequência aos cultos religiosos se dá mais de uma vez por semana e a dedicação à oração, atividades religiosas individuais e leitura da Bíblia acontecem 1 vez por semana ou mais. A maioria dos Adventistas participantes do estudo referiu sentir a presença de Deus e do Espírito Santo em sua vida, e que as crenças religiosas estão por trás de sua maneira de viver além de afirmar se esforçar muito para viver a religião em todos os aspectos de sua vida. Metanálise realizada por McCullough et al¹⁴⁶ apontou que o envolvimento com prática religiosa foi significativamente associado à menor mortalidade. É possível que a prática religiosa seja um mediador e promotor de melhores e mais saudáveis hábitos de vida¹⁴⁷. Estudo realizado

por Gillum *et al*¹⁴⁸ com 14.475 homens e mulheres norte americanos mostrou que frequentar as atividades religiosas uma vez por semana ou mais associou-se ($p < 0,05$) com a redução da prevalência de hipertensão em relação àqueles que não compareciam a nenhuma atividade religiosa. Em relação aos valores pressóricos as pessoas que frequentavam semanalmente e as que frequentavam mais de uma vez por semana apresentaram, respectivamente, pressão arterial sistólica menor em 1,46mmHg e 3,03mmHg quando comparados aos não frequentadores ($p < 0,01$).

6.2 SOBRE OS ADVENTISTAS HIPERTENSOS

Foi considerado controlado o indivíduo que, após três medidas consecutivas, apresentou a média da pressão arterial sistólica menor que 140mmHg e diastólica menor que 90mmHg. Os indivíduos não controlados foram aqueles que apresentaram valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg.

6.2.1. Características biosocioeconômicas e hábitos de vida

Em relação ao sexo as mulheres hipertensas foram a maioria tanto na capital (60%) quanto no interior (71,1%) não somente pelo fato de constituírem a maior parte dos membros da igreja, conforme lista utilizada para a aleatorização da amostra, mas por terem aceitado mais facilmente participar do estudo. Estudo¹⁴⁹ descritivo realizado com base na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) do ano de 1998 mostrou que as mulheres referiram utilizar mais regularmente os serviços de saúde do que os homens, ratificando outro achado^{50,131} mostrando maior envolvimento das mulheres com o autocuidado.

Entre os hipertensos deste estudo a variável sexo não se apresentou diferença estatística. Entretanto, vale ressaltar a interferência desse fator de

risco não modificável na hipertensão arterial. Embora a prevalência global da hipertensão seja semelhante quando se considera o sexo⁴, observa-se, através dos estudos publicados, que boa parte destes tem encontrado prevalência maior entre os homens.

Em São Luiz – MA, estudo²⁸ transversal realizado em 835 pessoas mostrou que a prevalência de hipertensão foi maior no sexo masculino do que no feminino (32,1% vs 24,2%), sendo o sexo masculino associado positivamente com hipertensão (Relação de Poisson 1,52 IC95% 1,25-1,84). Martins *et al*¹⁵⁰ em seu estudo com 605 estudantes mostrou a prevalência de hipertensão foi maior nos homens. Estudo¹⁵¹ realizado com 2.992 indivíduos em Ontário, a fim estimar a prevalência e o tratamento da hipertensão nesta cidade, mostrou que a prevalência foi de 21,3%, sendo maior nos homens (28,3%) e mais comum nas pessoas negras. Em contrapartida, estudo¹⁵² feito em Ijuí (RS) encontrou prevalência maior de hipertensão estágio II e III em mulheres. Na hipertensão estágio I a prevalência foi maior nos homens. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴ apontam maior prevalência da doença nos homens nas primeiras 5 décadas de vida e nas mulheres após os 50 anos.

As variáveis escolaridade, estado civil, etnia, tipo de moradia e idade não apresentaram diferença estatística entre os hipertensos. Entretanto, sabe-se que estas variáveis podem influenciar no controle da pressão. Estudo realizado por Silva⁵¹ mostrou que a etnia não branca estava associada ao menor controle da pressão.

Os hipertensos da capital se mostraram estatisticamente diferentes dos hipertensos do interior na ocupação com vínculo empregatício, sendo o próprio participante o responsável pela renda familiar, possuir maior renda individual e renda familiar. Sanchez *et al*¹²³ em estudo comparativo, entre hipertensos atendidos no pronto-socorro e ambulatório, encontraram diferenças ($p < 0,05$) em relação à maior pressão arterial e menor renda salarial. Coqueiro *et al*¹⁵³ revelaram em seu estudo com adultos acompanhados em uma Unidade de Saúde da Família que houve

associação estatisticamente significativa entre hipertensão e ocupação ($p=0,023$; OR 2,80; IC (95%) 1,13 a 6,91) onde os indivíduos sem ocupação profissional, quando comparados aos que tinham ocupação, apresentaram risco aproximadamente três vezes maior para hipertensão. No presente estudo, os Adventistas que tinham vínculo empregatício apresentaram menores valores de pressão arterial ($p<0,05$). Estudo realizado por Taveira *et al*¹⁵⁴ com 440 hipertensos mostrou que a baixa condição econômica se associou com variáveis que podem influenciar na atitude e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Acredita-se que a maior prevalência de hipertensão apresentada pelos indivíduos pesquisados no interior paulista esteja relacionada à menor renda familiar e individual e menor escolaridade, corroborando o observado na literatura²⁵ que aponta estreita ligação entre estas variáveis e a maior prevalência da doença. O estudo comparativo realizado por Mano *et al*¹²⁹ entre hipertensos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família e pelo sistema tradicional de atendimento apontou que os hipertensos não controlados foram diferentes ($p<0,05$) dos controlados pois possuíam menor renda salarial (44% vs 20%). Pierin *et al*¹⁰² em estudo com hipertensos acompanhados em uma Liga De Hipertensão de um hospital escola da cidade de São Paulo, mostrou que houve associação positiva ($p<0,05$) entre hipertensos complicados e serem eles os responsáveis pela renda familiar. Estudo feito por Silva⁵¹ associou a baixa renda com menor controle da pressão ($p=0,02$; OR 0,447; IC(95%) 22,7% a 88,1%). Já o estudo de Strelec *et al*⁵⁰ não mostrou associação da renda com o controle da pressão. Estes achados poderiam justificar o que também foi encontrado neste estudo, já que os Adventistas do interior, possuindo menor renda e menor escolaridade, apresentaram maiores valores de pressão arterial ($p<0,05$).

Quanto aos hábitos de vida, a maioria dos participantes tinha, em média, 26 anos de batizados na Igreja Adventista, referiu não ser vegetariano, nunca ter fumado, praticar atividades físicas, com predomínio da caminhada. Quanto maior o tempo de batizado, mais informação e,

possivelmente, maior conhecimento sobre os hábitos de vida saudável pregados pela Igreja Adventista do Sétimo Dia.

Estudo realizado por Fraser *et al*¹⁵⁵ comparando membros que se tornaram Adventistas do Sétimo Dia na fase adulta com aqueles que eram desde criança mostrou que houve diminuição da mortalidade relacionada ao maior tempo de ser membro da igreja e depois estabilizou devido a adoção de estilo de vida mais saudável há mais tempo do que os membros mais recentes. Os homens de 50 anos experimentaram diminuição de 15-25% na mortalidade relativa após 10 anos de pertencerem à igreja. Já as mulheres que se tornaram membros após os 50 anos tiveram mortalidade mais elevada quando comparadas às que eram membros desde a infância, sem qualquer alteração a curto prazo.

No tocante à alimentação, estudos realizados por Teixeira *et al*¹¹⁸ e Appleby *et al*¹⁵⁶ mostram que tanto homens quanto mulheres que consomem carne tem maiores valores pressóricos, índice de massa corporal, colesterol e triglicérides quando comparados aos vegetarianos. Outro estudo¹⁵⁷ realizado somente com a população Adventista de São Paulo mostrou que os vegetarianos apresentaram valores significativamente menores ($p < 0,05$) nas médias da pressão arterial sistólica e diastólica, bem como nos valores de colesterol total e frequência de hipertensão quando comparados aos semi-vegetarianos e onívoros. Algumas das recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴ para a manutenção dos níveis pressóricos dentro da normalidade são o controle do peso, estilo alimentar e a prática de exercícios físicos, dentre outros. É recomendado ao indivíduo hipertenso a realização de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, cinco vezes/semana para prevenção, e diariamente para o tratamento da hipertensão. No estudo de Monteiro *et al*¹⁵⁸ o exercício aeróbico aplicado durante um programa de 16 semanas diminuiu cerca de 8 mmHg a pressão arterial sistólica e 3mmHg a pressão arterial diastólica além da pressão arterial média de hipertensos ($p < 0,05$).

6.2.2 Crenças, conhecimentos e atitudes frente à hipertensão

Em relação às crenças sobre hipertensão, a maioria dos hipertensos da capital e do interior acreditava que esta doença é pra toda vida como o diabetes, que o tratamento deve durar a vida toda, que a pressão alta pode trazer complicações tais como derrame e infarto, embora 60% acredite que a pressão alta tem cura e 65% acredite que a pressão alta não traz complicações renais, observado também nos estudos de Strelec *et al*⁵⁰, Silva⁵¹ e Peres *et al*⁶⁴. Entende-se que esta diferença de informação quanto a duração da doença e a possibilidade de cura estejam relacionadas à esperança de serem curados por Deus¹⁵⁹. A religiosidade pode ter facetas “negativas” levando alguns indivíduos ao descuido do autocuidado deixando “tudo nas mãos de Deus”. Estudo¹⁶⁰ quali-quantitativo realizado com 69 hipertensos a fim de saber o conhecimento sobre sua enfermidade mostrou que a cura para a hipertensão foi atribuída ao poder divino, magia ou na execução correta do tratamento. Este estudo ressalta também a necessidade de esclarecer o hipertenso sobre sua doença para que haja comprometimento com o seu tratamento.

Quanto ao conhecimento sobre a doença a maioria dos hipertensos estudados acha que o tratamento da hipertensão pode evitar doenças ($p < 0,05$) como derrame (93,3%) e problemas renais (56,7%), sendo contrário ao estudo de Pierin *et al*¹⁰² que mostra que os hipertensos complicados desconheciam que o tratamento da pressão alta pode evitar problemas renais. No que diz respeito a impotência sexual, a maior parte dos hipertensos da capital referiu não saber (40%) enquanto que no interior o desconhecimento foi manifestado por 37,8% ($p < 0,05$), conforme observado também no estudo de Silva⁵¹. Embora a escolaridade tenha sido menor no interior, os participantes demonstraram maior conhecimento quanto as doenças ligadas à hipertensão. Conforme dito anteriormente, é possível que o menor desconhecimento manifestado pelos hipertensos do interior esteja relacionado à maior facilidade no acesso à informação e aos serviços de saúde¹³³. Assim como na população geral deste estudo, é

contraditório os hipertensos não acreditarem que a hipertensão possa causar complicações renais, porém acreditam que o tratamento da pressão possa evitar tais comprometimentos nos rins. Estudo¹⁶¹ realizado com 50 hipertensos mostrou que 56% destes conheciam parcialmente as consequências da hipertensão, pois referiram somente o coração e o cérebro, desconhecendo os demais órgãos-alvo. A mesma observação foi feita por Franceli *et al*¹⁶² em seu estudo com 359 hipertensos onde estes citaram o infarto e derrame como as principais complicações da hipertensão. Mantovani *et al*¹⁶⁰ mostraram em seu estudo que apenas alguns hipertensos citaram como complicações os problemas visuais e renais indicando que estes conhecem parcialmente as complicações de sua doença, mas este reconhecimento pode favorecer a mudanças positivas de comportamento em relação aos cuidados que ela exige.

A maioria dos hipertensos concordaram com as afirmativas de que “praticar exercícios físicos é importante no controle da pressão arterial”, “se pai ou mãe teve pressão alta, também posso ter”, “a pressão é alta quando for maior que 140/90mmHg”; e discordam das afirmativas “nada posso fazer para evitar a pressão alta”, “jovens não tem pressão alta” e “pressão alta não tem sintomas”. Referente aos sintomas da pressão alta, estudos^{160,161,162} mostraram que os hipertensos relacionam o aumento da pressão com algum incômodo, ou seja, quando algo não está bem. Na maioria das vezes são problemas circulatórios ou desconforto físico tais como: tontura, dor de cabeça, “engrossamento” do sangue, palpitação, insônia, dor no pescoço, turvamento da visão e fraqueza. Todavia, sabe-se que a hipertensão arterial raramente manifesta algum sintoma físico, sendo a doença chamada de “assassina silenciosa”. A hipertensão traz complicações a órgãos-alvo, tais como: insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, entre outros. Tal desconhecimento sobre a doença e sua gravidade diminui a adesão ao tratamento interferindo diretamente no não controle da pressão. Para Jesus *et al*¹³¹ a grande diferença entre ter informação a respeito da doença, tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para o entendimento essencial entre conhecimento e adesão.

O conhecimento é racional, já a adesão é um processo complexo que envolve fatores biossociais, emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.

Quanto ao tratamento da hipertensão arterial, a maioria dos hipertensos referiu que o tratamento da pressão alta inclui reduzir peso, praticar exercícios físicos, reduzir ingestão de álcool (embora esta população não faça uso de tal substância) e reduzir “stress”, havendo diferença entre os grupos ($p < 0,05$) quanto a parar de fumar (interior 93,3% vs 69,2% capital) e reduzir sal da alimentação (interior 100% vs 84,6%). Acredita-se que os participantes do interior sejam mais informados quanto às medidas a serem tomadas para o tratamento da hipertensão pelo fato de poderem frequentar com mais facilidade os postos de saúde, local onde podem receber informações tanto nas consultas quanto no ato da verificação da pressão pela equipe de saúde.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴ apontam entre os tratamentos não-medicamentosos para a hipertensão arterial: a redução do consumo de sal, com a finalidade de reduzir a pressão arterial. A menor ingestão de sal na dieta pode ajudar os pacientes a pararem o uso de medicamentos para o controle da pressão arterial, além dos efeitos a longo prazo da não ingestão de sal reduzir a pressão arterial¹⁶³. Na redução no consumo de álcool, no primeiro momento ocorre a redução da pressão arterial com posterior elevação após algumas horas de uso. O controle do estresse também é indicado sendo este participante do desencadeamento e manutenção da hipertensão podendo ser uma barreira para adesão ao tratamento. Quanto a parar de fumar, embora não haja clara evidência desta relação com o controle da pressão arterial, sabe-se que está inteiramente relacionada com doenças cardiovasculares entre outras doenças. A prática de exercícios físicos e redução do peso também compõem o tratamento não medicamentoso. Quanto ao consumo de álcool e tabaco, para serem batizados e serem recebidos como membros, os Adventistas não podem fazer uso de bebida alcoólica e nem tabaco de nenhum tipo. Uma vez que o tempo médio de batismo dos membros foi superior a 20 anos, praticamente

a totalidade referiu não usar álcool nem tabaco. Por si só a abstinência destas substâncias podem influenciar positivamente na menor prevalência da hipertensão e maior controle da pressão.

Como medidas secundárias no tratamento da hipertensão, a maioria dos hipertensos referiu usar de remédios caseiros/chás e oração/reza. Estudos^{164,165} mostraram que os remédios caseiros/chás mais utilizados pelos hipertensos foram: berinjela, erva cidreira, erva doce, chuchu, boldo, alho, entre outros, sendo revelados por eles que as doses e modo de preparo foram ensinados por pessoas mais velhas e algumas vezes incentivados por profissionais da saúde, sem qualquer embasamento científico. Com isso o hipertenso corre o risco de ter um efeito colateral indesejado com as plantas utilizadas. Em relação à oração/reza, pelo fato de estes hipertensos fazerem parte de uma comunidade religiosa, eles habitualmente praticam ambas a fim de manterem sua comunhão com Deus e entregarem a Ele sua enfermidade. Na rotina semanal de cultos dos Adventistas, quarta-feira, especificamente, é um dia dedicado à oração em todas as igrejas. Estudo¹⁶⁶ que analisou tailandeses Budistas e Adventistas da Califórnia revelou que 50% dos budistas e 55% dos Adventistas não conseguiram controlar a hipertensão. Os autores acreditam que as diferenças na ênfase das referidas religiões interfiram na forma como seus adeptos reagem. Para os Adventistas a ênfase é na correta tomada de decisão em relação às práticas de saúde e confiança em Deus. Para os Budistas há necessidade de aceitar a vida como ela é, além da referência ao carma. Aqueles que conseguiram o controle também foram aqueles que se exercitavam regularmente, tinham uma dieta balanceada e conseguiram o controle do estresse por meio das crenças e práticas religiosas.

Em relação às condutas dos hipertensos frente ao tratamento da pressão alta não houve diferença estatística entre os grupos. A maioria relatou que sempre “toma os remédios no mesmo horário”, “leva os remédios quando viajam”, “providencia os remédios antes que acabem”, “toma o remédio quando a pressão está controlada”. A maioria relatou também que nunca “chega atrasado às consultas” e nunca “deixa de tomar o

remédio por conta própria”; às vezes “segue às orientações sobre a dieta”, “esquece de tomar os remédios” e disse que nunca “falta às consultas médicas”. Sabe-se que não seguir corretamente a dieta proposta para o controle da hipertensão reflete diretamente no menor controle da doença. Estudo realizado por Jesus *et al*¹³¹ mostrou que a maioria dos hipertensos estudados referiu nunca esquecer de tomar os remédios e sempre seguir as orientações sobre a dieta, diferentemente dos dados do presente estudo.

Quanto aos motivos para faltar às consultas médicas, houve diferença estatística entre os grupos ($p < 0,05$). Os Adventistas da capital (100% vs 20%) alegaram como principal motivo o esquecimento. É possível que isto ocorra em virtude do tipo de trabalho exercido pelos participantes, da capital, havendo o predomínio de ocupação com vínculo empregatício enquanto que no interior predomina os autônomos e “do lar”. O fato dos hipertensos do interior serem autônomos pode facilitar ausentar-se do trabalho a fim de consultar-se. Outras possibilidades seriam o menor tempo de espera entre uma consulta e outra e/ou a menor distância entre o domicílio dos indivíduos e o local da consulta, diferentemente da capital. Estudo realizado por Silva⁵¹ também confirma este achado, no qual o principal motivo de faltas às consultas foi o esquecimento (50%). Outro estudo¹⁶¹ mostrou que, entre os que faltavam às consultas, o principal motivo foi o esquecimento (20,5%). Acredita-se que as ausências às consultas médicas podem influenciar no controle da pressão. Estudo feito por Coelho *et al*¹⁶⁷ mostra que o hábito de faltar às consultas agendadas piorou a adesão ao tratamento.

Quanto à interrupção do tratamento não houve diferença estatística entre os grupos. Observa-se que 50% dos participantes referiu ter interrompido o tratamento alegando, como principal motivo, o fato de “não sentir nada”. O mesmo foi observado no estudo de Silva⁵¹ onde 43,2% havia interrompido o tratamento pelo mesmo motivo.

6.2.3 Antecedentes pessoais e familiares para hipertensão

Sobre os antecedentes pessoais, os hipertensos referiram não ter tido derrame nem infarto. Houve diferença estatística entre os grupos quanto a não terem diabetes (interior 88,9% vs capital 66,7%) nem colesterol alto (capital 53,3% vs 51,1% interior). Sabe-se que tanto o diabetes quanto o colesterol alto, entre outros fatores, associados à hipertensão arterial aumentam o risco adicional para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares⁴ conforme mostrado pela literatura. O diabetes é uma das comorbidades mais frequentes à hipertensão^{152,168}. Estima-se que a hipertensão ocorra duas vezes mais frequentemente em indivíduos diabéticos. Nestes pacientes a hipertensão geralmente vem acompanhada de outras alterações pertinentes à síndrome metabólica como a obesidade central, dislipidemia e resistência à insulina¹⁶⁹.

Em relação aos antecedentes familiares, os grupos relataram ter na família pessoas com diabetes e pressão alta. Os grupos foram diferentes estatisticamente ($p < 0,05$) em relação à mãe ser hipertensa (capital 50% vs 47,2% interior). Estudo¹⁰¹ mostrou que a maioria dos hipertensos (77,1%) referiu conhecimento sobre a implicação da hereditariedade no acometimento da hipertensão arterial. Com o objetivo de avaliar as influências genéticas e ambientais nos fatores de risco cardiovascular, evidenciando o papel da hereditariedade, estudo¹³⁸ concluiu que houve proporção significativa da variabilidade dos fatores de risco cardiovascular, principalmente na pressão arterial, sendo esta explicada por fatores genéticos na amostra estudada. O estudo revelou que as estimativas de hereditariedade para características de doenças cardiovasculares na população brasileira são altas e não são significativamente diferentes de outras populações estudadas em todo o mundo.

Em relação às variáveis pertinentes apenas às mulheres não houve diferença estatística entre os grupos. A maioria relatou não ter tido pressão alta na gravidez (75%), estarem na menopausa (58,5%) e não fazerem uso da terapia de reposição hormonal (TRH), 85,4%. Levantamento feito por

Lubianca *et al*¹⁷⁰ mostrou que durante a década de 80, grandes estudos observacionais prospectivos referiram que o uso da TRH teria efeito protetor de doenças cardiovasculares nas mulheres pós-menopausa e concluiu que os poucos estudos existentes sobre o assunto não sugerem que o uso de TRH aumente a pressão arterial da mulher na pós-menopausa. Em contrapartida outros estudos mostraram que as mulheres que faziam uso de tal terapia apresentavam mais eventos cardiovasculares¹⁷¹, tromboembolismo venoso¹⁷² e maior incidência de câncer de mama¹⁷³. Em virtude da inexistência de consenso sobre o assunto, acredita-se que o emprego de tal terapia, quando necessário, deva ocorrer com prudência, devendo, na medida do possível, ser utilizadas terapias não-medicamentosas nos sintomas da menopausa.

6.2.4 Transtornos mentais comuns, apoio social e religiosidade

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os hipertensos da capital e do interior na avaliação de presença de transtornos mentais comuns, apoio social e religiosidade.

Entre os que apresentaram transtornos mentais comuns (23,3%) os principais sintomas referidos nos últimos 30 dias foram: sentir-se tenso e preocupado (70%), dormir mal (45%) e sentir-se triste ultimamente (43,3%).

Quanto ao apoio social, os Adventistas do interior apresentaram maior percentual de apoio ($81,96 \pm 11,94$ vs $75,40 \pm 5,28$). É possível que pertencer a uma igreja menor (em número de membros) facilite o relacionamento entre os membros, além da possibilidade de ter os familiares morando mais próximos. Estudo realizado por Silva⁵¹ também evidenciou elevado apoio social entre os hipertensos de uma mesma comunidade. Para Griep *et al*⁹³ o estabelecimento de redes sociais favorece a preservação da saúde.

Em relação à religiosidade chama a atenção o fato de a religiosidade organizacional e não organizacional ser mais predominante nos Adventistas da capital, ou seja estes vão mais assiduamente à igreja e dedicam mais do

seu tempo para as atividades religiosas. Entretanto a religiosidade intrínseca é maior nos membros Adventistas do interior, ou seja estes referem sentir mais a presença de Deus em sua vida, suas crenças religiosas estão por trás de sua maneira de viver e se esforçam muito para viverem a religião. Estudo¹⁷⁴ revela que a religião pode influenciar no comportamento de saúde, já que incluem proibições quanto ao excesso do uso de nicotina, álcool ou abuso de drogas tendo, em alguns casos, prescrições sobre o tipo de dieta. Além disso, o serviço religioso está positivamente associado com outros comportamentos positivos em relação à saúde, incluindo a utilização de cuidados preventivos, reforço quanto a atividade física, e menor exposição à atividade de risco¹⁷⁵.

Para os estudiosos da religião¹⁷⁶

a religiosidade extrínseca está associada a comportamentos religiosos que visam a benefícios exteriores, de status, segurança e distração, em que a pessoa se volta ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se do *self*. Por outro lado, a religiosidade intrínseca está associada a um sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente.

6.3 OS HIPERTENSOS EM RELAÇÃO À PREVALÊNCIA E O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Este estudo mostrou que 60 indivíduos eram hipertensos correspondendo a 22,7% da amostra. Na capital a prevalência foi de 15% e no interior 27,4%. Como já foi dito, os estudos de prevalência nacionais evidenciam maiores percentuais nas cidades de maior porte, o que não aconteceu neste estudo. Acredita-se que a maior prevalência no interior esteja associada à menor escolaridade, menor renda familiar e à ocupação (predomínio de autônomos e “do lar”), maiores medidas de circunferência abdominal e IMC. Embora algumas destas variáveis não tenham se associado com a hipertensão, cabe reafirmar a interferência destas no aumento da prevalência da doença.

Em relação aos dados antropométricos não houve diferença estatística entre os grupos. A média do índice de massa corporal (IMC) dos participantes foi de $29,55 \pm 4,60 \text{ kg/m}^2$, a média da circunferência abdominal dos homens foi $99,28 \pm 8,53 \text{ cm}$ e das mulheres foi $101,58 \pm 10,11 \text{ cm}$. Os valores de IMC dos participantes e a circunferência abdominal das mulheres encontraram-se fora dos padrões recomendados pela I Diretriz Brasileira para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica⁵. O IMC de uma pessoa saudável deve estar entre $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$. A circunferência abdominal do homem deve estar entre $94\text{-}102 \text{ cm}$ e, na mulher, entre $80\text{-}88 \text{ cm}$. Se houver o aumento da circunferência abdominal, elevação da pressão arterial sistólica $\geq 130 \text{ mmHg}$ ou diastólica $\geq 85 \text{ mmHg}$, bem como aumento da glicemia de jejum, HDL colesterol e triglicérides, o indivíduo sofrerá de síndrome metabólica, sendo esta uma das principais causas de doenças cardiovasculares, podendo levar à morte. Estudo realizado por Carneiro *et al*¹⁷⁷ com 499 indivíduos mostrou associação do aumento da prevalência de hipertensão com o aumento do IMC. Os autores concluíram que o aumento da gordura central favorece o desenvolvimento da hipertensão arterial, bem como a ocorrência de eventos cardiovasculares. Em seu estudo Souza *et al*³⁴ verificou que pessoas com sobrepeso ou obesas apresentaram maiores níveis de pressão arterial. Peixoto *et al*⁶³ associaram sobrepeso com hipertensão arterial apenas nas mulheres. Gus *et al*³⁹ em seu estudo com 1.089 indivíduos também verificaram que a prevalência associou-se com índice de massa corporal e circunferência abdominal apenas nas mulheres. Embora não tenha havido diferença estatística entre os grupos, o IMC nas mulheres e homens da capital mostrou-se maior do que nos participantes do interior. É possível que isso ocorra em virtude da maior necessidade do uso de carro para locomoção, levando-se em consideração o maior índice de violência na capital quando comparado ao interior, e possivelmente ao fato de terem ocupação que motive menor movimentação física.

Em relação aos valores pressóricos, houve diferença estatisticamente significativa entre os hipertensos do interior em relação à capital ($p < 0,05$) na

pressão arterial diastólica, onde no interior esta mostrou-se mais elevada ($86,07 \pm 10,66$ vs $79,26 \pm 10,73$), enquadrando-se nos valores de hipertensão limítrofe conforme padronizado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴.

Quanto a presença de hipertensão, 71,7% dos hipertensos disse que tem ou teve pressão alta. Sobre a hipertensão referida 76,7% dos hipertensos revelaram que algum profissional já lhes disse que são hipertensos, sendo comunicados, mais frequentemente, pelo médico. A maioria tem o hábito de medir a pressão, ao menos uma vez por semana e fazem o acompanhamento da pressão. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao local de medida da pressão e ao local de tratamento. A maioria dos hipertensos da capital medem em casa (50% vs 22,2%) e fazem o tratamento na UBS, médico particular e hospital. Os participantes do interior, em sua maioria, medem no posto de saúde (55,6% vs 20%) e faz o tratamento na UBS (63,2% vs 30%). Acredita-se que haja relação entre o local de medida da pressão e de tratamento, conforme mostrado nos dados anteriores, principalmente entre os participantes do interior. Pela renda dos participantes da capital ser maior, talvez tenham mais condições de comprar um aparelho esfigmomanômetro e tê-lo em casa para seu próprio controle pressórico, enquanto que os participantes do interior dependem dos serviços públicos tanto para realizar a medida quanto para se consultar. Pode-se conjecturar também a maior eficiência e efetividade da saúde coletiva praticada nas cidades do interior participantes deste estudo.

Em relação à última medida da pressão, a maioria dos hipertensos da capital e interior sabia quando foi realizada e sabe qual foi o último valor pressórico. Quando questionados sobre a descoberta da hipertensão, a maioria referiu ter descoberto em exame médico de rotina e porque sentiu-se mal, o que vai ao encontro com a literatura¹⁶¹. Sobre o tratamento medicamentoso, 63% faz uso de medicações anti-hipertensivas, 65,2% relataram que já trataram da pressão anteriormente e o tempo médio de conhecimento de serem portadores da doença é de $31,72 \pm 77,31$ meses.

Quanto ao controle da pressão não houve diferença estatística entre os hipertensos. Os hipertensos da capital apresentaram maior percentual de controle (53,3% vs 35,6%), enquanto que no interior houve predomínio de não controlados (64,4% vs 46,7%). De acordo com a análise de regressão logística, houve associação entre o controle e idade. Para cada aumento de 1 ano a chance de ser não controlado é de 6,3%. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁴, a relação entre hipertensão e idade é direta e linear. Cesarino *et al*²⁵ afirmam que acima dos 65 anos a prevalência de hipertensão é superior a 60%. Em estudo Pierin *et al*¹⁰¹ mostraram que os pacientes com idade mais avançada (acima de 60 anos) apresentaram níveis mais elevados de pressão arterial, bem como o estudo de Gus *et al*³⁹ também revelaram que 80% dos indivíduos hipertensos apresentaram níveis pressóricos maiores que 140/90 mmHg, ou seja, não estavam controlados. Em contrapartida, o estudo de Strelec *et al*⁶⁰ mostrou que os participantes acima de 60 anos estavam mais controlados. Estudo realizado por Silva⁵¹ mostrou que não houve influência da idade no controle da pressão arterial dos hipertensos atendidos em unidades básicas de saúde.

É interessante notar que os hipertensos do interior estavam menos controlados apesar de se mostrarem mais frequentadores dos serviços públicos de saúde. Talvez isso tenha ocorrido pelo fato de alguns hipertensos aferidos nesta pesquisa não saberem que eram hipertensos, desconhecendo seu atual estado de saúde. Além disso, no interior a escolaridade e renda foram menores, o que poderia explicar, em parte, tal desconhecimento. Alguns hipertensos referidos talvez necessitassem de comprar seus remédios quando estes estivessem em falta nos postos de saúde, já que no interior não existe o programa de entrega domiciliar de remédios para hipertensão e diabetes. Estudo¹⁷⁸ mostrou que nos 53,3% dos hipertensos estudados, as variáveis associadas com a não-adesão ao tratamento foram socioeconômicas (pertencer às classes econômicas baixas e inserção no mercado de trabalho), assistenciais (necessitar comprar os remédios e mais de 6 meses desde a última consulta) e característica das pessoas e do tratamento, podendo estes fatores influenciar o descontrole da

pressão. O inquérito VIGITEL 2009⁴⁵ mostrou que na cidade de São Paulo o percentual de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial é de 26,5%, sendo 22,6% nos homens e 30% nas mulheres. Estudo realizado por Nogueira *et al*¹⁷⁹ com 2.384 indivíduos estudados mostrou que 29,6% foram classificados como hipertensos. Destes, 81,5% reconheciam serem hipertensos e isto colaborou para o aumento do controle da pressão arterial (60,1% estavam controlados). Para Jardim *et al*³⁵ o conhecimento do hipertensos sobre a sua doença e possíveis complicações o torna mais envolvido com o seu tratamento. Mas para Pierin *et al*⁴⁹ o simples fato do conhecimento da doença pelo hipertenso não implica na adesão ao tratamento, pois este requer mudanças nos hábitos de vida e estas mudanças, quando ocorrem, são vistas a médio e longo prazo.

Não houve associação entre o controle da pressão e a presença de transtornos mentais comuns. Este estudo mostrou que a maioria dos hipertensos não estava controlada e não apresentava transtornos (80,6%). Estudo realizado por Santa-Helena *et al*¹⁷⁸ destacou, no modelo final, a presença de transtornos mentais comuns em 44,8% dos participantes do estudo. Rocha *et al*¹⁸⁰ mostraram que a prevalência global de transtornos mentais comuns foi de 29,9%. Evidencia-se, neste estudo, que a prevalência de transtornos mentais comuns encontra-se abaixo da descrita na literatura.

Em relação ao controle pressórico houve associação inversa com o apoio social. Os hipertensos que tinham maior apoio social não estavam controlados, sendo contrário ao achado na literatura que demonstra maior controle quanto maior o apoio social. Para Costa *et al*¹⁸¹ a ausência da família pode desestruturar os planos de tratamento para o paciente hipertenso interferindo diretamente no controle da pressão arterial sendo, muitas vezes, necessário traçar estratégias junto aos familiares a fim de melhorar a adesão do paciente ao tratamento. Os autores acreditam que os indivíduos que possuem maior apoio social tendem a ter maior controle da pressão.

A variável religiosidade associou-se inversamente com controle da pressão arterial ($p < 0,05$) e com a questão na qual o indivíduo respondia ser “totalmente verdade” que “as minhas crenças religiosas estão totalmente por trás de toda a minha maneira de viver”. A análise de regressão logística mostrou que houve associação positiva entre o controle da pressão com a referida afirmativa acima quando comparado a quem responde “em geral é verdade”. Sabe-se que os aspectos emocionais têm grande interferência na pressão arterial¹⁸². Harrinson *et al*¹⁸³ em seu estudo de revisão de literatura mostraram que sintomas de ansiedade se associaram significativamente com o enfrentamento religioso negativo e com religiosidade extrínseca, na qual a religião é utilizada como um meio para alcançar algum objetivo (exemplo: oração na intenção de ser curado de sua doença). Segundo Faria *et al*¹⁸⁴ os estudiosos em religiosidade alertam para os efeitos positivos e negativos da religiosidade no enfrentamento de eventos estressores, podendo estes serem influenciados pelas crenças religiosas envolvidas neste processo. Para Savioli¹⁸⁵

a fé deve exercer papel preponderante no tratamento das doenças, principalmente quando torna o paciente mais complacente à doença e ao tratamento medicamentoso, embora possa exercer efeito danoso à saúde, quando há suspensão do tratamento medicamentoso por conta de possível efeito mágico de uma benção ou de uma oração.

Sendo assim, pode-se inferir que apesar da religiosidade ajudar no enfrentamento da doença, a ansiedade pela cura pode atrapalhar o controle da pressão arterial. Muitas vezes a espera pelo restabelecimento completo da saúde pode fazer com que o hipertenso se acomode em suas responsabilidades para com o tratamento e controle da pressão, esperando, e dependendo, somente da intervenção divina.

7.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha dos membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia para realizar o presente estudo foi, principalmente, pelo fato deste grupo ser alvo de investigações internacionais desde a década de 60. Os resultados do estudo de coorte realizado na Califórnia (EUA) evidenciando que os Adventistas vivem em média nove anos mais que a média dos californianos, despertou a curiosidade da pesquisadora em investigar a prevalência de hipertensão e controle da pressão além de hábitos e estilos de vida nesta população, uma vez que não há estudo nacional envolvendo os Adventistas.

O principal fator limitador deste estudo é o fato deste ser transversal no qual todas as variáveis são coletadas num único momento, não ocorrendo, portanto, seguimento dos sujeitos da pesquisa. O estudo transversal não prediz o desfecho devido a impossibilidade de estabelecer relações causais.

Os principais resultados evidenciaram que a hipertensão realmente sofreu influência do hábito alimentar, pois os que faziam uso de alimentação vegetariana tiveram efeito protetor para a hipertensão, além de fatores socioeconômicos desfavoráveis que contribuíram para a presença de hipertensão. Considera-se o padrão alimentar dos Adventistas um diferencial dos demais grupos religiosos devido à abstinência e/ou uso reduzido de alimentos de origem animal, além de serem abstêmios de bebida alcoólica e fumo de qualquer espécie.

Os Adventistas do Sétimo Dia possuem, em sua estrutura organizacional, um departamento voltado para a área de saúde em cada igreja, independente de seu tamanho e número de membros, cuja finalidade é orientar sobre hábitos de vida saudáveis, além de reforçar as crenças de saúde que fazem parte de sua doutrina. Desde 1914 a Igreja Adventista possui uma publicação voltada para os cuidados com a saúde intitulada “Revista Vida e Saúde”, além dos livros escritos por Ellen G. White nesta mesma temática. Há 15 anos a Igreja possui um canal de televisão chamado

“Novo Tempo – Canal da Esperança” onde o tema saúde é abordado diariamente no programa “Vida e Saúde”.

Os resultados deste estudo revelaram dados importantíssimos e inesperados, trazendo grandes reflexões quanto aos padrões de saúde e hábitos de vida destes, pois no meio religioso estes são considerados como “o povo da saúde”.

Considerando que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco cardiovascular e altamente prevalente em nosso meio, faz-se necessário intervir precocemente, em qualquer população, a fim de evitar os agravos que ela traz consigo. O diagnóstico da doença é feito pela medida da pressão arterial, procedimento simples, rápido e indolor. A população deste estudo ainda ficou aquém do desejado em relação ao hábito de medir a pressão. Cerca de 40% somente mediam a pressão com regularidade. O indivíduo precisa perceber a hipertensão como um problema sério a ser evitado e/ou tratado. Sendo assim, a verificação da pressão arterial deve ser uma das primeiras medidas incentivadas junto ao grupo estudado.

A abordagem das pessoas na prevenção e tratamento das doenças crônicas deve ser feita com o intuito de transformá-las em protagonistas no seu autocuidado. O comprometimento do indivíduo com o tratamento não medicamentoso, como hábitos de vida saudáveis que previnam a doença, ou o total envolvimento do hipertenso com o tratamento medicamentoso deve ser a meta do próprio indivíduo e do enfermeiro educador.

Na população estudada, as ações para a promoção da saúde são feitas periodicamente através de sermões específicos (último sábado de cada trimestre), Semanas de Saúde (pelo menos uma vez por ano), Minuto da Saúde (semanalmente aos domingos antes do culto regular) e cursos esporádicos de culinária vegetariana. Vale ressaltar que, em geral, os médicos, enfermeiros e outros profissionais da área, Adventistas batizados, envolvem-se com este departamento favorecendo o esclarecimento sobre assuntos relacionados à saúde.

Em geral as pessoas ligadas a grupos religiosos são receptivas a ações voltadas para a saúde, especialmente por entenderem a

responsabilidade, dada por Deus, de cuidar do corpo. Com isso abre-se espaço para a importante atuação do enfermeiro como educador em saúde.

A educação que promova as mudanças e manutenção de hábitos de vida que propiciem saúde precisa ser mais do que informativa. Deve ser um verdadeiro aprendizado, capaz de produzir as modificações necessárias, inclusive comportamentais. Para isso é importante o emprego de estratégias motivadoras. Uma sugestão seria a formação de grupos para caminhada aos fins de semana. A rede social formada pelos Adventistas permite que esta atividade seja feita em grupo motivando estreitamento dos laços afetivos, a formação de hábitos saudáveis para aqueles que ainda não tem e a conservação destes para os que já se beneficiam dele. Além disso, o uso de *folder*, folhetos explicativos e palestras são meios que, se usados em conjunto, comprovadamente melhoram o entendimento sobre a doença e, conseqüentemente, a adesão.

Atuar sobre os fatores de risco modificáveis na prevenção da doença bem como motivar a adesão ao tratamento, ainda se mantém como um desafio para todos os profissionais da saúde que trabalham com a temática da hipertensão arterial. Reuniões em grupo, o uso de estratégias motivadoras, a criação de vínculo afetivo entre o profissional e o grupo e ter objetivos/metas claros são alguns facilitadores da adesão que podem ser estabelecidos pelo enfermeiro educador com qualquer população onde se queira favorecer o controle da pressão.

Os dados deste estudo servem de alerta, pois o número de hipertensos que desconhecia ser portador da doença foi considerável e a prevalência de hipertensão no interior foi muito próxima da prevalência nacional estimada.

Como enfermeira graduada pela Faculdade Adventista de Enfermagem em São Paulo, nascida em lar Adventista e participante das atividades promovidas pela Igreja, considero um privilégio poder ajudar os irmãos na fé a saberem como cuidar melhor da saúde e prevenir doenças. Sugiro que todos os profissionais da área, membros da Igreja, continuem

empenhados na promoção da saúde não só dos Adventistas, mas de todos os que desejarem uma vida mais saudável.

8.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo realizado com 264 membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, sendo 100 da capital (São Paulo) e 164 do Interior (Itapeva e Itararé), mostrou que a prevalência de hipertensão foi de 22,7%, sendo significativamente maior no interior do que na capital (27,4% vs 15%). Mesmo assim, as prevalências foram menores do que a da maioria dos estudos nacionais.

Em relação às características biosocioeconômicas, o tempo médio de batismo foi de $19,53 \pm 14,97$ anos, 59,8% eram do sexo feminino com idade média de $41,17 \pm 15,27$ anos e 62,5% moravam em casa própria. Os participantes da capital foram diferentes ($p < 0,05$) em relação ao interior quanto a: escolaridade com ensino superior (62% vs 36,6%), ocupação com vínculo empregatício (44% vs 36,6%) e renda familiar ($8,39 \pm 6,20$ vs $4,59 \pm 4,75$ salários mínimos). Já os participantes do interior foram diferentes ($p < 0,05$) em relação aos da capital quanto a: etnia auto-referida branca (81,1% vs 65%), casados (68,9% vs 53%), autônomo (40,9% vs 31%), o casal sendo responsável pela renda familiar (39,6% vs 35%) e renda individual ($4,54 \pm 5,34$ vs $6,35 \pm 4,8$ salários mínimos).

Em relação aos dados pressóricos as médias de pressão sistólica e diastólica foram estatisticamente menores ($p < 0,05$) na capital quando comparados ao interior ($115,38 \pm 16,52/68,74 \pm 8,94$ vs $123,66 \pm 19,62/74,88 \pm 11,85$ mmHg), porém ambos os grupos se encontraram dentro da faixa considerada ótima pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Quanto aos dados antropométricos, a média do índice de massa corporal geral foi de $25,78 \pm 4,75 \text{ kg/m}^2$, na faixa de sobrepeso. A circunferência abdominal geral foi de $92,39 \pm 11,36$ cm; nas mulheres a média foi de $92,89 \pm 11,89$ e nos homens a média foi de $91,63 \pm 10,52$. Tanto a média do índice de massa corporal como a circunferência abdominal das mulheres estava acima do estabelecido pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.

Quanto aos hábitos de vida, 84,8% nunca fumou, 100% não é etilista, 47,7% realizam atividade física, praticando caminhada (59,1%) de 1 a 3 vezes por semana (66,1%). A capital foi estatisticamente diferente ($p < 0,05$) em relação ao interior por possuir mais vegetarianos (11% vs 3%).

Em relação à hipertensão, 77,7% relatou não ter hipertensão, 81,8% referiu não ter sido informado por nenhum profissional sobre ser hipertenso, 60,6% não tem o hábito de medir a pressão, mas aqueles que medem o faz semestralmente (30,8%). Houve diferença estatística entre capital e interior ($p < 0,05$), respectivamente, na medida da pressão no posto de saúde (20,9% vs 45,9%) e saber quando foi a última vez que verificou a pressão (65% vs 48,8%).

Quanto às crenças sobre hipertensão verificou-se que: 62,1% acreditava que é pra toda vida como o diabetes, 51,8% que tem cura, 86,7% que o tratamento é para a vida toda, 98,5% que possa trazer complicações tais como derrame (78,1%), infarto (80,8%), porém desconheciam complicações renais (68,5%).

Em relação ao conhecimento sobre hipertensão 85,6% referiu saber que o tratamento pode evitar infarto, derrame (88,6%) e problemas renais (44,7%). Porém não sabiam se o tratamento pode evitar asma (48,5%), diabetes (39,4%) e impotência sexual (47,3%). Os participantes concordaram que praticar exercícios é importante no controle da pressão arterial (98,1%), se pai ou mãe é hipertenso também podem ser (59,8%) e que a pressão é alta quando é maior que 140/90mmHg (78,8%), discordando que nada podem fazer pra evitar pressão alta (93,2%), jovens não tem pressão alta (87,1%) e que pressão alta não tem sintomas (75,4%).

Quanto aos antecedentes pessoais verificou-se que 95,8% referiu não tem ou teve diabetes, derrame (98,9%), infarto (99,2%) e colesterol alto. Já para os antecedentes familiares para doenças cardiovasculares verificou-se que 71,6% possuíam antecedentes para hipertensão com diferença estatística para a mãe (40,6% capital vs 43,3% interior); 50,6% para diabetes; 41,3% para problemas do coração e 24,6% para derrame cerebral.

Em relação às mulheres, 88,9% não teve pressão alta na gravidez, 74,8% não estão na menopausa, e 92,9% não fazia uso de terapia de reposição hormonal (capital 100% vs 88,5%, $p<0,05$).

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) mostrou que 76,9% não tinha presença de transtornos mentais comuns não-psicóticos.

A Escala de Apoio Social mostrou que houve diferença estatística ($p<0,05$) entre os grupos no domínio material, onde o interior mostrou ter maior apoio social em relação à capital ($16,9\pm4,32$ vs $15,7\pm5,41$).

A Escala de Religiosidade Duke-DUREL mostrou que ambos os grupos possuía alto nível de religiosidade.

No modelo de regressão logística, a presença de hipertensão associou-se com: a) vegetariano/ não vegetariano (OR: 0,051; IC95% 0,004-0,681); b) lê e escreve/ ensino superior (OR: 3,938; IC95% 1,167-13,284); c) 1º grau/ ensino superior (OR: 5,317; IC95% 1,674-16,893); d) lembrar-se quando foi a última vez que mediu a pressão (OR: 2,725; IC95% 1,275-5,821); e) aposentado/ com vínculo empregatício (OR: 8,846; IC95% 1,406-55,668); f) casal responsável pela renda familiar/ participante (OR: 0,422; IC95% 0,189-0,942).

Em relação aos 60 hipertensos, sendo 15 da capital e 45 do interior, o presente estudo mostrou que 68,3% era do sexo feminino, idade média de $55,30\pm12,64$ anos, 83,3% etnia auto referida branca, 70% casados, 38,8% escolaridade segundo grau e 78,3% morando em casa própria. Houve diferença estatística da capital em relação ao interior, respectivamente, quanto à ocupação com vínculo empregatício (46,6% vs 22,2%) e do lar (6,7% vs 33,3%), renda individual ($8,90\pm9,76$ vs $1,85\pm2,06$ salários mínimos) e renda familiar ($9,60\pm9,93$ vs $3,37\pm2,27$ salários mínimos).

Quanto aos valores pressóricos, a média da pressão sistólica foi de $143,20\pm20,97$, sendo considerados hipertensos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Houve menor média da pressão arterial diastólica na capital em relação ao interior ($p<0,05$) ($79,26\pm10,73$ vs $86,07\pm10,66$). Os dados antropométricos revelaram que a média do índice de massa corporal foi de $29,55\pm11$ considerados na faixa de sobrepeso. A

média da circunferência abdominal geral foi de $100,86 \pm 9,63$. Nos homens a média foi de $99,28 \pm 8,53$ e nas mulheres $101,58 \pm 10,11$, estando alterada nas mulheres segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.

Sobre os hábitos de vida dos hipertensos 86,7% referiram não ser vegetariano, 86,7% nunca fumou, 51,7% pratica atividade física, 87,1% realiza caminhada de 1-3 vezes/ semana (58,1%).

Em relação à hipertensão, 71,7% referiram que tem ou teve pressão alta; 76,7% e foi informado pelo médico (89,1%) de que eram hipertensos; 61,7% tinham o hábito de medir a pressão, semanalmente (48,6%), sendo que a capital mede mais em casa (50% vs 22,2%, $p < 0,05$) e o interior mede mais no posto de saúde (55,6% vs 20%, $p < 0,05$); 63% faziam acompanhamento da pressão, havendo diferença estatística em relação à unidade básica de saúde (63,3% interior vs 30% capital) e hospital (30% capital vs 0% interior); 76,7% sabiam quando foi a última vez que mediu a pressão; 78,3% sabiam qual foi o último valor pressórico; 43,5% descobriram ser hipertenso em exame médico de rotina; 63% tomavam remédio anti-hipertensivo; 65,2% trataram anteriormente a hipertensão; e a idade média de ser hipertenso foi $31,72 \pm 77,32$ meses.

Em relação ao controle da pressão, os hipertensos da capital apresentaram melhor controle do que os do interior (53,3% vs 35,6% aferidos e referidos; 61,5% vs 48,5% referidos).

Quanto às crenças sobre hipertensão 63,3% acreditavam que é pra toda vida como o diabetes, 90% que o tratamento dura a vida toda, 60% que a hipertensão tem cura e todos acreditavam que pode trazer complicações como derrame (83,3%), infarto (81,7%), desconhecendo complicações renais (65%).

Sobre o conhecimento da hipertensão arterial 88,3% acreditavam que o tratamento pode evitar infarto e em relação ao diabetes e asma, respectivamente, 40% e 53,4% não sabiam se o tratamento pode evitar tais doenças. Houve diferença estatística ($p < 0,05$) entre os hipertensos da capital e interior, respectivamente, sobre saberem que o tratamento da

hipertensão pode evitar derrame (97,8% vs 80%), problemas renais (60% vs 55,6%) e impotência sexual (26,7% vs 55,6%). Todos os participantes concordaram que praticar exercícios físicos é importante no controle da pressão arterial; 56,7% concordaram que se pai ou mãe são hipertensos também podem ser e 78,3% que a pressão é alta quando é maior que 140/90mmHg. Já, 80% discordaram que nada podem fazer para evitar a pressão alta; 73,3% discordaram que jovens não tem pressão alta e 65% discordaram que pressão alta não tem sintomas.

Em relação aos antecedentes pessoais, 96,7% e 98,3% referiram que não teve ou tem infarto e diabetes, respectivamente. Houve diferença estatística entre a capital e o interior ($p < 0,05$), respectivamente, quanto àqueles que referiram que tem ou tiveram diabetes (33,3% vs 11,1%) e não ter colesterol alto (53,3% vs 51,1%).

Quanto aos antecedentes pessoais para doenças cardiovasculares, 80% referiram antecedentes para hipertensão arterial, havendo diferença estatística entre os grupos quanto à mãe hipertensa (50% capital vs 47,2% interior); 38,3% para problemas cardíacos; 28,3% para derrame cerebral e 50% para diabetes.

Sobre a interrupção do tratamento anti-hipertensivo e o motivo 50% referiu ter interrompido, sendo o motivo mais citado o fato de não sentir nada (52,2%).

Sobre faltar às consultas médicas e os motivos, 69,6% referiram nunca faltar, havendo diferença estatística entre os grupos quanto àqueles que faltam por esquecimento (100% capital vs 20% interior).

Em relação ao conhecimento sobre o tratamento da hipertensão 91,3% sabiam que o tratamento deve incluir perda de peso; 93,5% sabiam sobre a prática de exercícios físicos e 93,5% da importância da redução do "stress". Os hipertensos do interior se diferiram estatisticamente ($p < 0,05$) em relação aos da capital sobre a necessidade de parar de fumar (93,9% vs 69,2%) e reduzir o sal da alimentação (100% vs 84,6). Metade dos hipertensos referiu fazer uso de outros tratamentos para a hipertensão: 8,7% utiliza homeopatia; 56,5% remédios e chás caseiros; 73,9% oração/reza;

34,8% meditação e 17,4% outros tratamentos como atividades voluntárias e aulas de culinária vegetariana.

Quanto à conduta frente ao tratamento medicamentoso da hipertensão 64,7% sempre tomavam os remédios no mesmo horário, 94,1% sempre os levavam quando viaja, 85,3% sempre os providenciavam antes que acabem, 67,6% sempre os tomavam quando a pressão está controlada e 35,5% seguiam as orientações sobre a dieta. Já 44,1% referiram nunca esquecer de tomar os remédios, 52,9% nunca deixarem de tomá-los por conta própria, 64,7% nunca faltarem à consulta médica e 82,4% nunca chegarem atrasado à consulta.

Em relação às hipertensas, 25% referiu que teve pressão alta na gravidez, 58,5% está na menopausa e 85,4% não faz uso de terapia de reposição hormonal.

Quanto à presença de transtornos mentais comuns, o SRQ-20 revelou que 76,7% não possuíam tais transtornos.

A Escala de Apoio Social mostrou elevado apoio em ambos os grupos, sendo maior no interior do que na capital.

A Escala de Religiosidade Duke-DUREL mostrou elevada religiosidade entre os hipertensos.

Com relação ao controle da pressão, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas variáveis: idade, predomínio de maior controle nos de menor idade ($50,08 \pm 12,70$ vs $58,78 \pm 11,48$); os que tinham maior renda familiar estavam mais controlados ($6,30 \pm 6,86$ vs $4,01 \pm 5,03$); os que tinham menores médias de pressão arterial sistólica e diastólica estavam mais controlados, respectivamente ($123,81 \pm 10,73$ vs $156,12 \pm 15,37$; $74,93 \pm 6,85$ vs $90,66 \pm 8,43$); os que sabiam ser hipertensos há mais tempo estavam mais controlados ($37,58 \pm 100,62$ vs $25,32 \pm 40,50$ meses); os que discordavam que a pressão alta não tem sintomas estavam mais controlados (83,3% vs 16,7%); os que tinham maior apoio social no domínio material estavam menos controlados ($16,78 \pm 5$ vs $15,08 \pm 4,80$); aqueles que responderam ser “totalmente verdade” a afirmativa “as minhas

crenças estão por trás de toda a minha maneira de viver” estão menos controlados (91,7% vs 66,7%).

Em relação ao controle da pressão arterial, o modelo de regressão logística mostrou que houve associação com: a) idade (OR: 1,063; IC95% 1,012-1,117); b) ser “totalmente verdade” a afirmativa “as minhas crenças estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”/ “em geral é verdade” (OR: 5,763; IC95% 1,273-26,091).

Conclui-se que a prevalência de hipertensão arterial geral dos Adventistas do Sétimo Dia foi menor do que os resultados apresentados pela maioria dos inquéritos nacionais. A prevalência de hipertensão na capital foi menor do que no interior possivelmente pelas melhores condições socioeconômicas e hábitos de vida. Porém, os participantes do interior apresentaram maior nível de apoio social.

O controle pressórico dos hipertensos da capital foi maior em relação ao interior, talvez pelos mesmos motivos citados anteriormente na amostra da capital, e também por haver menor desconhecimento sobre ser hipertensos entre os aferidos. Apesar disto, os hipertensos do interior mostraram maior conhecimento sobre o tratamento da hipertensão arterial talvez por participarem mais ativamente dos programas de combate à hipertensão oferecida pelas unidades básicas de saúde, já que é o local onde estes, em sua maioria, tratam e controlam a hipertensão.

Referências

REFERÊNCIAS

- ¹ World Health Organization/International Society Hypertension Statement on management of hypertension. *J of Hypertens* 2003; 21(11):2003-92
- ² Indicadores de mortalidade. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: 2009 [citado 23 mar. 2011] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/c08.def>.
- ³ Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF: 2011 [citado em 19 mar. 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.
- ⁴ VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2010.
- ⁵ Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2006; (84 Supl 1).
- ⁶ Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER 3rd, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. Dash-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344:3-10
- ⁷ Dórea EL, Lotufo PA. Framingham Heart Study e a Teoria do Contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. *Rev Bras Hipertens* 2001; 8(2):195-200.
- ⁸ Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western population. *European Journal of Public Health* 2004; 14(3): 235-239.
- ⁹ Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF: 2011 [citado em 23 mar. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23264.
- ¹⁰ Fox ER, Young JH, Li Y, Dreisbach AW, Keating BJ, Musani SK, et al. Association of genetic variation with systolic and diastolic blood pressure

among African Americans: The Candidate Gene Association Resource Study. *Human Molecular Genetics*, 2011; 20(8):1-12.

¹¹ Montgomery S, Herring P, Yancey A, Beeson L, Butler T, Knutsen S et al. Comparing Self-reported Disease Outcomes, Diet, and Lifestyles in a National Cohort of Black and White Seventh-day Adventists. *Prev Chronic Dis* 2007; 4(3); 1-14.

¹² Igreja Adventista do Sétimo Dia. Nisto cremos: Ensinos Bíblicos dos Adventistas do Sétimo Dia. 8ª Ed. Hélio L. Grellmann, tradutor. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira; 2003; 368-377.

¹³ Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde [Internet]. Brasília, DF: 2003. [citado em 24 out. 2010] Disponível em http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.

¹⁴ Heart Disease and Stroke Statistics 2010 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [Internet]. Estados Unidos da América. [citado em 19 jul. 2010]. Disponível em www.circ.ahajournals.org.

¹⁵ Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr. JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560-72.

¹⁶ Lewington S, Clarke R, Quzilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903-13

¹⁷ Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G, Kohlmann O et al. Latin American Guidelines on Hypertension. *Journal of Hypertension* 2009; 27 (5): 905-922

¹⁸ Wolf-Maier K, Cooper R S, Banegas JR.; et al. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289(18): 2363-2369

¹⁹ Fodor JG, Lietava J, Rieder A, Sonkodi S, Stokes H, Emmons T et al. Work-site hypertension prevalence and control in three Central European Countries *Journal of Human Hypertension* 2004; 18: 581–585

- ²⁰ Dorobantu M, Darabont RO, Badila E, Ghiorghe S. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Romania: Results of the SEPHAR Study. *International Journal of Hypertension* 2010; :1-6
- ²¹ Singh RB, Suh IL, Singh VP, Chaithiraphan S, Laothavorn P, Sy RG, *et al.* Hypertension and stroke in Asia: prevalence, control and strategies in developing countries for prevention. *Journal of Human Hypertension* 2000; 14: 749–763
- ²² Aikins AG, Boynton P, Atanga LL. DevEloping effective chronic disease interventions in Africa: insights from Ghana and Cameroon. *Globalization and Health* 2010; 6(6): 1-15
- ²³ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) 2004. Heart, stroke and vascular diseases – Australian facts 2004. Heart Foundation of Australia (Cardiovascular Disease Series No. 22) [on line]. Disponível em www.heartfoundation.com.au (18 de junho de 2010)
- ²⁴ Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS* 1993; 3: 59-75
- ²⁵ Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalence and Sociodemographic Factors in a Hypertensive Population in São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil–SP. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(1):29-33.
- ²⁶ Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(6): 672-678
- ²⁷ Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and controlo f hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009;27(5):963-975.
- ²⁸ Barbosa JB *et al.* Prevalence of arterial hypertension and associated factors in adults in São Luís, State of Maranhão. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(4):236-242.
- ²⁹ Mion Jr D, Pierin AMG, Bensenhor IM, Marin JCM, Costa KRA, Henrique LFO, *et al.* Hypertension in the City of São Paulo: Self-Reported Prevalence Assessed by Telephone Surveys. *Arq. Bras. Cardiol*, 2010; 95(1):99-106.
- ³⁰ Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva,

in the State of São Paulo, Brazil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2001;7(1):16-21.

³¹ Ayres JEM. Prevalência de Hipertensão Arterial na cidade de Piracicaba. *Arq Bras Cardiol* 1991; 57(1): 33-36.

³² Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(2):285-294.

³³ Martins MSAS, Ferreira MG, Guimarães LV, Vianna LAC. Hipertensão Arterial e estilo de vida em Sinop, município da Amazônia Legal. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(5):621-626.

³⁴ Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4) : 441-446

³⁵ Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKS, et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira . *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4) : 452-457

³⁶ Lessa I, et. al. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6) : 747-756

³⁷ Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(3) : 334-339

³⁸ Costa JSD, et.al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1) : 59-65

³⁹ Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83(5): 424-428.

⁴⁰ Filho JRN, et . al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(5) : 319-324

⁴¹ Longo GZ, Neves J, Luciano VM, Peres MA. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(3) : 387-394

- ⁴² Pereira MR, Coutinho MSSA, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2363-2374.
- ⁴³ Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência e excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arq Bras Cardiol* 2004;84(1): 29-33.
- ⁴⁴ Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):637-42
- ⁴⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2010* [Internet] Brasília, DF: 2009 [citado em 01 abr. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_preliminar_web_20_8_10.pdf
- ⁴⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus* [Internet] Brasília, DF: 2002 [citado em 09 mar. 2009] Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- ⁴⁷ GUIDELINES Sub-Committee of the WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee: 1993 guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. *Bull World Health Organ*,1993; 71: 503-17
- ⁴⁸ Gusmão, JL, Mion Jr, D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 23-25.
- ⁴⁹ Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Junior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin, AMGP. *Hipertensão arterial: uma proposta par ao cuidar*. Barueri (SP): Ed. Manole; 2004. p. 276
- ⁵⁰ Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81(4): 349-354
- ⁵¹ Silva, SSBE. Efeitos de intervenções educativas no controle de hipertensos acompanhados em unidades básicas de saúde na região oeste do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

- ⁵² Freitas JB, Tavares A, Kohlmann O, Zanella MT, Ribeiro AB. Estudo transversal sobre o Controle da pressão Arterial no serviço de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. *Arq Bras Cardiol*, 2002; 79:117-22
- ⁵³ Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5): 738-45.
- ⁵⁴ Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16(supl.1):1389-1400.
- ⁵⁵ Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002 mai/jun; 10(3): 1-9.
- ⁵⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [internet]. Brasília, DF: 2009 [citado em 15 mai. 2009]. Disponível em www.ibge.gov.br.
- ⁵⁷ General Conference of Seventh-day Adventists - 147th Annual Statistical Report, 2009. [internet] Silver Spring, Maryland: 2009 [citado em 01 fev. 2011]. Disponível em: <http://www.adventistarchives.org/docs/ASR/ASR2009.pdf#view=fit>.
- ⁵⁸ Manual da Igreja Adventista do Sétimo Dia. [internet] Brasília, DF: 2008 [citado em 28 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.adventistas.org.pt/Artigos.asp?ID=213>.
- ⁵⁹ Igreja Adventista do Sétimo Dia. Centro de pesquisas Ellen White. [citado em 19 jul. 2010]. Disponível em: <http://www.centrowhite.org.br>.
- ⁶⁰ White EG. Conselhos sobre o regime alimentar. 11ª Ed. Waldvogel IA, Waldvogel L, tradutores. São Paulo: Casa publicadora Brasileira; 2000. 509 p.
- ⁶¹ Associação Ministerial da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Nisto cremos: 27 ensinos bíblicos dos Adventistas do Sétimo Dia. 8ª Ed. Grellmann HL, tradutor. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira; 2003. 505 p.
- ⁶² Nakashima IAD, Teixeira AAF, Nakashima PCA. Lar vegetariano: introdução ao vegetarianismo/ filosofia/ nutrição espiritual. 1ª Ed. São Paulo, Editora Cultrix; 2005. 175 p.

- ⁶³ Peixoto MRG, Benício MHD, Latorre MRDO, Jardim PCBV. Circunferência Abdominal e Índice de Massa Corporal como preditores da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 462-70.
- ⁶⁴ Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 635-42.
- ⁶⁵ Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA*. 2002; 288 (20): 2569-78.
- ⁶⁶ Fraser G, Beeson W, Phillips R. Diet and lung cancer in California Seventh-day Adventists. *Am J Epidemiol* 1991;133:683-93.
- ⁶⁷ Fraser G, Sabate J, Beeson W, Strahan T. A possible protective effect of nut consumption on risk of coronary heart disease. The Adventist Health Study. *Arch Int Med* 1992;152:1416-24
- ⁶⁸ Sabate J, Fraser G. The probable role of nuts in preventing coronary heart disease. *Primary Cardiology* 1993;19:65-72.
- ⁶⁹ Singh P, Fraser G. Dietary risk factors for colon cancer in a low-risk population. *Am J Epidemiol* 1998;148:761-74.
- ⁷⁰ Kahn H, Phillips R, Snowdon D, Choi W. Association between reported diet and all-cause mortality. Twenty-one year follow-up on 27,530 adult Seventh-day Adventists. *Am J Epidemiol* 1984;119:775-87.
- ⁷¹ Phillips R, Garfinkel L, Kuzma J, Beeson W, Lotz T, Brin B. Mortality among California Seventh-day Adventists for selected cancer sites. *JNCI* 1980;65: 1097-107.
- ⁷² Fraser GE, Shavlik DJ. Ten years of life: is it a matter of choice? *Arch Intern Med* 2001; 161: 1645-52.
- ⁷³ Snowdon DA, Phillips RL, Fraser GE. Meat consumption and fatal ischemic heart disease. *Prev Med* 1984;13:490-500.
- ⁷⁴ Fraser GE, Dysinger W, Best C, Chan R. Ischemic Heart Disease Risk Factors in Middle-Aged Seventh-Day Adventist men and their Neighbors. *Am J Epidemiol* 1987, 126(4):638-646.
- ⁷⁵ Willet W. Lesson from dietary studies in Adventists and questions for the future. *Am J Clin Nutr* 2003;78(suppl):539S-43S.

- ⁷⁶ Brathwaite N, Fraser HS, Modeste N, Broome H, King R. Obesity, Diabetes, Hypertension, and Vegetarian Status Among Seventh-Day Adventists in Barbados: Preliminary Results. *Ethnicity & Disease*, 2003; 13:34-39
- ⁷⁷ Butler TL, Fraser GE, Beeson WL, Knutsen SF, Herring RP, Chan J et al. Cohort Profile: The Adventist Health Study-2 (Ahs-2). *Int J Epidemiol* 2008; 37: 260-265
- ⁷⁸ Biase SG, Fernandes SFC, Gianini RJ, Duarte JLG. Dieta vegetarianas e níveis de colesterol e triglicérides. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1): 35-39.
- ⁷⁹ Slavíček J, Kittnar O, Fraser GE, Medová E, Konečná J, Žižka R *et al.* Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Cent Eur J Public Health* 2008; December 16(4): 161–164.
- ⁸⁰ Messina MJ, Messina VL. The dietitians guide to vegetarian diets: issues and applications. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1996.
- ⁸¹ Fraser GE. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic white California Seventh-day Adventists. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70 (Suppl): S532-S538.
- ⁸² Pawlak R, Sovyanhadi M. Prevalence of overweight and obesity among Seventh-Day Adventist African American and Caucasian College Students. *Ethn Dis* 2009; 19(2): 111-114.
- ⁸³ Weiszflog W. Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos. 2288 p.
- ⁸⁴ Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Rev. Psiqu. Clín.* 2007; (34 supl 1): 105-115.
- ⁸⁵ Giaquinto S, Spiridigliozzi C. Possible influence of spiritual and religious beliefs on hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension* 2007; 29: 457-64.
- ⁸⁶ Steffen PR, Hinderliter AL, Blumenthal JA, Sherwood A. Religious Coping, Ethnicity, and Ambulatory Blood Pressure. *Psychosomatic Medicine* 2001 63:523–530
- ⁸⁷ Al-Kandari YY. Religiosity and its Relation to Blood Pressure Among Selected Kuwaitis. *J.Biosoc.Sci.* 2003; 35:463–472
- ⁸⁸ Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2105-2111

- ⁸⁹ Associação Paulista Sudoeste da Igreja Adventista do Sétimo Dia. [internet] Sorocaba, SP: 2011 [citado em 17 jan. 2011]. Disponível em <http://www.apso.org.br/>.
- ⁹⁰ Prefeitura Municipal de Itapeva. [internet] Itapeva, SP: 2011 [citado em 13 jan 2011]. Disponível em: <http://www.itapeva.sp.gov.br/conheca-itapeva/dados/>
- ⁹¹ Prefeitura Municipal de Itararé. [internet] Itararé, SP: 2011 [citado em 13 jan 2011]. Disponível em: <http://www.itarare.sp.gov.br/turismo/>.
- ⁹² Almeida AM, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Rev. Psiqu. Clín 2008; 35(1): 31-32.
- ⁹³ Griep RH, Chor Dóra, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-saúde. Cad Saúde Pública 2005; 21(3): 703-14.
- ⁹⁴ Costa AG, Lurdermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(1): 73-9.
- ⁹⁵ Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986; 148:23-6.
- ⁹⁶ Pierin AMG, Laranjeira C, Taveira LA, Marroni SN. Validação dos aparelhos automáticos e semi-automáticos de medida da pressão arterial: uma revisão sobre o assunto. Rev. Hipertensão 2004; 7:65-70.
- ⁹⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet] Brasília, DF: 2000 [citado em 27 abr. 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=289
- ⁹⁸ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet] Brasília, DF: 2010. [citado em 27 abr. 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=sp&tema=sis_2010.
- ⁹⁹ Mion Junior D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JH, Monteiro JM, Chinen RY et al. Hypertension in employees of a university general hospital. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo 2004; 59(6):329-336.

- ¹⁰⁰ Byrne DG, Espnes GA. Occupational stress and cardiovascular disease. *Stress and Health* 2008; 24: 231–238.
- ¹⁰¹ Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enf USP* 2001; 35(1): 11-18.
- ¹⁰² Pierin AMG, Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Ortega K, Mion Junior D. Variáveis Biopsicossociais e Atitudes frente ao Tratamento Influenciam a Hipertensão Complicada. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 648-654.
- ¹⁰³ Neder MM, Borges AAN. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(2): 126-133.
- ¹⁰⁴ Lessa I, Fonseca J. Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 1997; 68 (6): 443-449.
- ¹⁰⁵ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet] Brasília, DF, 2011 [citado em 20 abr 2011]. Disponível em: www.ibge.org.br
- ¹⁰⁶ Barreto NDM, Pacheco JRB, Marins SR, Magalhães CF, Cardoso GP, Houaiss M. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. *Arq Bras Med* 1993; 67(6):449-451.
- ¹⁰⁷ Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO et al . Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95(4): 502-509.
- ¹⁰⁸ Miranda RD, Souza JAM, Feitosa AM, Campos Filho J, Uehara CA. Hipertensão no idoso: visão atual. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2008; 18(2):141-148.
- ¹⁰⁹ Brasil. Portal do Ministério de Saúde. Quase metade dos brasileiros tem excesso de peso. [internet] Brasília, DF: 2010 [citado em 10 abr. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11458

- ¹¹⁰ Finucane MM et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet*, 2011; 377(9765): 557 – 567.
- ¹¹¹ Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Oliveira RC, Velásquez-Meléndez G. Associação entre Obesidade Central, Triglicérides e Hipertensão Arterial em uma Área Rural do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(6): 419-425
- ¹¹² Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):788-796
- ¹¹³ Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho CR. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6) : 728-734.
- ¹¹⁴ Velásquez-Meléndez G, Kac G, Valente JC, TavaresR, Silva CQ, Garcia ES. Evaluation of waist circumference to predict general obesity and arterialhypertension in women in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(3):765-771.
- ¹¹⁵ Cavagioni LC, Pierin AMG. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. *Acta paul. Enferm*, 2010; 23(4):455-460.
- ¹¹⁶ Correia MLG. Obesidade e Hipertensão arterial. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. Hipertensão. Rio de Janeiro:Elsevier, 2006, 53-58.
- ¹¹⁷ Cavagioni LC. Influência do plantão de 24 horas sobre a pressão arterial e o perfil de risco cardiovascular em profissionais da área da saúde que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2010.
- ¹¹⁸ Teixeira RCMA, Molina MCB, Flor DS, Zandonade E, Mill JG.Estado nutricional e estilo de vida em vegetarianos e onívoros – Grande Vitória – ES. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 131-43.
- ¹¹⁹ Teixeira RCMA, Molina MCB, Zandonade E, Mill JG. Cardiovascular Risk in Vegetarians and Omnivores: A Comparative Study. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(4) : 214-221.
- ¹²⁰ Fraser GE. Vegetarian diets: what do we know of their effects on common chronic diseases? *Am J Clin Nutr* 2009; 89(suppl):1607–1612.

- ¹²¹ Laterza MC, Rondon MUPB, Negrão CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14(2): 104-111.
- ¹²² National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. *Ann of Intern Med* 2006; 145(11): 839-844.
- ¹²³ Sanchez CG, Pierin AMGP, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1): 90-98.
- ¹²⁴ Danaei G et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *The Lancet*, 2011; 377(9765): 568-577.
- ¹²⁵ Melby CL, Toohey ML, Cebrick J. Blood pressure and blood lipids among vegetarian, semivegetarian, and nonvegetarian African Americans. *Am J Clin Nutr* 1994;59:103-109.
- ¹²⁶ Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/Spirituality and Health. A Critical Review of the Evidence for Biological Pathways. *American Psychologist* 2003; 58(1): 53- 63
- ¹²⁷ Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol* 2006; 84(3):206-213.
- ¹²⁸ Barbosa MAR, Bona SF, Ferraz CLH, Barbosa NMRF, Silva IMC, Ferraz TMBL. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. *Rev Bras Clin Med*, 2009;7:357-360
- ¹²⁹ 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): 269-275.
- ¹³⁰ Pierin AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Rev Esc Enferm USP* 1989;23:35-48.
- ¹³¹ 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.

- ¹³² Fuchs FD, Moreira WD, Ribeiro JP. Efeitos do exercício físico na prevenção e tratamento da hipertensão arterial: avaliação por ensaios clínicos randomizados. *VER Hipertensão* 2001;4:91-93.
- ¹³³ Toscano CM. As campanhas nacionais para a detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 885-895.
- ¹³⁴ Modelli LG, Martin LC, Franco RJS in: Ribeiro AB, Plavinik FL. Atualização em Hipertensão arterial: clínica, diagnóstica e terapêutica. 2ª Ed. Atheneu 2007; 3:181-188.
- ¹³⁵ Almeida FA, Cadaval RAM, Rodrigues CIS in: Ribeiro AB, Plavinik FL. Atualização em Hipertensão arterial: clínica, diagnóstica e terapêutica. 2ª Ed. Atheneu 2007; 3:163-172.
- ¹³⁶ Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. *Acta paul. Enferm*, 2010; 23(5):658-664.
- ¹³⁷ Oliveira-Martins S, Oliveira T, Gomes JJF, Caramona M, Cabrita J. Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Rev Saude Publica* 2011;45(1):136-44.
- ¹³⁸ de Oliveira CM, Pereira AC, de Andrade M, Soler JM, Krieger JE. Heritability of cardiovascular risk factors in a brazilian population: Baependi Heart Study. *Bmc Med Genet*. 2008 22; 9:32.
- ¹³⁹ van den Elzen APM, Ridder MAJ, Grobbee DE, Hofman A, Witteman JCM, Uiterwaal CSPM. Families and the natural history of blood pressure. *Am J Hypertens* 2004;17:936 –940
- ¹⁴⁰ Biron P, Mongeal JG, Bertrand D. Familial aggregation of blood pressure in 558 adopted children. *CMA Journal* 1976; 115(8):773-774.
- ¹⁴¹ Vigeta SMG, Brêtas ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(6):1682-1689.
- ¹⁴² Oliveira, SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto contexto – enferm*, 2008; 17(2):241-249.
- ¹⁴³ Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable

diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(1):59-67.

¹⁴⁴ Cavagioni LC, Pierin AMG, Batista KM, Bianchi ERF, Costa ALS. Agravos à saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp 2):1267-71.

¹⁴⁵ Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious Involvement, Spirituality, And Medicine: Implications For Clinical Practice. *Mayo Clin Proc.* 2001; 76(12):1189-91.

¹⁴⁶ McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 2000; 19(3): 211-222.

¹⁴⁷ Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34 (supl 1): 88-94.

¹⁴⁸ Gillum RF, Ingram DD. Frequency of Attendance at Religious Services, Hypertension, and Blood Pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosomatic Medicine*, 2006; 68(3):382–385.

¹⁴⁹ Pinheiro, RS. et al. Gênero, mortalidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (4): 687-707

¹⁵⁰ Martins MCC, Ricarte IF, Rocha CHL, Maia RB, Silva VB, Veras AB et al . Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95(2): 192-199.

¹⁵¹ Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratychuk L, Nemeth K, Lum-Kwong MM, Fodor G. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *Can Med Assoc Journal* 2008; 178(11): 1458-1460.

¹⁵² Renner SBA, Franco RR, Berlezi EM, Bertholo LC. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. *Rev Bras Anal Clín* 2008; 40(4): 261-266.

¹⁵³ Coqueiro RS; Pelegrini A; Corseui MW; Nery AA; Cruz ZV; Sá CKC. Fatores associados à hipertensão arterial em adultos acompanhados por uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Med* 2009; 66(supl.2): 17-23

- ¹⁵⁴ Taveira LF, Pierin AMG. Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients? *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007;15(5):929-35.
- ¹⁵⁵ Heuch I, Jacobsen BK, Fraser GE. A cohort study found that earlier and longer Seventh-day Adventist church membership was associated with reduced male mortality. *Journal of Clinical Epidemiology* 2005; 58: 83–91
- ¹⁵⁶ Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Hypertension and blood pressure among meat eaters, fish eaters, vegetarians and vegans in EPIC–Oxford. *Public Health Nutrition*. 2002; 5(5):645-654.
- ¹⁵⁷ Navarro, JCA. Eletrocardiograma, pressão arterial, perfil lipídico e outros parâmetros laboratoriais em indivíduos Adventistas Vegetarianos, Semi-vegetarianos e onívoros de São Paulo [Tese]. São Paulo, 2002. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- ¹⁵⁸ Monteiro HL, Rolim LMC, Squinca DA, Silva FC, Ticianeli CCC, Amaral SL. Exercise program effectiveness on physical fitness, metabolic profile and blood pressure of hypertensive patients. *Rev Bras Med Esporte*. 2007; 13(2): 93-98.
- ¹⁵⁹ Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2105-2111.
- ¹⁶⁰ Mantovani MF, Ulbrich EM, Pinotti S, Giacomozzi LM, Labronici LM, Sarquis LMM. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare Enferm* 2008; 13(3):336-42.
- ¹⁶¹ Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: uma análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(3): 332-340.
- ¹⁶² Franceli AB, Figueiredo AS, Fava SMCL. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. *Rev Min Enferm* 2008;12(3):303-308.
- ¹⁶³ Dumler F. Dietary sodium intake and arterial blood pressure. *J Ren Nutr* 2009/ 19(1):57-60
- ¹⁶⁴ Oliveira CJ, Araújo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007; 9(1): 93-105.

- ¹⁶⁵ Lopes GAD, Feliciano LM, Diniz RES, Alves MJQF. Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de hipertensão arterial sistêmica. *Rev Ciênc Ext* 2010; 6(2):143-155
- ¹⁶⁶ Naewbood S, Triamchaisri SK, Sorajjakool S. The role of religion in relation to blood pressure control among a Southern California thai population with hypertension. *J Relig Health* 2010; 1-11.
- ¹⁶⁷ Coelho EB, Neto MM, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilete TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85(3): 157-161.
- ¹⁶⁸ Schütz R, Cantos GA; Cavalett C; Silva CSM; Hermes EM, Balén MG. Associações entre diferentes fatores de risco para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial de pacientes com dislipidemia pertencentes a uma comunidade universitária. *Rev Bras Anal Clín* 2008; 40(2): 97-99.
- ¹⁶⁹ Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, hypertension and cardiovascular disease: an update. *Hypertension* 2001; 37(4): 1053-1059.
- ¹⁷⁰ Lubianca JN, Valle FH, Fuchs FD. Menopausa e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2008; 15(4):222-224.
- ¹⁷¹ Hulley S, Grady D, Bush T, *et al.* Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women – HERS Study. *JAMA*. 1998;280:605-13.
- ¹⁷² Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, *et al.* Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: heart and estrogen/progestin replacement study follow-up (HERS II). *JAMA*. 2002;288:49-57.
- ¹⁷³ Women's Health Initiative Study Group. Design of the Women's Health Initiative Clinical Trial and Observational Study. *Control Clin Trials*. 1998;19:61-109 *apud* Lubianca JN, Valle FH, Fuchs FD. Menopausa e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2008; 15(4):222-224.
- ¹⁷⁴ Baetz M, Bowen R, Jones G, *et al.* How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry*. 2006;51:654–661.
- ¹⁷⁵ Hill TD, Burdette AM, Ellison CG, *et al.* Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Prev Med*. 2006;42:309–312.

- ¹⁷⁶ Alminhana LO; Moreira-Almeida A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Rev. psiquiatr. clín.* 2009; 4(36):1-16. Disponível em: <http://www.febnet.org.br/ba/file/Pesquisa/Textos/TCC/artigorevista.pdf>
- ¹⁷⁷ Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, et al. 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* 2003; 49(3): 306-311.
- ¹⁷⁸ Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(12):2389-2398.
- ¹⁷⁹ Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 27(2), 2010.
- ¹⁸⁰ Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(4): 630-40.
- ¹⁸¹ Costa RS, Nogueria LT. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008; 16(5).
- ¹⁸² Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J Bras Psiquiatr*, 2009; 58(2): 128-134.
- ¹⁸³ Harrison MO, Koenig HG, Hays JC, Eme-Akwari AG, Pargament KI. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 2001; 13(2): 86-93
- ¹⁸⁴ Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005; 18(3):381-389.
- ¹⁸⁵ Saviolo RM. Oração e cura- fato ou fantasia? *O Mundo Da Saúde*, 2007; 31(2):281-28.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, documento de identidade nº : _____, estou sendo convidado (a) pela enfermeira, Leilane Bagno Eleutério da Silva, pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para participar do estudo “Prevalência de Hipertensão Arterial em Adventistas do Sétimo Dia da cidade de São Paulo e do Interior paulista”, aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP sob nº 817/2009. Este é um estudo que tem como objetivo avaliar a prevalência de hipertensão arterial aferida e referida nos membros batizados da Igreja Adventista do Sétimo Dia destacando-se os fatores que influenciam no controle da pressão, como dados biosocioeconômicos, antropométricos, hábitos de vida, religiosidade e variáveis psicossociais. Para tanto, responderei a um questionário contendo perguntas como idade, sexo, escolaridade, hábitos de vida, também sobre o assunto Hipertensão Arterial, apoio social e religiosidade. Após as perguntas, serão medidos peso, altura e circunferência da cintura. Ficarei sentado por 5 minutos para medidas da pressão arterial e a frequência cardíaca por 3 vezes consecutivas. Não são esperados riscos. Somente as medidas de pressão podem ocasionar leve desconforto no braço. A entrevista e realização das medidas devem durar cerca de 40 minutos. Os benefícios do estudo incluem o possível avanço do conhecimento da prevalência da hipertensão em população com estilo de vida saudável. A minha decisão de participar ou não do estudo é inteiramente voluntária. Foram esclarecidos ainda, os seguintes aspectos: acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas; liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência; salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Estou ciente também, que os dados serão usados exclusivamente para o estudo, com posterior publicação dos resultados obtidos (Conforme resolução 196 de 10/10/1996).

Portanto, **concordo** em participar do estudo.

São Paulo, de de 2009.

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura da pesquisadora _____
Contatos da pesquisadora: (11) 3739-2673/ (15) 3522-2127 - leilanebagno@hotmail.com

APÊNDICE B

Ficha de Identificação do Participante

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS			
Participante: _____		Data da Entrevista: ____/____/____	
Adventista há quanto tempo? ____ Anos ____ Meses		É vegetariano? S ☐ N ☐	
Endereço: _____		Bairro: _____ Cidade: _____	
CEP: _____ UF: _____		Fone(s): _____ ou _____	
1. Nascimento (dd/mm/aa) ____/____/____		2. Idade ____ anos	
		3. Sexo 1 ☐ Masc 2 ☐ Fem	
4. Etnia 1 ☐ Branca 2 ☐ Negra 3 ☐ Mulata 4 ☐ Mestiça 5 ☐ Amarela		5. Estado Civil 1 ☐ Solteiro 2 ☐ Casado 3 ☐ Separado 4 ☐ Amasiado 5 ☐ Viúvo	
6. Escolaridade 1 ☐ Analfabeto 2 ☐ Lê-Escreve 3 ☐ 1.º Grau 4 ☐ 2.º Grau 5 ☐ Superior		Situação Escolar 1 ☐ Completo 2 ☐ Incompleto	
7. Profissão _____		8. Ocupação _____	
9. O senhor (a) mora em... 1 ☐ Casa Própria 3 ☐ Cedida 2 ☐ Alugada 4 ☐ Outro _____		10. Quem é o responsável pela renda familiar (chefe da família) 1 ☐ Paciente 3 ☐ casal 5 ☐ Não informou 2 ☐ Cônjuge 4 ☐ filho 6 ☐ Outro: _____	
11. A renda familiar aproximada é? (Salário mínimo) _____			
12. Sua renda aproximada é? R\$ _____			
Se responder SIM na questão 13 ou 14, responder as questões 36 em diante			
13. O Sr.(a) já teve ou tem problema de pressão alta? 2 ☐ Não 1 ☐ Sim, já tive 3 ☐ Sim, tenho 4 ☐ Não sabe informar			
14. Algum profissional da área de saúde já disse que você tem problema de pressão alta? 2 ☐ Não 1 ☐ Sim Quem? 1 ☐ médico 3 ☐ Não sabe 2 ☐ enfermeiro 3 ☐ farmacêutico 4 ☐ outros: especificar _____			
15. Tem o hábito de medir a pressão regularmente? 2 ☐ Não 1 ☐ Sim, especifique abaixo onde costuma medir e com qual frequência: 1 ☐ Farmácia 2 ☐ Em casa 3 ☐ Posto Saúde 4 ☐ Outro: _____ 1 ☐ Diariamente 2 ☐ Semanalmente 3 ☐ Mensalmente 4 ☐ Semestralmente 5 ☐ Anualmente 6 ☐ Outro: especificar: _____			
16. Acredita que a pressão alta é: 1 ☐ tão grave como um câncer 2 ☐ para toda a vida como o diabetes 3 ☐ passageira como o resfriado			
17. Quanto tempo deve durar o tratamento da pressão alta? (Oferecer as opções) 1 ☐ menos de 1 ano 2 ☐ de 1 a 5 anos 3 ☐ a vida toda			
18. Você acredita que a pressão alta tem cura? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não			
19. Acredita que a pressão alta pode trazer complicações? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não sabe Se SIM, quais complicações? 1 ☐ Derrame 3 ☐ Problemas no rim 2 ☐ Infarto 4 ☐ Outros: especificar: _____			

20. Acredita que o tratamento da pressão alta pode evitar doenças como... (Não oferecer as alternativas de respostas)

	Sim	Não	Não sabe
1. Asma?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
3. Infarto?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
5. Problemas renais?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
2. Diabetes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
4. Derrame?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
6. Impotência sexual?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

21. Acredita que a prática regular de exercícios físicos é importante no controle da pressão arterial?

Sim Não Não sabe

22. Não há nada que eu possa fazer para evitar pressão alta. O senhor(a) concorda com isto Sim Não

23. Se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter. O senhor(a) concorda com isto Sim Não

24. Pessoas jovens não tem pressão alta. O senhor(a) concorda com isto ? Sim Não

25. Pressão alta não tem sintomas. O senhor(a) concorda com isto ? Sim Não

26. A pressão é alta quando for maior que 140/90 mm Hg. O senhor(a) concorda com isto ? Sim Não

27. Exame Físico Peso: _____ Kg Altura: _____ cm Circ. Abd: _____ cm IMC: _____ Kg/m²

28. Sabe quando foi a última vez que você mediu a sua pressão?

Sim, quando? _____ mês(es) _____ ano(s) Não

29. Sabe qual foi o valor da sua última medida de pressão?

Sim, sistólica _____ mmHg x diastólica _____ mmHg Não

30. Pressão Arterial e Frequência Cardíaca na posição sentada medida pela enfermagem

	Paciente Sentado		
Medidas	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)	Frequência (bpm)
1º			
2º			
3º			

31. Já teve ou tem... Diabetes? Sim Não Derrame? Não

 Infarto? Sim Não Aumento de colesterol? Sim Não

32. Tem alguma pessoa na família com...

	Sim	Não	Não sabe	Pai	Mãe	Avós	Irmãos	Filhos	Outro
1. Pressão alta?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
2. Problema de coração?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
3. Derrame cerebral?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
4. Diabetes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>

33. Tem o hábito de fumar?

Não, nunca fumei.

Não, parei. há quanto tempo parou. _____ (anos) _____ (meses)

Sim. Especifique o tipo e há quanto tempo começou. Tempo (mês/ano) _____

Tipo	Quantidade/dia	Exposição
1. Com filtro <input type="text" value="1"/> Sim <input type="text" value="2"/> Não	_____	<input type="text" value="1"/>
2. Sem filtro <input type="text" value="1"/> Sim <input type="text" value="2"/> Não	_____	<input type="text" value="1"/>
3. Charuto <input type="text" value="1"/> Sim <input type="text" value="2"/> Não	_____	<input type="text" value="1"/>
4. Cachimbo <input type="text" value="1"/> Sim <input type="text" value="2"/> Não	_____	<input type="text" value="1"/>
5. Outro <input type="text" value="1"/> Sim <input type="text" value="2"/> Não _____	_____	<input type="text" value="1"/>

34. Pratica esportes / exercícios físicos regularmente?			
☐ 1 Sim, especifique o tipo e há quanto tempo pratica		☐ 2 Não, nunca pratiquei	
		☐ 3 Não, parei. Especifique o tipo e há quanto tempo parou	
Tipo	Frequência/Semana	Tempo em meses Exposição Parada	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

35. Exames Laboratoriais:			
Glicemia _____ dl/mg	Colesterol Total _____		
Triglicerídeos _____	HDL _____		
Proteína C Reativa _____	LDL _____		

QUESTÕES PARA SEREM RESPONDIDAS APENAS PELOS HIPERTENSOS

36. Você toma algum remédio para tratar pressão alta?		Tempo: _____mes(es)/ano(s)
☐ 2 Não	☐ 1 Sim Qual(is): _____	Tempo: _____mes(es)/ano(s)
☐ 3 Não sabe informar	_____	Tempo: _____mes(es)/ano(s)
☐ 4 Não sabe há quanto tempo		

37. Já tratou pressão alta antes?	☐ 1 Sim	☐ 2 Não
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

38. Está fazendo acompanhamento regular em serviço de saúde para tratar a pressão alta?
☐ 1 Sim. Onde? _____
☐ 2 Não

39. Há quanto tempo sabe que tem pressão alta? _____ano(s) . _____mês(es)

40. Como descobriu que tinha pressão alta?			
☐ 1 Sentiu-se mal	☐ 2 Campanha de medida de pressão	☐ 3 Farmácia	☐ 4 Exame médico de rotina
☐ 5 Exame de admissão	☐ 6 Outro (qual?) _____		

Instruções para as Questões n.º 41 e 42: NÃO sugerir ao paciente as alternativas, quando a resposta for afirmativa.

41. Interrompeu o tratamento da pressão alta alguma vez?		☐ 2 Não	☐ 1 Sim, quais motivos?
01. Remédios muito caros	☐ 1 Sim		
02. Não há na farmácia do Hospital ou não há distribuição gratuita	☐ 1 Sim		
03. Ter que tomar várias vezes ao dia	☐ 1 Sim		
04. Não sente nada	☐ 1 Sim		
05. Não sente necessidade de se tratar	☐ 1 Sim		
06. Acha que está curado	☐ 1 Sim		
07. Acredita que hipertensão não é tão grave	☐ 1 Sim		
08. Acredita que deve tomar o remédio somente quando sentir-se mal	☐ 1 Sim		
09. Não foi orientado sobre a necessidade de tomar os remédios	☐ 1 Sim		
10. Por esquecimento	☐ 1 Sim		
11. Parou para poder fazer algum exame	☐ 1 Sim		
12. Outro	☐ 1 Sim _____		

42. Já faltou alguma vez à consulta médica?		☐ 2 Não	☐ 1 Sim, quais motivos?
01. esquecimento	☐ 1 Sim	09. distância	☐ 1 Sim
02. dinheiro condução	☐ 1 Sim	10. não viu necessidade de se tratar	☐ 1 Sim
03. deixar os filhos	☐ 1 Sim	11. tempo de espera	☐ 1 Sim
04. viagem	☐ 1 Sim	12. para não faltar ao trabalho	☐ 1 Sim
05. sentia-se bem	☐ 1 Sim	13. mal informado quanto ao retorno	☐ 1 Sim
06. horário de atendimento	☐ 1 Sim	14. consultas muito rápidas	☐ 1 Sim
07. necessidade de companhia	☐ 1 Sim	15. Outro	☐ 1 Sim _____
08. não gostou do médico	☐ 1 Sim		

43. Sabe que o tratamento da pressão alta inclui... (Oferecer as opções)			
Parar de fumar?	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	Reduzir ingestão de álcool? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não
Reduzir peso?	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	Reduzir sal da alimentação? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não
Praticar exercícios?	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	Reduzir "stress"? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não
44. Usa outros tratamentos para pressão alta? ☐ 2 Não ☐ 1 Sim, especifique abaixo			
01. Homeopatia	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	
02. Remédios caseiros, chás	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	
03. Oração/ reza	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	
04. Meditação	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	
05. Outro, especificar.	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	_____
45. O Sr.(a) se esquece de tomar os remédios? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
46. O Sr.(a) toma os remédios sempre no mesmo horário ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
47. O Sr.(a) leva os remédios quando viaja? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
48. O Sr.(a) providencia remédios antes que acabem? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
49. O Sr.(a) toma remédio quando a pressão está controlada? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
50. O Sr.(a) deixa de tomar remédio por conta própria? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
51. O Sr.(a) falta à consulta médica? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
52. O Sr.(a) chega atrasado à consulta? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
53. O Sr.(a) segue as orientações sobre a alimentação? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
54. O Sr.(a) segue as orientações sobre a alimentação? ☐ 1 Nunca ☐ 2 Às vezes ☐ 3 Sempre			
55. Está tomando remédios para outros problemas de saúde além da pressão alta ?			
☐ 2 Não ☐ 1 Sim, especifique abaixo ☐ 3 Não sabe o nome			

56. Teve pressão alta na gravidez? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 Não sabe ☐ 4 Não cabe			
57. Menopausa? ☐ 1 Sim, há quanto tempo? _____ ☐ 2 Não ☐ 3 Não cabe			
58. Tratamento de reposição hormonal (TRH)? ☐ 1 Sim, há quanto tempo? _____ ☐ 2 Não ☐ 3 Não cabe ☐ 4 Parou			

Anexos

ANEXO A

Escala de Religiosidade de DUKE - DUREL

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO B

Escala de Apoio Social

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

1. que o ajude, se ficar de cama? 1....2....3....4....5
2. para levá-lo ao médico? 1....2....3....4....5
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? 1....2....3....4....5
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 1....2....3....4....5
5. que demonstre amor e afeto por você? 1....2....3....4....5
6. que lhe dê um abraço? 1....2....3....4....5
7. que você ame e que faça você se sentir querido? 1....2....3....4....5
8. para ouvi-lo, quando você precisar falar? 1....2....3....4....5
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? 1....2....3....4....5
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 1....2....3....4....5
11. que compreenda seus problemas? 1....2....3....4....5
12. para dar bons conselhos em situações de crise? 1....2....3....4....5
13. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?
1....2....3....4....5
14. de quem você realmente quer conselhos? 1....2....3....4....5
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal? 1....2....3....4....5
16. com quem fazer coisas agradáveis? 1....2....3....4....5
17. com quem distrair a cabeça? 1....2....3....4....5
18. com quem relaxar? 1....2....3....4....5
19. para se divertir junto? 1....2....3....4....5

ANEXO C**Self Report Questionnaire (SRQ 20)****O(A) Sr.(a) teve algum destes problemas nos últimos 30 dias?**

	NÃO	SIM
01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	0	1
02- Tem falta de apetite?.	0	1
03- Dorme mal?	0	1
04- Assusta-se com facilidade?	0	1
05- Tem tremores de mão?	0	1
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	0	1
07- Tem má digestão?	0	1
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
09- Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
10- Tem chorado mais do que de costume?	0	1
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	0	1
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	0	1
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	1
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	0	1
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	1
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
20- Você se cansa com facilidade?	0	1