**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

STAEL SILVANA BAGNO ELEUTÉRIO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, AVALIADA
PELA MEDIDA CASUAL E MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL
DA PRESSÃO ARTERIAL, EM COMUNIDADES ADVENTISTAS
DO SÉTIMO DIA NO SUDOESTE PAULISTA**

**SÃO PAULO
2012**

STAEL SILVANA BAGNO ELEUTÉRIO DA SILVA

**PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, AVALIADA
PELA MEDIDA CASUAL E MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL
DA PRESSÃO ARTERIAL, EM COMUNIDADES ADVENTISTAS
DO SÉTIMO DIA NO SUDOESTE PAULISTA**

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

Programa Enfermagem na Saúde do
Adulto

Orientadora:

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

**SÃO PAULO
2012**

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, Stael Silvana Bagno Eleutério da
Prevalência da hipertensão arterial, avaliada pela
medida casual e monitorização residencial da pressão
arterial, em comunidades Adventistas do Sétimo Dia no
sudoeste paulista / Stael Silvana Bagno Eleutério da
Silva .-- São Paulo, 2012.
226 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Angela Maria Geraldo Pierin
Área de concentração: Programa enfermagem na saúde do
adulto

1. Adventistas 2. Hipertensão 3. Prevalência
I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Stael Silvana Bagno Eleutério da Silva

Título: Prevalência da hipertensão arterial, avaliada pela medida casual e monitorização residencial da pressão arterial, em comunidades adventistas do sétimo dia no sudoeste paulista.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor 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: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho ao maravilhoso **Deus** que
esteve ao meu lado em todos os momentos desta
caminhada;*

*À minha amada **família**, por ser meu porto
seguro em todas as horas deste longo percurso.*

Agradecimentos

A Deus Pai, Deus Filho e Deus Espírito Santo por me orientarem e me guardarem todos os dias da minha vida; por me darem sabedoria, ânimo e coragem pra seguir em frente quando as provações pareciam insuportáveis;

*Ao meu amado esposo **Sérgio**, companheiro e amigo em todos os momentos dessa longa jornada. Obrigada por ser meu apoio sempre presente. Te amo, meu bem!;*

*Aos meus preciosos filhos **Leilane e Gustavo** por me darem “colo” quando precisei; por torcerem por mim e me animarem com palavras de incentivo. Amo vocês, queridos!;*

*À minha mãezinha, muito amada, **Cira** por cuidar dos meus amados na minha ausência, por compreender e perdoar meus momentos de nervosismo e por ser uma inspiração para a minha vida. Te amo, mãe!;*

*À **Profa. Dr^a Angela Pierin** por me aceitar como aluna e me conduzir com paciência pelo interminável caminho do conhecimento acadêmico; por suas palavras de ânimo e encorajamento; por ser firme, ser amiga e ser compreensiva em vários momentos. Te admiro, te respeito e tenho por você um enorme carinho. Obrigada por tudo.*

*Aos **queridos alunos da FAIT e Escola de Minas** pela ajuda nas “intermináveis” coletas de dados;*

*Às amigas e companheiras do **Grupo de Hipertensão** pelo incentivo e críticas construtivas que contribuíram com o meu estudo;*

À Julia Fukushima, pela análises dos dados;

Aos queridos irmãos das Igrejas Adventistas do Sétimo Dia dos distritos de Itapeva, Itararé e Capão Bonito, especialmente aos irmãos Cláudio, Dr. Carlos Mariano e Haderli (Capão Bonito), Osmar, Eliseu e Rosânia (Itararé), pela ajuda em todas as fases deste trabalho, pelo apoio ao projeto, pela participação ativa e pelas orações;

“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

SILVA, SSBE. Prevalência da hipertensão arterial, avaliada pela medida casual e monitorização residencial da pressão arterial, em comunidades Adventistas do Sétimo Dia no sudoeste paulista. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2012. 226 f.

RESUMO

Introdução A hipertensão arterial é influenciada por hábitos e estilos de vida e populações específicas como os Adventistas do Sétimo Dia são orientados a incorporar em suas práticas religiosas, hábitos e estilos de vida saudáveis. O objetivo principal desse estudo foi comparar a prevalência da hipertensão arterial em comunidades Adventistas do Sétimo Dia com comunidade não Adventista.

Casuística e Métodos O estudo foi realizado na região sudoeste do estado de São Paulo com 547 pessoas (304 Adventistas e 243 não Adventistas). A pressão arterial foi medida com aparelho automático validado e de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. A religiosidade foi avaliada pela Escala de Duke-DUREL; hábitos alimentares identificados pelo Questionário de Frequência Alimentar; apoio social pela escala de apoio social; consumo de bebida alcoólica pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT e transtornos mentais comuns pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ 20). Foi adotado nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados A maioria era do sexo feminino, idade de 41,5 anos, etnia branca. A prevalência de hipertensão foi menor nos Adventistas ($p < 0,05$, 25,6% vs 35,4%). Os Adventistas foram diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas, respectivamente, em relação a: escolaridade média (39,8% vs 36,9%), ocupação autônoma (33,6% vs 14,8%), com companheiro(a) (72,4% vs 64,2%), casa própria (66,1% vs 65%), renda individual entre um e três salários mínimos (97% vs 90,9%), homens com menor índice de massa corporal ($25,03 \pm 3,09$ Kg/m² vs $26,97 \pm 4,8$ kg/m²) e menor circunferência abdominal ($90,53 \pm 11,63$ cm vs $97,19 \pm 12,69$ cm), mais indivíduos ovolactovegetarianos e vegetarianos (20% vs 0,8%), não fumantes (85,5% vs 67,4%), maior tempo de abandono do tabagismo (14 anos vs 7 anos), praticantes de atividades físicas regulares (47,2% vs 25,8%), abstêmios de bebida alcoólica (100% vs 52,4%). No conhecimento sobre hipertensão os Adventistas se diferiram ($p < 0,05$) dos não Adventistas, respectivamente, por: saberem menos que o tratamento da pressão alta pode evitar infarto (15,4% vs 12%) e problemas renais (58,2% vs 50,9%), reconhecerem que o exercício físico é importante para o controle da pressão (96,1% vs 89,3%), que jovens podem ter pressão alta (84,5% vs 77,8%), que é possível fazer alguma coisa para evitar a pressão alta (90,1% vs 83,1%), entretanto, reconhecem menos o papel da hereditariedade na hipertensão (59,9% vs 71,6%) e os valores de hipertensão (76,3% vs 86,4%). Pelo SRQ20 as mulheres Adventistas referiram mais sintomas que os homens Adventistas ($p < 0,05$, 25% vs 15,3%). Os Adventistas mostraram níveis mais elevados em todas as dimensões da religiosidade e do apoio social (87 pontos vs 83 pontos). Na alimentação os Adventistas foram diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas, respectivamente, por: consumirem mais frutas e hortaliças (56,3% vs 39%); menos refrigerante e suco artificial (33,2% vs 19,9%) e

menos carne com gordura visível (72,7% vs 39,8%). Os hipertensos Adventistas foram estatisticamente diferentes dos hipertensos não Adventistas, respectivamente, em relação a: escolaridade média (36,8% vs 15,5%); autônomos e do lar (30,8% e 30,8% vs 15,1% e 19,8%); alimentação vegetariana/ovolactovegetariana (19,2% vs 0%); prática de atividade física (49,4% vs 18,8%); tabagismo (0% vs 15,1%); etilismo (0% vs 39,2%), hipertensão referida (74,4% vs 84,3%); uso de medicamento anti-hipertensivo (58,3% vs 66,2%); acredita que a pressão alta tem cura (57,7% vs 32,6%), não acarreta problema renal (71,4% vs 51,3%) e não tem influência da hereditariedade (84,9% vs 66,7%); ausência de diabetes (91% vs 77,9%); usa outros tratamentos para hipertensão (51,8% vs 27,3%); e deixa de tomar remédio “por conta própria” (50% vs 29%). Em relação à presença de transtornos mentais comuns os hipertensos Adventistas referiram menos ($p<0,05$): ideia de acabar com a vida, sentir-se sem préstimo ou inútil, sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida, ter dificuldade no serviço e sentir-se cansado o tempo todo. Na avaliação da religiosidade e de apoio social os hipertensos Adventistas apresentaram níveis mais elevados. Não houve diferença no controle da pressão arterial entre os hipertensos Adventistas (44,8%) e hipertensos não adventista (58,9%), porém, os hipertensos não Adventistas controlados sabiam há mais tempo ser hipertensos ($p<0,05$, 5 anos vs 3 anos). Os Adventistas apresentaram maior controle pela MRPA quando comparado à medida casual (77,1% vs 44,8%). O efeito do avental branco esteve presente em 12% dos Adventistas, a hipertensão do avental branco em 24,2% e a hipertensão mascarada em 12%.

Conclusão: A hipertensão foi menos prevalente entre os Adventistas, o que pode estar relacionado a hábitos e estilos de vida um pouco mais saudáveis apregoados pela religião, embora os índices encontrados estejam bem próximos aos dados de muitos estudos de base populacional. O fenômeno do avental branco encontrou-se bem próximo do estimado na população geral.

Palavras-chave: Adventistas, Hipertensão, Prevalência.

SILVA, SSBE. Arterial hypertension prevalence, assessed through casual measurement and home blood pressure monitoring, in Seventh Day Adventist communities in Southeastern São Paulo. [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, School of Nursing, 2012. 226 p.

ABSTRACT

Introduction Habits and lifestyles influence arterial hypertension and specific populations like the Seventh Day Adventists receive orientations to incorporate healthy habits and lifestyles into their religious practices. The main aim of this study was to compare the prevalence of arterial hypertension in Seventh Day Adventist communities with a non-Adventist community.

Sample and Methods The study was developed in the Southwest of São Paulo State, Brazil, and involved 547 people (304 Adventists and 243 non-Adventists). An automatic validated device was used for blood pressure measurements, in accordance with the VI Brazilian Hypertension Guidelines. The Duke-DUREL Scale was used to assess religiosity; food habits were identified through the Food Frequency Questionnaire; social support through the social support scale; alcoholic beverage consumption through the Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT and common mental disorders through the Self-Reporting Questionnaire (SRQ 20). Significance was set at $p < 0.05$.

Results Most participants were female, age 41.5 years, white ethnic origin. Hypertension prevalence levels were lower among Adventists ($p < 0.05$, 25.6% vs. 35.4%). Differences between Adventists and non-Adventists were found ($p < 0.05$), respectively, with regard to: mean education level (39.8% vs. 36.9%), self-employed occupation (33.6% vs. 14.8%), with a partner (72.4% vs. 64.2%), own house (66.1% vs. 65%), individual income between one and three minimum wages (97% vs. 90.9%), men with a lower body mass index ($25.03 \pm 3.09 \text{ Kg/m}^2$ vs. $26.97 \pm 4.8 \text{ kg/m}^2$) and lower waist circumference ($90.53 \pm 11.63 \text{ cm}$ vs. $97.19 \pm 12.69 \text{ cm}$), more ovo-lacto vegetarian and vegetarian individuals (20% vs. 0.8%), non-smokers (85.5% vs. 67.4%), longer time since giving up smoking (14 years vs. 7 years), physical exercise (47.2% vs. 25.8%), teetotal (100% vs. 52.4%). Concerning knowledge about hypertension, differences between Adventists and non-Adventists were found ($p < 0.05$), respectively, with regard to: know less that high blood pressure treatment can avoid stroke (15.4% vs. 12%) and renal problems (58.2% vs. 50.9%), acknowledge that physical exercise is important for pressure control (96.1% vs. 89.3%), that young people can have high blood pressure (84.5% vs. 77.8%), that something can be done to avoid high pressure (90.1% vs. 83.1%), but acknowledge less the role of hereditariness in hypertension (59.9% vs. 71.6%) and hypertension levels (76.3% vs. 86.4%). According to the SRQ20, Adventist women referred more symptoms than Adventist men ($p < 0.05$, 25% vs. 15.3%). The Adventists showed higher scores in all religiosity and social support dimensions (87 points vs. 83 points). Regarding diet, the Adventists differed ($p < 0.05$) from non-Adventists, respectively, with regard to: higher consumption of fruit and vegetables (56.3% vs. 39%); less soda and industrial juice (33.2% vs. 19.9%) and less meat with visible fat

(72.7% vs. 39.8%). Statistically significant differences between Adventist hypertensive and non-Adventist hypertensive patients were found, respectively, with regard to: mean education level (36.8% vs. 15.5%); self-employed and housewives (30.8% and 30.8% vs. 15.1% and 19.8%); vegetarian/ovo-lacto vegetarian diet (19.2% vs. 0%); physical exercise (49.4% vs. 18.8%); smoking (0% vs. 15.1%); alcohol consumption (0% vs. 39.2%), referred hypertension (74.4% vs. 84.3%); anti-hypertensive medication use (58.3% vs. 66.2%); believes that high pressure is curable (57.7% vs. 32.6%), does not cause renal problems (71.4% vs. 51.3%) and that there is no hereditary influence (84.9% vs. 66.7%); absence of diabetes (91% vs. 77.9%); uses other hypertension treatments (51.8% vs. 27.3%); and stops taking medication on his/her own account (50% vs. 29%). As for the presence of common mental disorders, less references ($p < 0.05$) were found among Adventist hypertensive patients for: idea to end one's life, feeling helpless or useless, feeling incapable of playing a useful role in life, having difficulty at work and feeling tired the whole time. In the assessment of religiosity and social support, Adventist hypertensive patients showed higher scores. No differences were found in blood pressure control between Adventist hypertensive (44.8%) and non-Adventist hypertensive patients (58.9%), but controlled non-Adventists hypertensive had been aware of the diagnosis longer ($p < 0.05$, 5 years vs. 3 years). Adventists showed higher levels of control according to HBPM in comparison with casual measures (77.1% vs. 44.8%). The white-coat effect was present in 12% of Adventist patients, white-coat hypertension in 24.2% and masked hypertension in 12%. **Conclusion:** Hypertension prevalence levels were lower among Adventists, which can be related to the somewhat healthier habits and lifestyles this religion defends, although the rates found are quite close to data in many population-based studies. Rates for the white-coat phenomenon were very close to general population estimates.

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

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Prevalência e controle da hipertensão em alguns países sul-americanos:	21
Quadro 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18anos).	22
Quadro 3 - Prevalência de hipertensão arterial em cidades brasileiras.	23
Quadro 4 - Percentual de homens e mulheres com hipertensão referida, identificados pelo Inquérito VIGITEL entre os anos de 2006 e 2011.	24
Quadro 5 - Valores de pressão arterial no consultório, MAPA e MRPA que caracterizam hipertensão do avental branco, efeito do avental branco e hipertensão mascarada.	32
Quadro 6 - Vantagens e limitações da monitorização residencial da pressão arterial.	36
Quadro 7 - Orientações ao paciente para MRPA.	37
Quadro 8 - Cidades participantes do estudo, número de Igrejas Adventistas e dados populacionais.	58
Quadro 9 - Legenda de interpretação do questionário de frequência alimentar, São Paulo, SP, 2012.	65
Quadro 10 - Valores de referência do Índice de Massa Corporal (IMC).	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial.	34
Figura 2 - Localização das cidades pesquisadas no Estado de São Paulo.	59
Figura 3 - Organização administrativa da Igreja Adventista do Sétimo Dia.	60
Figura 4 - Prevalência de hipertensão arterial.	77
Figura 5 - Distribuição dos participantes do estudo segundo escala de apoio social.	91
Figura 6 - Distribuição dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo a escala de apoio social.	111
Figura 7 - Valores da pressão arterial sistólica e diastólica dos Adventistas pela medida casual e MRPA. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.	115
Figura 8 - Prevalência de hipertensão pela medida casual e MRPA entre os Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.	116
Figura 9 - Efeito do avental branco nos participantes Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012.	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características biossocioeconômicas e dos participantes Adventistas e não Adventistas. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.	74
Tabela 2 - Pressão arterial e medidas antropométricas dos participantes Adventistas e não Adventistas, Sudeste do Estado de São Paulo – 2012.	75
Tabela 3 - Caracterização dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo hábitos de vida, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	76
Tabela 4 - Caracterização dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo a hipertensão arterial e hábitos de controle, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	77
Tabela 5 - Comparação entre os participantes Adventistas e não Adventistas segundo as crenças sobre hipertensão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	78
Tabela 6 - Comparação entre os participantes Adventistas e não Adventistas segundo o conhecimento sobre hipertensão arterial, Sudeste do estado de São Paulo - 2012.....	79
Tabela 7 - Comparação entre os participantes Adventistas e não Adventistas os segundo antecedentes pessoais e familiares, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	81
Tabela 8 - Comparação entre as participantes Adventistas e Não Adventistas segundo a presença de pressão alta na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	82
Tabela 9 - Distribuição dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo o consumo de bebida alcoólica pelo <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> - AUDIT. São Paulo, 2012.	83
Tabela 10 - Caracterização dos Adventistas e não Adventistas em relação a presença de transtornos mentais comuns segundo o <i>Self-Reporting Questionnaire</i> – SRQ 20, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	84
Tabela 11 - Caracterização dos Adventistas e não Adventistas em relação à presença de transtornos mentais comuns segundo sexo pelo <i>Self-Reporting Questionnaire</i> – SRQ 20, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	85
Tabela 12 - Caracterização dos Adventistas e não Adventistas de acordo com a Escala de Religiosidade Duke - DUREL, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012...	86
Tabela 13a - Distribuição dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios material, afetivo e emocional. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.	88
Tabela 13b - Distribuição dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios informação e interação social positiva. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.	90

Tabela 14 - Caracterização dos participantes Adventistas e Não Adventistas de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	91
Tabela 15 - Distribuição dos Adventistas e não Adventistas de acordo com o consumo alimentar baseado no questionário de frequência alimentar (QFA), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	92
Tabela 16 - Comparação dos dados biosocioeconômicos dos hipertensos Adventistas e não Adventistas, Sudoestes do Estado de São Paulo – 2012.....	93
Tabela 17 - Comparação dos valores pressóricos e antropométricos entre hipertensos Adventistas e Não Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	94
Tabela 18 - Comparação entre hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo hábitos de vida, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	95
Tabela 19 - Comparação entre hipertensos Adventistas e Não Adventistas quanto à hipertensão arterial e o hábitos relacionados ao controle da pressão, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	96
Tabela 20 - Comparação entre hipertensos Adventistas e Não Adventistas quanto às crenças sobre a doença, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	97
Tabela 21 - Comparação entre hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo o conhecimento sobre hipertensão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	98
Tabela 22 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo antecedentes pessoais e familiares, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	99
Tabela 23 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo a interrupção do tratamento e os motivos, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	100
Tabela 24 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo a falta à consulta médica e motivos, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	101
Tabela 25 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas quanto ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	102
Tabela 26 - Caracterização dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas sobre a atitude frente ao tratamento anti-hipertensivo, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	103
Tabela 27 - Comparação entre as hipertensas Adventistas e Não Adventistas em relação à hipertensão na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	104
Tabela 28 - Comparação dos hipertensos Adventistas e não Adventistas segundo o consumo de bebida alcoólica pelo <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> - AUDIT. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.....	105

Tabela 29 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas em relação aos transtornos mentais comuns segundo o <i>Self-Report Questionnaire</i> – SRQ 20, Sudoeste do Estado de São Paulo- 2012.....	106
Tabela 30 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas em relação aos transtornos mentais comuns segundo o <i>Self-Report Questionnaire</i> – SRQ 20 de acordo com o sexo, Sudoeste do Estado de São Paulo- 2012.	107
Tabela 31a - Distribuição dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos seus domínios, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	108
Tabela 31b - Distribuição dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos seus domínios, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012	109
Tabela 32 - Comparação dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	110
Tabela 33 - Caracterização dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas de acordo com a Escala de Religiosidade Duke-DUREL, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	112
Tabela 34 - Caracterização dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas de acordo com o consumo alimentar pelo questionário de frequência alimentar (QFA), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	113
Tabela 35 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e Não Adventistas quanto ao tempo de conhecimento da doença e o controle da pressão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.....	114
Tabela 36 - Comparação das médias de pressão arterial dos Adventistas avaliadas pela medida casual e monitorização residencial (MRPA), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	114
Tabela 37 - Comparação da prevalência de hipertensão dos Adventistas pela medida casual e monitorização residencial da pressão (MRPA) (n 253), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	116
Tabela 38 - Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) dos 5 dias de MRPA, três medidas, nos períodos manhã e noite, dos Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	117
Tabela 39 - Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) dos Adventistas dos 5 dias e nos períodos manhã e noite, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	119
Tabela 40 - Comparação das médias das 3 medidas dos 5 dias de MRPA entre os hipertensos Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	121
Tabela 41 - Efeito do avental branco na pressão sistólica e diastólica nos participantes Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012.....	122

Tabela 42 - Hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada nos participantes Adventistas. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.	123
Tabela 43 - Controle da pressão arterial dos hipertensos Adventistas pela medida casual e monitorização residencial da pressão, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.	124

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	19
1.2 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO E A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL	28
1.2.1. Fenômeno do avental branco	29
1.2.2. Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA)	33
1.3 ADESÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO	38
1.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL <i>VERSUS</i> HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA	44
1.5 OS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA E SUAS CRENÇAS	45
1.6 OS ESTUDOS SOBRE SAÚDE E OS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA	49
2 OBJETIVOS	55
2.1 GERAL	55
2.2 ESPECÍFICOS	55
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	57
3.1 TIPO DE PESQUISA	57
3.2 LOCAL DO ESTUDO	57
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	59
3.4 CÁLCULO DA AMOSTRA	61
3.4.1 Critérios de Inclusão - Adventistas	61
3.4.2 Critérios de exclusão - Adventistas	62
3.4.3 Critérios de Inclusão - Não Adventistas	62
3.4.4 Critérios de exclusão - Não Adventistas	62
3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	62
3.6 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	63
3.6.1 Medida da pressão arterial	68
4 ANÁLISE DOS DADOS	71
5 RESULTADOS	73
5.1 COMPARAÇÃO DOS ADVENTISTAS E NÃO ADVENTISTAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.	74
5.2 COMPARAÇÃO DOS HIPERTENSOS ADVENTISTAS E HIPERTENSOS NÃO ADVENTISTAS	93
5.3 AVALIAÇÃO DA MEDIDA CASUAL, MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL E DO FENÔMENO DO AVENTAL BRANCO DOS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA.	114
6 DISCUSSÃO	126
6.1 ADVENTISTAS <i>VERSUS</i> NÃO ADVENTISTAS	127
6.2 HIPERTENSOS ADVENTISTAS <i>VERSUS</i> HIPERTENSOS NÃO ADVENTISTAS .	143
6.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL ENTRE OS HIPERTENSOS	159
6.4 MRPA E FENÔMENO DO AVENTAL BRANCO NOS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA	162
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
8 CONCLUSÕES	171
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	206
ANEXOS	214

1.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

*“Deixe que a alimentação seja o seu
remédio e o remédio a sua alimentação”
Hipócrates.*

A hipertensão arterial depende de múltiplos fatores, tais como a hereditariedade, fatores ambientais, estilos e hábitos de vida tornando-a umas das doenças crônicas mais prevalentes em vários países. Vários destes fatores têm sido estudados na tentativa de explicar a gênese da doença.

Em nosso meio não há estudo de prevalência nacional da hipertensão arterial, muito menos em seguimentos específicos da população como os evangélicos.

A ideia de que há uma relação entre religiosidade e hipertensão não é nova, pois verifica-se publicações sobre o assunto desde as décadas de 70 e 80, porém, mais recentemente, estudos têm mostrado mais claramente como a religiosidade e espiritualidade interferem nos valores da pressão, no controle e no tratamento de doenças crônicas. Pacientes religiosos apresentaram menor prevalência de hipertensão e menores valores de pressão arterial^{1,2} e aumento da função imunológica¹⁹⁹.

As religiões cristãs, de um modo geral, incentivam seus fiéis a buscarem um estilo de vida mais saudável. Entre os Adventistas do Sétimo Dia esta busca é mais facilmente identificada em função da quantidade de livros denominacionais publicados sobre o assunto. Os Adventistas são reconhecidos no meio cristão por valorizarem e estimularem hábitos e estilos de vida saudáveis entre seus membros, sendo alvos de investigações relacionadas à saúde, principalmente nos Estados Unidos. No Brasil não se identificou estudos publicados com esta população.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

As doenças crônicas são responsáveis, no Brasil, por cerca de dois terços do total de mortes, destacando-se as doenças circulatórias e o

câncer. Embora a taxa de mortalidade por essas causas tenha caído ao longo dos últimos 20 anos, o custo relacionado ao tratamento destas doenças causa um enorme impacto financeiro aos cofres públicos, além de comprometer a renda familiar e individual do paciente, uma vez que o tratamento é pra vida toda³.

Nos Estados Unidos da América, a hipertensão afeta quase 50 milhões de indivíduos. Nas diretrizes americanas (*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – VII JOINT*), foi introduzido o termo “pré-hipertenso” caracterizando os adultos que têm pressão arterial sistólica entre 120-139 mmHg e diastólica entre 80-89 mmHg, a fim de servir de sinal de alerta para melhorar os cuidados com a educação em saúde e para estimular a redução dos níveis da pressão arterial dos indivíduos, além de prevenir o desenvolvimento da hipertensão na população em geral⁴.

Além de ser uma doença preocupante em virtude das complicações para a saúde ligadas a ela, como já dito, a hipertensão eleva sobremaneira os custos sociais com o seu tratamento. Seus agravos induzem a aposentadorias precoces, absenteísmo ao trabalho, além do aumento da mortalidade na faixa etária ainda produtiva, configurando-se como um grande problema de saúde pública.

Nos países ricos a mortalidade por doenças cardiovasculares ocorre nas faixas etárias acima dos 60-70 anos, e nos países pobres, essa mortalidade ocorre precocemente, na meia idade, ou seja, entre 45-64 anos, em uma fase na qual o indivíduo é economicamente ativo, representando assim grande perda social e econômica⁵. De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde³, as doenças crônicas não transmissíveis têm causado, atualmente, mais mortes em países de baixa e média renda do que em países ricos, sendo responsáveis por quase dois terços das mortes prematuras, independentemente do sexo. Quase oito milhões de morte no mundo são causadas pela hipertensão, dentre as quais mais de seis milhões ocorrem em países de baixa e média renda enquanto em países de alta renda a doença responde por cerca de 1,6 milhão. “A projeção dos anos de

vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) para 2030 prevê um aumento de 37% nos países de baixa renda e 11% nos países de média renda, comparando com a situação de 2008, segundo o Banco Mundial”.

A alta prevalência da hipertensão confere à doença a conservação do *status* de “assassina silenciosa” e principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. Como se vê no quadro 1, a prevalência é elevada em vários países. Seus efeitos são sentidos em todos os lugares do mundo, principalmente nos países com menor renda *per capita*, baixa escolaridade e menor acesso a serviços de saúde. Comprovadamente esses itens estão associados à maior prevalência da doença e menor controle da pressão⁶.

Quadro 1 - Prevalência e controle da hipertensão em alguns países sul-americanos^{7,8}.

Cidade	Prevalência	Controle
Argentina	28,1%	18%
Chile	33,7%	11,8%
Colômbia	23%	15%
Paraguai	35%	7%
Peru	23,7%	-
Uruguai	33%	11%
Venezuela	33%	12%

Nos Estados Unidos da América a prevalência estimada foi de 29%, ou seja, quase um terço dos americanos é hipertenso^{4,9}. No Canadá um em cada cinco indivíduos adultos é hipertenso e mais de 40% dos idosos possui hipertensão¹⁰. 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%¹¹. A proporção de australianos adultos com hipertensão é de 30% (3,69 milhões de adultos)¹². Gana e Camarões, países da África, apresentam, respectivamente, prevalência de hipertensão de 33,4% e 28,9% em homens

e 25,6% e 23,1% em mulheres¹³. Observa-se que, de fato, a elevada prevalência de hipertensão não respeita fronteira demográfica, social ou outra qualquer.

Uma vez que países mais desenvolvidos demonstram interesse em combater a doença através de programas e ações coletivas, atuando na prevenção, também os países menos desenvolvidos deveriam atentar para os custos de remediar o mal e investir mais eficazmente em medidas preventivas.

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. É uma doença de origem múltipla, caracterizada pelo aumento da pressão arterial. O indivíduo acima de 18 anos que apresenta valores de pressão arterial, medida casualmente em consultório, maior ou igual a 140 mmHg para pressão sistólica e/ou maior ou igual a 90 mmHg para pressão diastólica é considerado hipertenso^{4,14}, conforme se observa no Quadro 2 de classificação das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Quadro 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18anos)¹⁴.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 - 89
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio II	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio III	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

Inquéritos nacionais identificaram prevalências bastante diferentes em diversas cidades do país, como se vê no quadro 3.

Quadro 3 - Prevalência de hipertensão arterial em cidades brasileiras.

Cidade (estado)	Ano	Prevalência referida	Prevalência identificada
BambuÍ (MG) ¹⁵	2004	27,2%	23,3%
Belém (PA) ¹⁶	2005	17,5%	-
Salvador (BA) ¹⁷	2006	-	29,9%
Pelotas (RS) ¹⁸	2007	-	23,6%
Goiânia (GO) ¹⁹	2007	-	36,4%
Campo Grande (MS) ²⁰	2007	-	41,4%
Luzerna (SC) ²¹	2007	-	14,7%
Botucatu (SP) ²²	2008	23,1%	-
S.J.Rio Preto (SP) ²³	2008	-	25,2%
Nobres (MT) ²⁴	2009	-	30,1%
Sinop (MT) ²⁵	2010	-	23,2%
São Paulo (SP) ²⁶	2010	23%	-

Investigação²⁷ realizada com trabalhadores de um hospital escola na cidade de São Paulo, mostrou prevalência de 26%. No Brasil não existe estudo de alcance nacional que expresse a magnitude da hipertensão. Os estudos regionais, na sua maioria com métodos diferentes, apontam índices que oscilam de 20% a 40%. Em 2006 estudo apontava uma estimativa de cerca de 20% de prevalência da hipertensão na população geral, afetando os indivíduos independentemente de sua classe social, faixa etária ou sexo²⁸.

Em face da alta prevalência da doença foi lançado no Brasil, no ano 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus. Estados e municípios, tendo por finalidade alcançarem as metas estabelecidas pelo programa, criaram estratégias tais como: capacitação de profissionais de saúde da atenção primária, dispensação de fármacos de uso contínuo, promoção de atividades

educativas envolvendo as três esferas da gestão do governo em prol da saúde²⁹.

Em um país como o Brasil, com tamanha diversidade cultural e vasta extensão territorial, há necessidade de investigações populacionais mais amplas e sistemáticas, a fim de se obter dados mais fidedignos sobre a prevalência da hipertensão. Isso possibilitará intervenções educativas mais eficazes para a população e para os profissionais de saúde que atuam com hipertensos. Ao se observar a alta prevalência da doença na maioria das cidades brasileiras, torna-se importante trabalhar em prol da redução dos níveis da pressão arterial para valores considerados normais, evitando-se o infortúnio das doenças sequelantes que podem advir como consequência.

No país, em 2007, as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 48,9% das mortes e as doenças cerebrovasculares por 51,1%³⁰. Em 2008 as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) responderam por 62,8% do total de mortes conhecidas³¹. Fatores de risco modificáveis (tabagismo, etilismo, má alimentação, sedentarismo) estão ligados à maior parte das mortes, especialmente quando associados a outros fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes, entre outros.

Na verificação de hipertensão referida, ou seja, aquela em que o indivíduo reconhece sua condição de hipertenso diagnosticado, o inquérito telefônico VIGITEL, entre os anos de 2006 e 2011, mostrou variação nos percentuais com ligeiro predomínio das mulheres em todos os anos.

Quadro 4 - Percentual de homens e mulheres com hipertensão referida, identificados pelo Inquérito VIGITEL entre os anos de 2006 e 2011^{32,33,34,35,36,37}.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Homens	18,4%	20,3%	20,3%	21,1%	20,7%	19,5
Mulheres	24,4%	25,1%	25,5%	27,2%	25,5%	25,4

Em 2011³⁷ o referido inquérito telefônico mostrou uma variação do percentual de hipertensão referida entre 12,9% e 29,8% nas 27 capitais do

país, com predomínio da doença nas mulheres em todas as faixas etárias, e entre os que têm até oito anos de escolaridade.

Considera-se que a elevada prevalência da hipertensão requer atuação mais incisiva dos profissionais de saúde, de todas as áreas, no incentivo de atitudes que favoreçam a prevenção. A medida da pressão pode detectar precocemente a doença ou mesmo identificar pessoas na faixa limítrofe que poderiam reduzir os níveis tensionais, introduzindo mudanças nos hábitos e estilos de vida. Uma vez diagnosticada a doença, as intervenções passam a ser relacionadas aos benefícios do tratamento medicamentoso, não medicamentoso e importância do controle para evitar as complicações que possam advir.

A medida da pressão é usada para o diagnóstico da hipertensão, sendo também a única maneira de se observar o controle. Todos os profissionais que manejam hipertensos devem procedê-la corretamente.

Para que haja controle da pressão arterial não basta a indicação adequada e uso correto do tratamento anti-hipertensivo. Mudanças nas atitudes frente à doença, além de mudanças nos hábitos de vida, precisam ser feitas para garantir a eficácia do tratamento. Além disso, é importante a avaliação da pressão arterial com a finalidade de observar a eficácia do tratamento e servir, com isso, de parâmetro para avaliação periódica do controle. O hábito de medir a pressão ainda não é o ideal entre hipertensos em nosso meio. Serafim *et al.*¹⁷⁸ verificaram que 48,5% dos hipertensos atendidos em um ambulatório, tinham o hábito de medir a pressão regularmente. Essa mesma avaliação foi feita por Sanchez *et al.*⁸³ que encontraram 87% de hipertensos que mediam a pressão regularmente.

A medida da pressão pode favorecer o controle, entretanto, mesmo na população que sabidamente depende desta avaliação para conseguir se beneficiar do tratamento, o controle ainda é insuficiente. Nobre *et al.*³⁸ estabeleceram metas de controle para um grupo de hipertensos orientando-os quanto as tais metas e, ao final do estudo, consideraram o controle ainda pouco satisfatório. Os que tinham maiores valores de pressão arterial obtiveram maior percentual de controle (67,1%). Os que estavam com a

pressão na faixa de normalidade alcançaram 32,4% de controle. Pierin *et al.*¹⁵¹ também verificaram controle insatisfatório (45,5%) ao avaliar hipertensos em unidades básicas de saúde. Vale destacar que os que tinham mais tempo de diagnóstico da doença estavam menos controlados. Silva *et al.*³⁹ mostraram índice semelhante de controle (46,5%). Durante 6 meses estes hipertensos foram submetidos a intervenções educativas sistematizadas elevando o controle, no final do estudo, para 63,2%. Strelec *et al.*⁴⁰, em estudo com 130 hipertensos de uma unidade básica de saúde em uma cidade do interior de São Paulo, mostrou índice ainda menor, apenas 35% estavam controlados. Outros estudos nacionais também têm mostrado essa variação no controle da pressão. Em Porto Alegre⁶ o controle foi de 34,7% nos 918 participantes estudados. Num serviço de nefrologia, estudo⁴¹ transversal realizado com 1.210 pacientes mostrou que houve controle em 20,9% dos indivíduos. Marcopito *et al.*⁴² em seu estudo de base populacional com 2.103 pessoas na faixa entre 15 e 59 anos, revelou que 24,3% dos participantes não estavam com a pressão controlada. Mion Jr *et al.*⁴³ em entrevista por telefone com 613 pessoas, verificou que dos 23% de hipertensos referidos, 35,2% afirmaram estar com a pressão controlada. Observa-se que o controle é um desafio enfrentado por todos que assistem pacientes hipertensos em qualquer lugar do mundo. Estudo⁴⁴ realizado com mais de 1.194 chilenos mostrou melhora no controle, após doze meses de programa de assistência específica para esta população, passando de 45,3% para 59,7%. Na China estima-se que 153 milhões de adultos sejam hipertensos e o controle da pressão foi observado em 6% dos que vivem em área urbana e 3% nos hipertensos da área rural⁴⁵.

Observa-se que tanto a prevalência quanto o controle da hipertensão estão relacionados à maneira como o hipertenso lida com a sua enfermidade e seu envolvimento em ações individuais e coletivas que o motivem no enfrentamento de uma doença crônica tratável, porém, incurável.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)^{46,47} a maioria das mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis tem a participação de fatores como tabagismo, consumo exagerado de álcool,

obesidade, baixo consumo de alimentos vegetais (frutas e legumes e verduras), consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, provocando as dislipidemias. Juntam-se a isto a falta de atividade física, além das comorbidades. De uma projeção de 64 milhões de mortes no mundo em 2015, 41 milhões serão decorrentes de uma doença crônica, a não ser que medidas urgentes sejam tomadas. No Brasil, segundo a mesma organização, as doenças crônicas seriam responsáveis por 72% do total de mortes. A projeção em 10 anos é de que essas doenças aumentem em 22% e matem pelo menos 10 milhões de pessoas.

Outro fator preocupante, atrelado à hipertensão, é o custo financeiro e social gerado na assistência aos doentes.

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Também no Brasil o forte impacto socioeconômico das DCNTs e seus fatores de risco estão afetando o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde, educação e combate à pobreza, aspecto também verificado, aliás, na maioria dos países, segundo revela estudo da OMS (OPAS, 2011)³.

Quanto menos controlada a hipertensão, maiores as complicações advindas da doença. As lesões de órgãos-alvo são as complicações mais temidas. Segundo Tulman *et al.*⁴⁸ episódios agudos de hipertensão, que ocorrem mais frequentemente em hipertensos e surgem por várias razões, podem resultar em lesão em órgãos-alvo. Repetidos episódios de hipertensão aguda, associado ao aumento da resistência vascular sistêmica, induz a liberação de vasoconstritores e, conseqüentemente, resulta em dano ao endotélio do vaso. Como resultado da lesão do vaso, a deposição de plaquetas e fibrina, além da vasoconstrição, resultam na hipoperfusão e isquemia dos órgãos. A autorregulação vascular é crucial para a manutenção da adequada perfusão dos rins, cérebro e coração. Se não houver oxigenação em quantidade específica para o funcionamento de cada órgão a lesão deste torna-se iminente. Em resposta ao aumento da

sobrecarga vascular periférica e outras modificações no organismo, o coração do hipertenso desenvolve hipertrofia miocárdica.

A prevalência de hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE), nos estudos envolvendo hipertensos, é estimada em 20% a 50%, aumentando com a idade, sendo diretamente relacionada aos níveis pressóricos. Já o acidente vascular encefálico relaciona-se ainda mais com a hipertensão, pois aumenta proporcionalmente ao aumento da pressão arterial. Redução dos níveis tensionais em, no mínimo 5 mmHg já é capaz de reduzir o evento em 34%. Ainda há o risco de lesão de arteríola, glomérulos e túbulos renais, provocada pela hipertensão. Neste caso o exame de microalbuminúria mostra-se como forte preditor de lesão neste órgão^{49,50,51}.

Em estudo com hipertensos Stamm *et al.*⁵² verificaram que 13,7% apresentaram microalbuminúria. Destes, 76,2% tinha lesão em órgãos-alvo, predominantemente lesão cardíaca (48,4%).

Uma vez diagnosticadas, as lesões em órgãos-alvo são difíceis de serem tratadas e elevam sobremaneira a mortalidade. A medida casual é o método mais utilizado na assistência ao hipertenso, entretanto, a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) são melhores preditores das alterações provocadas pela doença, já que possibilitam várias medidas. As Diretrizes Brasileiras da MAPA e MRPA⁶⁰ também recomendam a MRPA, ratificando que esta apresenta melhor correlação com lesão em órgãos-alvo e prognóstico de eventos cardiovasculares que as medidas de consultório, sendo melhor aceita pelos pacientes e com menor custo que a MAPA.

1.2 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO E A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

Embora a medida da pressão arterial seja a única maneira de se diagnosticar a hipertensão, não há consenso sobre a melhor forma de avaliá-la. Há diversas possibilidades para isso, indo desde uma simples medida em consultório, durante visitas médicas, medidas fora dos serviços

de saúde, medidas em casa e até mesmo durante as atividades diárias das pessoas. A medida da pressão arterial pode ser realizada pelo método direto e indireto. Através da cateterização de uma artéria, ligada a um transdutor, é possível registrar continuamente a pressão pelo método direto. Já pelo método indireto pode-se utilizar a técnica auscultatória ou a técnica oscilométrica de maneira contínua, intermitente e casual. Atualmente também é possível, indiretamente, usar a técnica de fotopletismografia para medida da pressão. Trata-se da colocação de um dispositivo no dedo, semelhante a um manguito, utilizando o princípio de Peñaz, “clampeamento de volume”, para o registro da medida da pressão arterial batimento-a-batimento⁵³.

A medida casual da pressão arterial, por método indireto com técnica auscultatória, é a técnica mais utilizada para diagnóstico da hipertensão na prática clínica, realizada pelos profissionais de saúde com o uso de esfigmomanômetros de coluna de mercúrio, aneróide ou aparelhos automáticos, em ambiente de saúde, seja na atenção básica, consultórios ou em outros locais institucionalizados. Todavia, isto vem sendo questionado nos últimos anos.

Vários fatores podem contribuir para erros na medida da pressão arterial, sejam relacionados ao equipamento, paciente, observador, técnica propriamente dita e local. Dentre as possibilidades de erros, ressaltam-se a influência do observador e do local onde a medida é realizada, tendo em vista a possibilidade do fenômeno do avental branco⁵⁴.

1.2.1 Fenômeno do avental branco

Os fenômenos relacionados à hipertensão arterial são conhecidos como:

- Efeito do avental branco;
- Hipertensão do avental branco; e
- Hipertensão mascarada.

O efeito do avental do avental branco é definido como a diferença entre a medida da pressão no consultório e a medida realizada fora desse ambiente, seja pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou pela monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), podendo ocorrer tanto em normotensos quanto em hipertensos. Quando há diferença maior que 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na pressão diastólica, considera-se significativo o efeito do avental branco⁶⁰.

Estudo realizado por Pierin *et al.*⁵⁵, em Unidades Básicas de Saúde comparando a média de quatro dias de medida residencial e a medida realizada pela enfermeira, mostrou que a diferença na pressão diastólica pela medida residencial foi significativamente menor que a registrada pela enfermeira, caracterizando o efeito do avental branco.

Colósimo *et al.*²⁴⁵ verificaram a mesma situação, porém, mostraram que a enfermeira exerceu efeito do avental branco pouco significativo nos hipertensos por ter efetuado intervenções educativas prévias junto a eles. Possivelmente um vínculo afetivo tenha sido estabelecido favorecendo a minimização do efeito, assim como ocorreu neste estudo onde a pesquisadora conhecia boa parte dos participantes e com eles tinha relacionamento social interativo. A prevalência do efeito do avental branco encontrado no estudo foi de 33,3% na sistólica e 23,8% na diastólica. Silva *et al.*²⁴² analisando 71 hipertensos, encontraram efeito do avental branco de 57,7% na pressão sistólica e 32,4% na pressão diastólica.

Com o objetivo de avaliar a diferença entre os valores obtidos com a medida em casa e no consultório, estudo⁵⁶ com 367 hipertensos mostrou que o efeito do avental branco foi prevalente entre 31% e 35% dos participantes. As orientações quanto à realização da medida da pressão em casa não só contribuiu para obtenção de resultados mais precisos como também favoreceu o envolvimento dos pacientes no seu autocuidado melhorando o controle da pressão.

Villeneuve *et al.*⁵⁷ também obtiveram percentual semelhante na avaliação de 144 hipertensos. O efeito do avental branco foi encontrado em 32% dos pacientes. Pequena diferença foi observada no estudo de Garcia-

Donaire *et al.*⁵⁸ com hipertensos atendidos em uma unidade de hipertensão (32,1%). No mesmo estudo foi avaliado outro grupo de normotensos e hipertensos que frequentavam consultas especializadas em cardiologia, nefrologia e endocrinologia observando prevalência do efeito do avental branco em 27,7% dos participantes.

Avaliando 193 hipertensos idosos Bookstaver *et al.*⁵⁹ verificaram prevalência de efeito do avental branco, pela MAPA, em 98% na pressão sistólica e 76% na pressão diastólica.

Outro fenômeno que vem sendo estudado é a hipertensão do avental branco, caracterizada pela presença de valores compatíveis com hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg) na medida de consultório e valores normais de pressão pela MAPA de vigília ($\leq 130/85$ mmHg) ou pela MRPA ($\leq 130/85$ mmHg)⁶⁰.

Manios *et al.*⁶¹ em estudo com 2004 indivíduos, identificaram 28,1% de hipertensão do avental branco e 5,2% de hipertensão mascarada associados ao sexo feminino, idade acima de 50 anos e fumantes. Segre *et al.*⁶², em nosso meio, verificaram prevalência de normotensão do avental branco (hipertensão mascarada) em 12%, hipertensão do avental branco em 20% e efeito do avental branco em 27% dos indivíduos.

Pesquisadores⁶³ da Liga de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo avaliaram a prevalência da hipertensão do avental branco, o efeito do avental branco e compararam as medidas da pressão arterial realizadas pelo paciente, médico, enfermeira e de rotina no consultório com a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). Os resultados mostraram prevalência de hipertensão do avental branco de 22%, independente do observador. As medidas realizadas pelo médico foram significativamente maiores que as medidas realizadas pelos outros observadores, tanto pela MAPA quanto pela MRPA. Os autores concluíram que a elevação da pressão arterial pela medida de consultório pode ser amenizada com a medida feita pela enfermeira ou pelo próprio paciente. Além disso, entendem que a medida

residencial não substituiu a MAPA, mas que pode ser uma ferramenta para evitar a interferência do observador e ambiente no consultório. A prevalência do efeito do avental branco foi de 35% a 40% para as pressões sistólica e diastólica, respectivamente, sendo mais frequente em mulheres e não brancos.

Mais recentemente vem recebendo atenção fenômeno oposto à hipertensão do avental branco: a normotensão do avental branco ou hipertensão mascarada, que se caracteriza por níveis tensionais persistentemente normais no consultório ($<140/90$ mmHg) e valores anormais pela MAPA na vigília ou MRPA ($>130/85$ mmHg)^{60,64}. Os níveis pressóricos que determinam essas diferentes definições são apresentados no quadro 5. Ainda são poucos os estudos nacionais que tenham avaliado a prevalência da hipertensão, hipertensão mascarada e hipertensão do avental branco, entretanto, as Diretrizes Brasileiras apontam entre 8% e 48% a prevalência da hipertensão mascarada.

Quadro 5 - Valores de pressão arterial no consultório, MAPA e MRPA que caracterizam hipertensão do avental branco, efeito do avental branco e hipertensão mascarada.

	Consultório	MAPA Vigília	AMPA	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	$< 140/90$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$
Hipertensão	$\geq 140/90$	$> 130/85$	$> 130/85$	$> 130/85$
Hipertensão do avental branco	$\geq 140/90$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$	$\leq 130/85$
Hipertensão mascarada	$< 140/90$	$> 130/85$	$> 130/85$	$> 130/85$

Fonte: V Diretrizes da MAPA / III Diretrizes da MRPA, 2011⁶⁰.

Com o surgimento dos fenômenos ligados à hipertensão arterial tornou-se necessário que o diagnóstico da doença fosse mais apurado para que o tratamento alcançasse seus objetivos.

1.2.2 Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA)

A monitorização residencial é obtida com três medidas da pressão arterial pela manhã e à noite, por método indireto, por cinco dias. Durante o período de vigília o procedimento pode ser realizado pelo próprio paciente ou pessoa devidamente treinada. O local pode ser a casa ou escritório utilizando aparelho automático validado. Através de várias medidas, obtidas de forma sistemática, é possível confirmar o diagnóstico e permitir um melhor seguimento da hipertensão. Recomenda-se considerar anormais na MRPA a média de pressão arterial ≥ 130 mmHg para sistólica e/ou ≥ 85 mmHg para diastólica, embora esses valores não sejam assim considerados universalmente. A MRPA “não deve ser confundida com a Automedida da Pressão Arterial (AMPA), que é registro não sistematizado e realizado a pedido do médico ou por decisão do próprio paciente”. A MRPA pode ser utilizada para a observação do comportamento da pressão durante o dia, para avaliação do prognóstico de pacientes hipertensos e para avaliação da eficácia da terapêutica anti-hipertensiva⁶⁰.

Estudos^{65,66} têm apontado que a medida da pressão arterial, realizada em consultório, apresenta valores mais elevados do que a registrada por Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA), que permite avaliação dos níveis tensionais por 24h enquanto o indivíduo realiza suas atividades habituais, no período de vigília e sono, e pela monitorização residencial da pressão (MRPA).

A monitorização residencial da pressão arterial é um método alternativo, melhor do que a medida de consultório e tão boa quanto a monitorização ambulatorial da pressão arterial na avaliação de risco cardiovascular da população geral e de hipertensos^{67,68}.

O estudo Ohasama⁶⁹ foi um dos primeiros que demonstrou a importância da monitorização residencial no prognóstico e lesão em órgãos-alvo em indivíduos que apresentavam hipertensão do avental branco, indicando que esse método de avaliação da pressão foi melhor preditor para doenças cardiovasculares do que a medida da pressão do consultório.

Diversas sociedades de hipertensão^{4,70,71,72} no mundo recomendam o uso da MRPA. A Diretriz nacional de hipertensão, além de recomendar, coloca em seu fluxograma de atendimento do hipertenso a utilização desta estratégia como ferramenta importante no diagnóstico e acompanhamento desta população¹⁴.

Figura 1 - Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Considerando-se os baixos índices de controle da hipertensão, o uso da MRPA torna-se uma aliada na luta para se alcançar maior envolvimento do hipertenso com a sua doença e com isso maior controle.

Estudo⁷³ realizado durante um ano, com 430 hipertensos, divididos em dois grupos (um foi acompanhado pela medida de consultório e o outro pela automedida) evidenciou que o grupo que utilizou a automedida da

pressão reduziu significativamente o número de anti-hipertensivos. Os autores concluíram que a automedida favorece a redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos e com isso melhora a adesão do paciente ao tratamento.

Metanálise⁷⁴ feita com 25 estudos que empregaram a automedida como ferramenta de adesão e controle da pressão, mostrou que os valores da pressão diminuem significativamente com o uso da automedida quando comparado ao acompanhamento usual.

Em nosso meio, estudo⁷⁵ comparou a medida residencial com os registros de consultório e correlacionou o índice de massa de ventrículo esquerdo com medida residencial e medida de consultório. Os resultados mostraram que a medida residencial da pressão apresentou melhor correlação com lesão em órgãos-alvo do que a medida da pressão de consultório. Outra investigação⁷⁶ que comparou a medida de pressão arterial realizada em casa pelo médico, enfermeira e paciente com a medida de pressão arterial de consultório, MAPA e medida residencial, mostrou que a medida que mais se aproximou com a MRPA e a MAPA foi a medida realizada pelo paciente e a medida residencial e a MAPA apresentaram melhor valor prognóstico em relação às medidas realizadas em consultório. Comparando-se a MRPA e a medida de consultório destacam-se a possibilidade de se realizar maior número de medidas fora do ambiente do consultório e a boa aceitabilidade do método.

As vantagens da monitorização residencial da pressão arterial são maiores que as suas limitações, conforme podem ser observadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Vantagens e limitações da monitorização residencial da pressão arterial⁶⁰.

MRPA
VANTAGENS
Número grande de medidas por vários dias e em diferentes momentos, fora do consultório e sem reação de alarme à presença do profissional de saúde.
Boa reprodutibilidade
Bom valor prognóstico
Baixo custo
Boa aceitação pelos pacientes, inclusive entre os idosos e muito idosos
Valor educacional, pelo envolvimento do paciente no manejo da hipertensão arterial
Possibilidade de registro dos dados, impresso ou em mídia eletrônica, e de teletransmissão dos valores de PA
Potencial melhora da adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Potencial melhora nas taxas de controle da hipertensão arterial
LIMITAÇÕES
Possibilidade de erros na obtenção das medidas
Indução de ansiedade no paciente
Risco de auto-ajustes no tratamento
Pacientes com arritmias, obesos e crianças
Pontos de corte de normalidade e metas a serem alcançados com o tratamento ainda não plenamente definidos
Exame não consta do rol de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do sistema de saúde suplementar

Em detrimento das limitações, a MRPA torna-se mais apropriada que a medida casual para o acompanhamento de pacientes hipertensos por ter baixo custo e propiciar medidas repetidas, permitindo diagnóstico seguro. Quando se correlaciona a MRPA e a medida de consultório, a MRPA é melhor preditora de eventos cardiovasculares, podendo assim evidenciar mais acentuadamente o risco de mortalidade por doença cardiovascular. Neste caso torna-se ferramenta importante na avaliação prognóstica⁷⁷.

Estudo⁷⁸ realizado no ambulatório de um Hospital de Ensino na cidade de São Paulo mostrou benefícios na utilização da MRPA, inclusive na comparação com a MAPA, sobre o controle da pressão dos hipertensos. Destaca-se que os valores de pressão obtidos pela MRPA foram menores que os da MAPA e ambos menores que os de consultório, ratificando os

achados na literatura que apontam a pressão arterial de consultório maior do que a obtida pela MRPA e MAPA.

Para que se consigam medidas precisas e fidedignas, os aparelhos de medida de pressão automáticos, utilizados na prática clínica, devem ser validados por entidades que utilizam protocolos acreditados internacionalmente e ser periodicamente calibrados. O manguito deve ser adequado ao tamanho do braço, além de um computador e *software* para colocação dos dados, leitura e emissão de relatório. Sugere-se entre 14 e 30 medidas (período de cinco a sete dias) para possibilitar o cálculo da média⁶⁰.

Quadro 7 - Orientações ao paciente para MRPA⁶⁰.

Efetuar as medidas antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum e do jantar, ou após duas horas.
Manguito colocado no braço ao nível do coração e sem garroteamento por roupas apertadas.
Pelo menos cinco minutos de repouso, sem estar de bexiga cheia, 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.
Posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima e sem movimentação durante as medidas.
Permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas, não falar e realizar as medidas com intervalos de um minuto.

A realização da MRPA deve obedecer a protocolo próprio. O primeiro dia deve ser utilizado para fornecer todas as informações ao paciente durante a entrega do aparelho. Os valores de pressão obtidos na noite do primeiro dia servem para avaliar a reação de alarme e devem ser excluídos da média geral. Nos dias subsequentes as medidas devem ser feitas seguindo as orientações, efetuando-se três medidas pela manhã e a noite (mínimo duas medidas) sendo estes valores usados para o cálculo da média e análise da MRPA. O total de medidas deverá ser de 24, para os que realizaram a MRPA por sete dias ou 16 medidas para os que mediram durante quatro dias.

Neste estudo as medidas foram realizadas em cinco dias. Um dia a parte foi utilizado para orientações quanto ao procedimento e manuseio do aparelho.

1.3 ADESÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO

Ainda há falta de consenso na definição de adesão. Gusmão *et al.*⁷⁹ entendem que o termo adesão, aderência, em português; *compliance* e *adherence*, em inglês, tem um amplo significado e, por isso, pode ser definido e interpretado de diferentes maneiras. O termo adesão abrange mais do que somente obedecer à prescrição médica, pois se relacionam inclusive com aspectos socioeconômicos do indivíduo, sua percepção da doença e sua relação com as instituições de saúde.

Pierin *et al.*⁸⁰ indicam o uso da expressão adesão ao tratamento por entenderem que é a terminologia mais apropriada, referindo-se ao grau de cumprimento de todas as medidas terapêuticas indicadas com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais, no que diz respeito à hipertensão arterial. Fuchs *et al.*⁸¹ ressaltam a diferença entre os termos *compliance* e *adherence*. O primeiro termo aplica-se aos pacientes que seguem as instruções do médico (ou obediência participativa), e o segundo, aplica-se quando o paciente concorda com as recomendações médicas e as feitas por outros profissionais de saúde, supostamente, conhecendo as alternativas terapêuticas para seu tratamento e tendo participado da escolha deste.

Para a Organização Mundial da Saúde

[...] adesão é a extensão a qual o comportamento do paciente coincide com a recomendação médica ou aconselhamento por outros profissionais de saúde, seja seguindo a prescrição medicamentosa ou às recomendações sobre dieta, mudança de hábitos de vida e frequência de consultas [...] (*World Health Organization*, 2003)⁸².

Pode-se destacar que uma das principais dificuldades em tornar os pacientes aderentes ao tratamento é o fato da doença ser assintomática e suas complicações não serem, na maioria das vezes, imediatas, mas sim a longo prazo. Geralmente o que se observa no acompanhamento de hipertensos é que por não sentirem nada muitos não veem a necessidade de dar continuidade ao tratamento medicamentoso. Em alguns casos também aparecem os efeitos colaterais dos medicamentos que acabam favorecendo

a interrupção do tratamento, uma vez que os pacientes passam a ter sensações desagradáveis que não tinham antes. Somam-se ainda as crenças de saúde, falta de informação correta, hábitos e estilos de vida peculiares.

De acordo com Sanchez *et al.*⁸³ convencer um paciente muitas vezes assintomático de que ele é doente, especialmente quando isto implica mudanças no estilo de vida ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre, é um objetivo dificilmente alcançado. Os profissionais não podem subestimar as dificuldades encontradas na adoção de medidas que alterem substantivamente os hábitos de vida dos pacientes.

Para o controle da pressão arterial a adesão ao tratamento é imprescindível. Pierin *et al.*⁸⁰ afirmam que os indivíduos aderentes são aqueles que seguem todo o tratamento proposto. O extremo dessa atitude seria aquele indivíduo que começa o tratamento, mas interrompe, ou seja, abandonam o tratamento. Além desses dois tipos de paciente existem aqueles que, embora não sigam o tratamento, mantêm-se frequentes às consultas médicas. Estes são chamados de “persistentes”.

Dentre as várias estratégias usadas como motivadoras da adesão está a medida da pressão em casa realizada pelo próprio paciente. Estudo⁸⁴ mostrou que os hipertensos que utilizaram a monitorização residencial da pressão (MRPA) foram mais aderentes ao tratamento quando comparados com hipertensos que não fizeram uso da referida medida. Depois de 12 meses de acompanhamento o estudo revelou que os pacientes orientados quanto a mudanças no estilo de vida e que usaram a MRPA, reduziram o uso de medicamentos anti-hipertensivos. Outro estudo⁸⁵, com 269 hipertensos, durante seis meses, que utilizou a MRPA, mostrou que antes das intervenções todos os pacientes tinham pressão arterial acima de 143/85 mmHg. Ao final do estudo, após uso da MRPA, evidenciou-se queda significativa na pressão sistólica.

Estudo⁸⁶ utilizando a MRPA com 106 hipertensos, durante 12 meses, mostrou diminuição significativa da pressão após as intervenções. Os valores da pressão arterial que estavam acima de 135/85 mmHg em todos

os participantes no início do estudo, diminuíram significativamente ao final dele, além de se observar a redução no número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados. Os autores concluíram que o uso da medida residencial da pressão arterial pode melhorar as taxas de controle da pressão em longo prazo, reduzindo custos e os inconvenientes relacionados ao tratamento da pressão.

No Brasil, estudo recente⁸⁷ cujo objetivo foi determinar o efeito do uso isolado da MRPA no controle da pressão comparando-o com os resultados da MAPA, mostrou que a MRPA é segura e favorece o controle da pressão. Além disso, os autores entendem que a MRPA isolada poderia ser incorporada às estratégias que visam melhorar o controle da hipertensão em indivíduos em tratamento medicamentoso, sendo que o ajuste das drogas anti-hipertensivas seria baseado na MAPA ou na medida de consultório. Sendo a hipertensão uma doença de difícil controle, todas as medidas auxiliares que beneficiem e favoreçam a adesão devem ser empregadas com competência e responsabilidade para que se promova o engajamento do hipertenso no seu autocuidado.

A falta de controle da pressão, associada ao surgimento das complicações da doença, eleva consideravelmente o índice de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, compromete a vida laborativa e social dos hipertensos, além de aumentar os gastos públicos com a saúde.

Para o controle da pressão é necessário a implementação de tratamento não medicamentoso e, em boa parte das vezes, medicamentoso. O uso de diferentes terapêuticas, aplicadas de acordo com cada caso, pode ser efetivo no controle dos níveis pressóricos. Entretanto, o uso de medicamentos sem mudança na alimentação, prática de exercícios físicos regulares e outras alterações no estilo de vida são menos eficazes na manutenção do controle da pressão arterial¹⁴.

Embora se conheçam os benefícios do controle da pressão, observados na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares mediante o uso de medicamentos anti-hipertensivos, ainda é baixo o número

de pacientes que alcançam o objetivo terapêutico⁸⁸. Estudos^{40,83,89} têm mostrado que apenas cerca de um terço dos hipertensos estão com a pressão controlada. Vários são os medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão, porém, junto a qualquer uma das combinações ou mesmo da monoterapia, as mudanças no estilo de vida são sugeridas a todos os pacientes.

Quanto ao tratamento não medicamentoso, as orientações preconizadas pelas VI Diretrizes de Hipertensão incluem as medidas listadas a seguir.

- 1 - Controle de peso: “A redução do peso está relacionada à queda da insulinemia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático”⁹⁰ e com isso à redução dos níveis de pressão.
- 2 - Padrão alimentar: Recomenda-se o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e seus derivados, dieta com menos quantidade de gorduras saturadas e colesterol, maior consumo de fibras, cálcio, magnésio e potássio, além de associar ao menor consumo de sal. Estudos mostraram também que uma dieta vegetariana associada a exercícios físicos pode reduzir os riscos cardiovasculares e reduzir os níveis de pressão em hipertensos leves^{91, 92}.
- 3 - Redução no consumo de sal: A redução de sal, mesmo em pequenas quantidades, beneficia a redução da pressão arterial e menor prevalência de eventos cardiovasculares, além de outros efeitos.
- 4 - Moderação no consumo de bebida alcoólica: recomenda-se redução no consumo de bebida alcoólica tanto para homens quanto para mulheres¹⁴. De acordo com Moreira *et al.*⁹³ “apesar das dúvidas sobre o efeito de baixas quantidades de álcool sobre a pressão arterial, o hábito de consumir dois a três drinques por dia é, inequivocamente, o limiar para elevação da PA”. Estudos^{94,95} apontam associação positiva entre a ingestão de bebidas alcoólicas, a elevação da pressão arterial e o aumento no risco de acidente vascular. A bebida alcoólica pode também

atenuar o efeito dos medicamentos anti-hipertensivos e aumentar a resistência à insulina.

- 5 - Exercício físico: A prática regular de exercício físico é recomendada a todos os hipertensos, inclusive aos que usam anti-hipertensivos, por reduzir a pressão sistólica e diastólica, além de reduzir doença coronariana, acidente vascular cerebral e mortalidade em geral. Evidentemente a prática dos exercícios deve ser precedida de exame médico a fim de que o hipertenso seja orientado adequadamente quanto ao tipo de exercício e ajustes na medicação, se for necessário.
- 6 - Abandono do tabagismo: Aconselha-se o abandono do tabagismo como medida preventiva dos eventos cardiovasculares ligados à hipertensão arterial. De acordo com Klein *et al.*⁹⁶ o tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos; a nicotina provoca aumento da frequência cardíaca, por induzir elevação das catecolaminas, além de aumentar a resistência periférica e assim elevar a pressão arterial. Sendo assim, “os fumantes têm mais chance de apresentar formas malignas da doença hipertensiva, que acarretam incidência elevada de morte súbita”.
- 7 - Controle do estresse psicoemocional: Além de favorecer a adesão do paciente ao tratamento, o controle do estresse pode contribuir na redução dos níveis da pressão arterial¹⁴.

Cada vez mais estudos^{97,98,99} vêm mostrando a relação entre hábitos, estilos de vida e crenças como fatores que influenciam nos níveis da pressão arterial, indicando que a adoção de um estilo de vida saudável ajuda no controle da pressão arterial.

Com já foi mencionado, a hipertensão arterial como fator de risco cardiovascular tem importância central em inúmeras causas de perda de saúde de indivíduos e populações. Assim, ela tem se constituído em prioridade maior da pesquisa na área da saúde que busca descrever sua prevalência, suas consequências e identificar meios efetivos de prevenção e controle.

Os fatores de risco cardiovasculares foram amplamente estudados pelo mais famoso estudo no gênero, o *Framingham Heart Study*¹⁰⁰ que selecionou 5.209 pessoas com idade entre 30 e 62 anos, acompanhadas a cada dois anos com exames laboratoriais, exercício físico e entrevista. Com esse seguimento foi possível identificar os principais fatores de risco cardiovascular, que foram: sedentarismo, tabagismo, obesidade, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e triglicérides. *Framingham* foi um dos primeiros estudos que mostrou relação entre tabagismo e acidente vascular cerebral. Demonstrou que parar de fumar reduz significativamente o risco de eventos cardiovasculares, já com dois anos de interrupção do uso do cigarro.

Vale ressaltar também que a hipertensão arterial, especialmente associada ao Diabetes Mellitus, pode levar ao comprometimento da função renal. O estudo LIFE¹⁰¹ observou aumento do risco cardiovascular associado ao aumento da excreção urinária de albumina. O referido estudo incluiu 7.143 pacientes hipertensos não diabéticos e 1.063 pacientes hipertensos com diabetes, todos apresentando evidências eletrocardiográficas de hipertrofia ventricular esquerda. Observa-se que tanto o Diabetes Mellitus quanto a hipertensão arterial estão relacionados à hereditariedade e estilo de vida. O controle de ambas pode ser conseguido, especialmente, com mudanças na alimentação e alterações nos hábitos de vida.

Estudo¹⁰² multicêntrico realizado simultaneamente na Finlândia, Itália, Reino Unido, Holanda e Estados Unidos, quantificou as contribuições do peso corporal, inatividade física e fatores ligados à dieta na prevalência da hipertensão arterial. Os pesquisadores concluíram que mudanças no estilo de vida poderiam reduzir substancialmente a pressão arterial em populações ocidentais. Nessa mesma linha, outro estudo¹⁰³ aponta o estilo de vida como um “fator crítico na determinação do nível de pressão arterial nos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações”. Dos 704 participantes, 37,9% eram hipertensos. Nestes foram encontrados: gordura corporal em excesso (56,8% dos participantes tinham IMC > 25, $p < 0,05$), consumo de álcool (53,6% consumiam bebida alcoólica – maiores níveis de pressão foram encontrados entre os que consumiam bebida alcoólica), atividade

física (51,7% praticavam atividade física), tabagismo (19,5% eram fumantes). Os autores concordam que as mudanças no estilo de vida são um modo de reduzir os níveis de pressão arterial e riscos para doenças cardiovasculares. Eles sugerem que medidas educativas sejam implementadas para que se possibilite a construção do conhecimento sobre os riscos, para a população, de elevados níveis de pressão arterial com a finalidade de haver planejamento mais eficaz das intervenções.

1.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL *VERSUS* HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

Atualmente a relação entre a hipertensão e a alimentação, hábitos e estilos de vida estão bem fundamentadas em estudos que apontam a diminuição das mortes por doenças cardiovasculares e câncer quando medidas saudáveis são implementadas.

Em 1999 o governo brasileiro instituiu a política nacional de alimentação e nutrição (PNAN)¹⁰⁴, através da portaria nº 710/99, como parte do programa nacional de saúde, cujo objetivo principal é

“contribuir com o conjunto de políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas e à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população”.

Dados da Organização Pan-americana de Saúde³ indicam que “o consumo de alimentos com altas taxas de gordura saturada e trans, de sal e de açúcar é a causa de ao menos 14 milhões de mortes ou de 40% de todas as mortes anuais por doenças crônicas não transmissíveis”. O governo brasileiro, através do ministro da saúde, assinou recentemente a ampliação do acordo voluntário com associações da indústria para a redução do teor de sódio de alguns alimentos, com a expectativa de retirar do mercado, até 2014, 1.634 toneladas do produto. Essas medidas visam o enfrentamento das doenças crônicas como hipertensão e doenças cardiovasculares no país¹⁰⁵.

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde¹⁰⁶, durante a 57ª Assembléia Mundial de Saúde, lembrou que em 2002 as principais doenças não transmissíveis foram responsáveis por cerca de 60% do total de disfunções (incapacidades, morbidade e mortalidade) com projeção para o ano de 2020 de uma taxa de 73%.

A hipertensão arterial está diretamente ligada a hábitos e estilos de vida insalubres¹⁰⁷. O estudo *Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH*¹⁰⁸ evidenciou que uma alimentação equilibrada com o consumo regular de alimentos saudáveis pode auxiliar no controle da pressão arterial comparando-se aos resultados observados com os tratamentos farmacológicos anti-hipertensivos.

Observa-se que faz parte do estilo de vida de certas comunidades religiosas a abstinência do álcool, fumos, carnes, e estímulo à prática de atividade física. Tais aspectos são apregoados por comunidades evangélicas, o grupo que mais cresceu nos últimos oito anos (20,23%), segundo levantamento da Fundação Getúlio Vargas¹⁰⁹. Portanto, por considerar que estilo de vida saudável pode influenciar a prevalência de hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovasculares nesses grupos, optou-se por realizar tal estudo junto aos Adventistas do Sétimo Dia.

1.5 OS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA E SUAS CRENÇAS

Embora não seja a denominação religiosa evangélica que mais cresce no Brasil ou no mundo, esta é reconhecida mundialmente por suas publicações na área de saúde e engajamento nas ações relacionadas à saúde física, além da espiritual.

Segundo dados da Associação Geral dos Adventistas do Sétimo Dia¹¹⁰, atualmente a taxa de crescimento da igreja Adventista é de quase um milhão de pessoas a cada ano. Desde 2010 a Índia é o país com maior número de Adventistas no mundo (1.468,865 membros batizados). 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 possui cerca de 16 milhões de membros, segundo levantamento da Associação Geral até Junho de 2010.

A igreja Adventista possui diversas frentes de assistência social e projetos comunitários reconhecidos internacionalmente.

Vale destacar que desde 2005 a Igreja Adventista desenvolve um projeto denominado “Vida por Vidas”¹¹¹, premiado em 2006 pela Organização Mundial de Saúde. O referido projeto, iniciado no Brasil, tem por objetivo elevar o número de doadores de sangue e medula óssea e com essa iniciativa já somou mais de 300 mil doadores em oito países da América do Sul.

A Igreja possui também lanchas que atendem às populações ribeirinhas nas regiões carentes do Brasil, além de lares para idosos, núcleos de atenção a crianças carentes, comunidade terapêutica de atendimento a dependentes químicos, albergues, clínicas de terapias naturais, hospitais, dentre outros. Todos os atendimentos comunitários são dirigidos pela Agência para o desenvolvimento de recursos assistenciais (ADRA) que está presente em pelo menos 125 países. A ADRA Brasil é uma organização privada, não governamental e sem fins lucrativos de objetivos assistenciais, beneficentes e filantrópicos.

Em relação à saúde, a crença fundamental dos Adventistas do Sétimo Dia baseia-se no texto Bíblico onde diz que “o corpo humano é a habitação do Espírito Santo de Deus” (I Coríntios 6:19), devendo ser cuidado através de bons hábitos de saúde, uma vez que eles associam a saúde física à saúde espiritual. A referida religião possui um manual¹¹² apresentando suas 28 crenças fundamentais, dentre elas as crenças de saúde. São elas: a 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, em Levíticos capítulo 11. Algumas das observações destes preceitos, bem como a abstinência dos “alimentos imundos” (algumas carnes que nunca devem ser consumidas), são condições para que os indivíduos que queiram, tornem-se membros da Igreja. Estas orientações

são consideradas doutrinas da Igreja, ou norma de conduta do cristão Adventista.

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 cinco 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* (oito volumes) e *Vida no Campo*¹¹³.

Para aqueles que optam pela alimentação vegetariana, a Igreja recomenda a suplementação dos nutrientes perdidos com a abstinência de carnes¹¹⁴. Vale ressaltar que a opção pelo regime vegetariano ou ovolactovegetariano é livre e que os membros da Igreja apenas são abstêmios das carnes consideradas “imundas”. Sendo assim, o comer ou não comer carne não é condição imperativa para fazer parte da Igreja. Para eles “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”¹¹⁵.

Segundo Nakashima *et al.*¹¹⁶ 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.

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

Estudo¹¹⁷ feito com 76 pessoas vegetarianas e onívoras (não vegetarianas) que adotaram alimentação saudável (vegetariana) mostrou níveis de HDL colesterol mais elevados entre os que praticavam a dieta, bem como diminuição significativa ($p < 0,05$) de triglicérides e LDL colesterol. Quanto menor a ingestão de alimentos de origem animal, menores os valores de triglicérides e LDL colesterol. Nessa mesma linha, verificou-se que os vegetarianos apresentaram pressão arterial mais baixa (entre 5 mmHg e 10 mmHg) que os não vegetarianos¹¹⁸ e menor prevalência de hipertensão arterial¹¹⁹. Teixeira *et al.*¹²⁰ num estudo de coorte feito com 201 indivíduos, utilizando o escore de risco cardiovascular de *Framingham*, concluíram que os vegetarianos apresentam riscos cardiovasculares significativamente menores que os onívoros.

Considera-se que além da adoção de hábitos de vida saudáveis para obtenção de melhor saúde e qualidade de vida, as questões espirituais também podem estar envolvidas e podem contribuir para a mudança dos hábitos alimentares dos Adventistas do Sétimo Dia.

Giaquinto e Spiridigliozzi¹²¹ apontam para a importância da religião no enfrentamento de doenças, sugerindo que os médicos devem entender e respeitar as questões religiosas envolvidas no relacionamento médico-paciente. Considerando-se nesse estudo que as mulheres rezavam mais que os homens observou-se que aquelas que rezavam mais vezes tinham melhor controle do ritmo cardiovascular. Os autores colocam que “Uma mente calma reduz o risco de hipertensão e morte”.

Estudo feito por Geleijnse *et al.*¹⁰² mostrou que a dieta e o estilo de vida têm grande efeito sobre a prevalência da hipertensão arterial nas sociedades ocidentais, com diferentes classificações de fatores de risco dentro das populações. Dependendo da população e com o estabelecimento de estratégias efetivas pode haver redução mínima de 40% da prevalência da hipertensão.

Considerando a possibilidade da prevalência da hipertensão arterial ser influenciada pelos aspectos descritos anteriormente em populações específicas, como os evangélicos; pelo papel que a medida residencial

exerce no diagnóstico da doença; e, principalmente pela escassez de estudos desse tipo em nosso meio, a finalidade da presente investigação é identificar os níveis de pressão arterial de pessoas da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Com a adoção deste estilo de vida acredita-se que a prevalência de hipertensão arterial nesta população seja menor e o controle seja maior.

Os Adventistas já foram alvos de estudos internacionais^{122,123}, uma vez que os membros dessa denominação são orientados a incorporar em suas práticas religiosas, hábitos de vida saudáveis.

1.6 OS ESTUDOS SOBRE SAÚDE E OS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA

Desde a década de 60 os Adventistas do Sétimo Dia vêm sendo estudados em função de seu estilo de vida diferenciado de outros grupos religiosos cristãos. Vários destes estudos foram realizados na cidade de Loma Linda, no sul da Califórnia (EUA), onde existe um grande hospital e um centro de estudos que desenvolve pesquisas em saúde. A Universidade de Loma Linda possui mais de 4.000 alunos e mais de 55 programas e cursos profissionais relacionados à saúde, como: odontologia, medicina, enfermagem, farmácia, saúde pública, religião e saúde comportamental, além de cursos de mestrado e doutorado. Estudantes de mais de 80 países, e de praticamente todos os estados do país, estão representadas no corpo discente. Basicamente as investigações científicas com os Adventistas dão ênfase na alimentação e em hábitos de vida, incentivados pela liderança religiosa da Igreja, e foram realizadas pela referida instituição.

Sabidamente cada vez mais estudos^{6,97,99} comprovam a forte ligação entre hábitos e estilos de vida e a pressão arterial, indicando que quando estes são equilibrados há redução da pressão. Há considerável e significativa proteção contra doenças cardiovasculares e cerebrovasculares quando a alimentação é equilibrada e saudável. Além disso, existe o benefício do controle da pressão¹²⁴.

Os primeiros estudos de coorte^{119,125,126,127,128,129} com os Adventistas do Sétimo Dia da Califórnia (EUA) mostraram menores riscos para a maioria dos cânceres, doenças cardiovasculares e diabetes. Além disso, as mulheres e homens viveram, respectivamente, 4,4 anos e 7,3 anos a mais que a população geral da Califórnia¹³⁰, evidenciando também os benefícios da dieta vegetariana, uma vez que o consumo de carne associou-se fortemente com o aumento do risco de câncer do cólon¹²⁷ e doenças coronarianas^{126,131}.

Outro estudo¹³², realizado com Adventistas (160) e não Adventistas (160), também na Califórnia, mostrou valores de colesterol sérico, LDL e HDL significativamente menores nos Adventistas. O risco médio de um ataque cardíaco nos próximos cinco anos nos Adventistas foi de 2,35%, enquanto que para os não Adventistas foi de 3,07% ($p=0,02$).

Quando comparados a pessoas não Adventistas, estudo realizado por Fraser *et al.*¹³⁰ mostrou que a expectativa de vida dos Adventistas aumentou significativamente ao combinar dieta, atividade física, controle do peso e IMC, além da utilização de terapia de reposição hormonal (mulheres).

Análise de estudos¹³³ realizada nos Estados Unidos da América sobre a dieta dos Adventistas do Sétimo Dia, evidenciou 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.

Investigações^{117,118,134,135} feitas entre indivíduos vegetarianos e não vegetarianos mostraram níveis de HDL colesterol mais elevados entre os vegetarianos, bem como diminuição de triglicérides e LDL colesterol, menores valores de pressão arterial e menor prevalência de hipertensão. Os estudos indicam que a dieta vegetariana desempenha papel importante na proteção vascular.

Outro estudo¹³⁶ realizado na República Tcheca, mostrou diminuição significativa nos valores de peso, índice de massa corporal, pressão sistólica e diastólica, colesterol sérico e glicose quando utilizada dieta

ovolactovegetariana com baixos teores de gorduras e calorias, associada à prática de exercícios físicos. Os autores concluíram que estas medidas tiveram impacto positivo na diminuição dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Em outro estudo de coorte¹²² também realizado na Califórnia (EUA) com os Adventistas do Sétimo Dia, verificou-se que além de menores níveis de pressão arterial, os Adventistas apresentaram menores níveis de LDL colesterol, colesterol total e triglicérides. O estudo apontou ainda longevidade maior desse grupo de evangélicos em cerca de 9 a 9,5 anos em relação à expectativa média de vida dos californianos.

Estudos vêm mostrando que o controle da pressão e de outras doenças estão associados não somente às mudanças no hábitos alimentares e demais hábitos de vida, mas também à religiosidade, já que esta tem mostrado importante ligação com a saúde física.

Michaelis¹³⁷ define a religião como “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”.

Panzini *et al.*¹³⁸ destacam que

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.

Estudo¹²¹ realizado com 174 indivíduos voluntários mostrou que é necessário entender as crenças religiosas de pessoas com risco de hipertensão para verificar a autoconfiança e o enfrentamento contra raiva, medo e estresse, fatores estes que podem exercer efeito negativo sobre a saúde.

Steffen *et al.*¹³⁹ avaliando o enfrentamento religioso entre 155 indivíduos, mostraram associação entre o elevado nível de enfrentamento religioso dos afro-americanos com menores valores da pressão no período de vigília e sono. Além de maior nível de enfrentamento religioso, os afro-americanos foram significativamente diferentes dos caucasianos por apresentarem maior satisfação do apoio social, sendo esta associada com menor valor pressórico na vigília. Segundo os autores, pessoas com alto nível de religiosidade geralmente são menos ansiosas e menos deprimidas, possuem maior apoio social e maiores habilidades para lutar contra as dificuldades quando comparadas às pessoas com nível baixo de religiosidade. Há também, por parte dos mais religiosos, redução nos comportamentos negativos que possam prejudicar a saúde, tais como consumo de álcool e fumo. Com isso há diminuição da taxa de mortalidade e morbidade quando comparados às pessoas menos religiosas. Nesta mesma linha¹⁴⁰ outro estudo mostrou que quanto maior o comprometimento religioso, menores os valores de pressão arterial. Considera-se que a diminuição da pressão parece estar diretamente ligada ao envolvimento dos Kuaitianos estudados com a religião e suas atividades.

Para Alves *et al.*¹⁴¹ a religião parece ser um fator psicossocial e um benefício biológico na recuperação de doenças físicas e mentais. Independente dos possíveis mecanismos envolvidos, deve-se incentivar a religiosidade quando esta promove benefícios para a saúde, respeitando-se, contudo, a individualidade das pessoas.

Através dos estudos descritos relacionando a religiosidade com a saúde, nota-se que o envolvimento prático com a religião parece atuar como fator protetor contra doenças cardiovasculares por reduzirem os níveis de estresse, ansiedade e por impelirem hábitos de vida mais saudáveis. Sendo assim, conhecendo os hábitos de vida apregoados pelos Adventistas, considera-se como hipótese que a prevalência de hipertensão arterial seja menor nesta população e que os hipertensos estejam mais controlados quando comparados com população não adventista.

Os aspectos destacados relativos à alta prevalência da hipertensão, controle inadequado da doença, hábitos e estilos de vida identificados e as hipóteses elencadas, serviram de ponto de partida para a realização deste estudo, considerando-se, principalmente, a magnitude da hipertensão arterial, sendo esta uma doença sem fronteiras, e os Adventistas do Sétimo Dia como alvo de inúmeras pesquisas internacionais na área da saúde. Estes aspectos propulsionam o interesse em avaliar a prevalência de hipertensão arterial neste grupo específico no interior do estado de São Paulo, devido à escassez de pesquisas nacionais publicadas abordando este tema nesta população.

2.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Comparar a prevalência da hipertensão arterial em uma comunidade Adventista do Sétimo Dia com uma comunidade não Adventista.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1 - Comparar as variáveis estruturais, psicossociais e antropométricas de uma comunidade de Adventistas do Sétimo Dia com uma comunidade não Adventista, inclusive os hipertensos de ambos os grupos.
- 2 - Comparar o controle da pressão arterial dos hipertensos Adventistas com os hipertensos não Adventistas.
- 3 - Associar a hipertensão arterial com as características biopsicossociais e religiosas entre os Adventistas e os não Adventistas, inclusive os hipertensos de ambos os grupos.
- 4 - Avaliar a prevalência da hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada e efeito do avental branco com o uso da monitorização residencial da pressão arterial nos Adventistas do Sétimo Dia.

3.

Casuística e Método

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo comparativo, exploratório, de campo, transversal e com abordagem quantitativa.

A caracterização dos participantes Adventistas foi feita mediante preenchimento de instrumentos que identificaram os dados biossocioeconômicos, religiosidade, inquérito alimentar, ingestão de bebida alcoólica, apoio social, presença de transtornos mentais comuns não psicóticos, medidas antropométricas, medida casual e residencial da pressão arterial. Os participantes não Adventistas foram caracterizados pelos mesmos instrumentos, exceto a medida residencial da pressão arterial. Foi solicitado o preenchimento de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da USP sob No. 817/2009.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três cidades da região sudoeste do estado de São Paulo (Itapeva, Capão Bonito e Itararé). Optou-se por estas cidades do interior paulista em virtude das dificuldades encontradas no procedimento inicial de coleta de dados na capital do estado; por ser a região onde reside a pesquisadora, além de não existir pesquisa com esta abordagem na região.

Estudo comparativo entre Adventistas, realizado na zona sul da cidade de São Paulo e na cidade de Itapeva, mostrou diferenças significativas entre as duas populações, chamando a atenção para a maior

prevalência de hipertensão arterial entre os membros das Igrejas no interior (27,4% vs 15%)¹⁴².

Os municípios escolhidos para a pesquisa são parte da região considerada como a menos desenvolvida do estado, economicamente (sudoeste paulista)¹⁴³, antigamente conhecida como “ramal da fome”. Nesta região não há pesquisa publicada referente à hipertensão e outras doenças crônicas não transmissíveis. As duas cidades distam de Itapeva 50 Km.

De acordo com o senso do IBGE 2010¹⁴⁴, as cidades pesquisadas possuem as seguintes características:

Quadro 8 - Cidades participantes do estudo, número de Igrejas Adventistas¹¹⁰ e dados populacionais¹⁴⁴.

Cidade	Número de Igrejas Adventistas	População (nº hab.)	Território (Km ²)
Itapeva	3	87.753	1.826,261
Itararé	8	47.934	1.003,581
Capão Bonito	7	46.178	1.640,232

As cidades escolhidas possuem semelhanças culturais e no perfil socioeconômico, com predomínio do plantio do trigo, atividade agropecuária, mineração e áreas de reflorestamento, estando distante da capital paulista em, aproximadamente, 300 km.

Figura 2 - Localização das cidades pesquisadas no Estado de São Paulo.

Fonte: adaptado de <http://www.sp-turismo.com/municipios-sp.htm>

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A Igreja Adventista do Sétimo Dia é dirigida por Pastores e tem uma hierarquia bem organizada. Pode-se observar a organização da Igreja através do esquema a seguir.

Figura 3 - Organização administrativa da Igreja Adventista do Sétimo Dia.

A administração central da Igreja, denominada Conferência Geral, fica localizada nos Estados Unidos da América, em Silver Spring, Maryland. Cada país faz parte de uma divisão, ficando o Brasil localizado na Divisão Sul-americana, com sede em Brasília, DF, Brasil. Os estados do Brasil são, por sua vez, divididos em Uniões. O estado de São Paulo fica localizado na União Central Brasileira, com sede na cidade de Artur Nogueira, SP. As cidades do estado são divididas em Associações. Cada associação é dividida em Distritos que correspondem à divisão dos municípios que compõem cada uma delas.

A Associação Paulista Sudoeste (APSo) é uma das 46 sedes administrativas regionais da Igreja Adventista do Sétimo Dia no Brasil. Localizada na cidade de Sorocaba (SP), a APSo administra uma região que engloba 100 municípios. Estas cidades, cuja população totaliza aproximadamente quatro milhões de habitantes, estão distribuídas em 35 distritos pastorais, totalizando 125 Igrejas e 108 grupos organizados, somando 24.382 membros.

A população do estudo caracterizou-se por indivíduos adultos (≥ 18 anos), membros batizados da Igreja Adventista do Sétimo Dia, frequente em, pelo menos, uma reunião regular das Igrejas dos distritos de Itapeva, Capão Bonito e Itararé. As Igrejas Adventistas possuem três cultos regulares (sábado, domingo e quarta-feira).

3.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

A amostra foi calculada considerando a estimativa da prevalência de hipertensão de 25%, variação de 8%, 5% de erro tipo I e 80% de poder do teste. Com estes parâmetros o tamanho da amostra ficou em 242 indivíduos da Igreja Adventista do Sétimo Dia.

A proposta inicial foi de cada membro Adventista convidasse um vizinho não Adventista, como diferença máxima de idade de três anos (para mais ou para menos), do mesmo sexo e etnia. Sendo assim o total da amostra seria de 484 indivíduos (242 Adventistas e 242 Não Adventistas). Poucos membros Adventistas informaram possuir alguém com as características pedidas e dispostas a participar do estudo o que inviabilizou o pareamento. Os que puderam convidar alguém o fizeram. Para se conseguir a amostra dos não Adventistas foi necessário buscar na comunidade local pessoas que se dispusessem participar do estudo através da assinatura do TCLE. A amostra final do estudo foi composta por 547 pessoas: 304 Adventistas e 243 não Adventistas.

3.4.1 Critérios de Inclusão - Adventistas

- ser adulto maior de 18 anos, sem restrição étnica;
- ser batizado, registrado no rol de membros da Igreja e frequentar pelo menos um culto regular da Igreja;
- saber ler e escrever, e
- assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.2 Critérios de exclusão - Adventistas

- ser portador de deficiência que impossibilite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e
- Gestantes.

3.4.3 Critérios de Inclusão - Não Adventistas

- ser indicado por um participante do adventista ou pertencer à comunidade onde se realizou o estudo;
- não ser ou não ter sido membro da Igreja Adventista;
- saber ler e escrever; e
- assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.4 Critérios de exclusão - Não Adventistas

- ser portador de deficiência que impossibilite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e
- Gestantes.

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

As listas dos membros batizados das Igrejas Adventistas foram obtidas diretamente da sede administrativa das Igrejas (Associação Paulista Sudoeste da Igreja Adventista do Sétimo Dia - APSO), após apresentação do projeto para o presidente da associação. Os nomes dos membros foram colocados no programa Excel e em seguida randomizados por meio de ferramenta de aleatorização disponível no programa.

Após aleatorização a pesquisadora contatou as secretárias das Igrejas que auxiliaram na identificação dos participantes que preenchiam os critérios de inclusão. Os membros das Igrejas foram consultados pessoalmente pela pesquisadora e convidados a participar do estudo.

Embora o convite tenha sido oferecido para cerca de 760 pessoas que atendiam aos critérios de inclusão, 304 aceitaram participar e assinaram o TCLE.

A formação do grupo dos não Adventistas foi obtida de duas maneiras: 1ª) por meio de convite do membro da Igreja Adventista a um vizinho ou amigo não Adventista; 2ª) através do contato direto, porta-a-porta, na comunidade com o auxílio de quatro alunas do curso técnico em enfermagem, devidamente treinadas para o preenchimento dos instrumentos, medidas antropométricas e medida da pressão arterial.

3.6 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Os dados biossocioeconômicos foram coletados mediante questionário, com o uso de ficha de identificação específica, contendo: idade, sexo, estado civil, etnia (referida pelo entrevistado), ocupação, renda individual, escolaridade, antecedentes pessoais e familiares para doenças cardiovasculares, tabagismo e atividade física. O preenchimento da ficha com os dados dos participantes foi feito no salão da Igreja em dia e hora previamente acertados entre as partes (APÊNDICE 2). Em alguns casos, especificamente com os idosos, houve necessidade da pesquisadora obter os dados por meio de entrevista, dada a dificuldade do participante no preenchimento dos instrumentos. O salário mínimo vigente, e considerado por ocasião do estudo, foi de R\$530,00 (quinhentos e trinta reais). A coleta dos dados com o grupo não Adventista aconteceu no próprio domicílio do participante ou no salão de uma escola próxima à comunidade.

A prática religiosa foi investigada com o uso da Escala de religiosidade denominada *Duke Religious Index* – DUREL¹⁴⁵ (ANEXO 1), único instrumento validado em nosso meio para tal investigação. O instrumento consta de cinco questões que avaliam as dimensões da religiosidade que mais se relacionam com o desfecho da saúde. São elas: 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 às atividades religiosas (RO e RNO). Os demais itens referem-se 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 (RI). As pontuações apresentadas neste instrumento, nas três dimensões (RO, RNO e RI), foram analisadas separadamente e os escores não foram somados em um escore total, segundo orientação dos pesquisadores que validaram o instrumento.

Os Hábitos alimentares foram identificados mediante o uso do Questionário de Frequência Alimentar (QFA)¹⁴⁶ (ANEXO 2), que permite avaliar a dieta habitual do indivíduo com a finalidade de “investigar as possíveis associações com desfechos de interesse”, que no caso desse estudo se aplica aos riscos cardiovasculares. O instrumento está em processo de validação. Consta de sete perguntas fechadas, porém, em duas delas (questão dois e cinco) há possibilidade de complementação da resposta de modo aberto, caso a resposta à pergunta anterior seja afirmativa. As respostas foram analisadas mediante o número de vezes que se ingere determinado alimento, conforme mostra o quadro 9. Neste estudo, para se considerar os hábitos alimentares foram utilizados os mesmos indicadores do VIGITEL 2010³⁶ a fim de que fosse possível classificar, de forma mais objetiva, alimentação saudável e não saudável. Para alimentação saudável foram considerados os indicadores: consumo regular de frutas e hortaliças (legumes e verduras) e feijão. A alimentação não saudável foi avaliada pelo consumo de carnes com gordura visível, consumo de leite com teor integral de gordura, consumo frequente de refrigerante e/ou sucos artificiais. Foram verificados os percentuais das variáveis referidas considerando-se:

- a) Consumo regular de frutas e hortaliças: Considerou-se como regular o consumo em cinco ou mais dias da semana, sendo este o consumo recomendado.
- b) Consumo regular de feijão: Indivíduos que referiram consumir feijão cinco ou mais dias na semana.

- c) Consumo de carne com gordura visível: Considerou-se consumo de carne com gordura visível os que responderam “SIM”, no questionário de frequência alimentar, na questão: “Quando o(a) Sr(a) come carne bovina ou suína, o(a) Sr(a) costuma comer a gordura visível?” ou “Quando o(a) Sr(a) come frango ou peru, o(a) Sr(a) costuma comer a pele?”.
- d) Consumo de leite com teor integral de gordura: Considerou-se consumo de leite com teor integral de gordura o assinalamento da alternativa “leite integral” no item relacionado a “Leites e Derivados” no questionário de frequência alimentar, considerando-se frequência mínima de uma vez na semana.
- e) Consumo regular de refrigerante ou suco artificial: número de pessoas que consomem refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais dias por semana, independente da quantidade ou tipo.

Quadro 9 - Legenda de interpretação do questionário de frequência alimentar¹⁴⁶, São Paulo, SP, 2012.

GRUPO DE ALIMENTOS	COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ COSTUMA COMER?		QUAL O TAMANHO DA SUA PORÇÃO EM RELAÇÃO À PORÇÃO MÉDIA?	
	Quantas vezes você come:	Unidade	Porção média (M)	Sua porção
Alimentos e preparações	Número de vezes: 1,2,3,etc. (N=nunca ou raramente comeu no último ano)	D = dia S = Semana M = Mês A = Ano	Porção média de referência	P = menor que a porção média M = igual a porção média G = maior que porção média E = bem maior que a porção média

Outro instrumento utilizado no estudo foi a Escala de Apoio Social validada para nosso meio. Esta escala é a do *Medical Outcomes Study* adaptada ao português pela equipe do estudo Pró-Saúde¹⁴⁷ (ANEXO 3), sendo dividida em cinco dimensões: material (questões 1 a 4), afetiva (questões 5 a 7), emocional (questões 8 a 11), informação (questões 12 a 15) e interação social positiva (questões 16 a 19). As respostas dos entrevistados indicam a frequência com que ele pode contar com alguém se

ele precisar de ajuda para as atividades diárias. Cada resposta, recebe um escore que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre). Após o preenchimento do instrumento somam-se os pontos obtidos em cada pergunta. O total de pontos possíveis variou entre 19 (mínimo) e 95 (máximo). Para este estudo ficou estabelecida a média de 38 pontos. Sendo assim, considera-se baixo apoio social os participantes que obtiverem de 19 a 38 pontos e alto apoio social os que obtiverem de 39 a 95 pontos¹⁴⁸.

Para avaliar o hábito de ingerir bebida alcoólica, foi utilizado o instrumento denominado *Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT* (ANEXO 4). Este teste é composto de dez perguntas, com escore variando de zero a quatro em cada uma das questões, totalizando 40 pontos no máximo. Sua aplicação foi feita oralmente durante a entrevista dos participantes. Em virtude dos Adventistas do Sétimo Dia serem abstinéti de bebidas alcoólicas apenas a primeira questão do instrumento permitiu comparação com os não Adventistas.

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ 20) foi usado com o intuito de avaliar casos suspeitos ou não de transtornos mentais comuns (não psicóticos) – (ANEXO 5). Esse instrumento foi validado no Brasil por Mari JJ em seu estudo realizado em três Centros de Saúde da cidade de São Paulo¹⁴⁹. O 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 16 sobre distúrbios psicoemocionais. O ponto de corte para o sexo masculino foi de cinco (negativo)/ seis (positivo), com uma sensibilidade de 89% e especificidade de 81% e para o sexo feminino, o ponto de corte foi de sete (negativo)/ oito (positivo), com sensibilidade de 89% e especificidade de 77%.

O peso (em kilogramas) foi determinado por meio de 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.

Para a altura (em centímetros) foi utilizada 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). Foi pedido que mantivesse seu corpo ereto olhando para o horizonte. Utilizando-se régua de 30 cm, posicionada no alto da cabeça, foi realizada a leitura da medida da altura.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi feito a partir dos dados anteriormente citados (peso/ altura²) observando-se o que está no protocolo estabelecido na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica¹⁵⁰. A determinação da circunferência abdominal foi efetuada pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, com fita métrica com 1,50 m graduada de 0,5 em 0,5 cm, não distensível, determinando dessa forma a presença de adiposidade abdominal. O limite considerado normal para a circunferência abdominal em homens foi < 102 cm e em mulheres foi < 88 cm.

Quadro 10 - Valores de referência do Índice de Massa Corporal (IMC).

CATEGORIA	IMC
Baixo peso	<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

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2006¹⁵⁰.

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 se questiona ao participante “se algum profissional da saúde informou que ele tinha pressão alta”.

Foi considerada prática regular de atividade física os indivíduos que praticavam pelo menos 30 minutos de atividade física, cinco vezes por semana¹⁴.

3.6.1 Medida da pressão arterial

A medida casual da pressão arterial foi realizada com aparelho automático (OMROM HEM 705CP) validado¹⁵¹, realizada em uma única ocasião, obedecendo aos seguintes passos: no membro superior esquerdo, com o braço apoiado na altura do coração, manguito adequado ao tamanho do braço, não estar com a bexiga cheia, não ter ingerido bebida alcoólica, café, fumo até 30 minutos anteriores, na posição sentada com as pernas descruzadas e estar descansado. Foram efetuadas três medições consecutivas, com intervalo de um (1) minuto entre uma e outra medida e considerada a média das duas últimas medidas. Foi usada as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁴ para classificar a pressão arterial.

A hipertensão foi identificada pela resposta afirmativa à questão “algum profissional da área de saúde já disse que você tem problema de pressão alta?”, correspondente à pergunta número 14 do questionário de identificação (hipertensão referida). Também foram considerados hipertensos os indivíduos que responderam “Sim” na questão descrita acima e que apresentaram pressão arterial maior ou igual que 140 mmHg para sistólica e/ou maior ou igual a 90 mmHg para diastólica.

Quanto ao controle, foi considerado controlado o indivíduo hipertenso que, após três medidas consecutivas, apresentou a média da pressão arterial sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg, considerando-se a média das duas últimas medidas. Os indivíduos hipertensos não controlados foram aqueles que apresentaram valores maiores ou iguais aos citados acima.

A monitorização residencial da pressão arterial foi feita com 253 Adventistas, entre os 304 participantes do estudo, que se dispuseram realizar o procedimento durante cinco dias. O participante foi orientado a

proceder a impressão dos dados e, concomitantemente, a anotação dos valores da pressão em impresso próprio (APÊNDICE 3). Todas as orientações sobre o procedimento foram realizadas seguindo as recomendações da III Diretriz para uso da MRPA⁶⁰ que estabelece: o uso de aparelho automático, validado. Foi utilizado o aparelho da marca OMROM-HEM 705CP, com memória para armazenamento dos dados e impressora acoplada para impressão dos resultados. As orientações específicas para o usuário do aparelho e protocolo para realização da MRPA, que preconizam os passos estão indicadas a seguir:

- 1 - Realização durante cinco dias da semana – Como o treinamento e entrega do aparelho ocorria sempre aos domingos, as medidas foram feitas de segunda e sexta-feira. Durante os cinco dias as medidas da pressão arterial foram efetuadas, pelo menos, três vezes de manhã e três vezes à noite.
- 2 - Medidas realizadas em ambiente tranquilo, com temperatura agradável, sem estar com a bexiga cheia, sem ter praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, sem ter ingerido bebidas alcoólicas no mesmo período, café, alimentos, ou fumado até 30 minutos antes (embora os Adventistas não sejam usuários de cigarro, a informação foi dada), e sem falar durante as medidas; Efetuar as medidas antes da tomada de medicamentos e antes do desjejum e do jantar, ou após duas horas. Efetuar a medida na posição sentada após cinco minutos de repouso, com as costas apoiadas e pernas descruzadas, com intervalo entre as medidas de um (1) minuto. Utilizar sempre o braço esquerdo, apoiado na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e sem movimentação durante as medidas. Colocar o manguito no braço livre de roupas e sem garroteamento por roupas apertadas. Quanto ao critério de normalidade, foi considerado anormal a medida residencial de pressão arterial acima de 130/85 mmHg.

4.

Análise dos Dados

4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta os dados foram armazenados no programa Excel e as análises feitas com auxílio de assessora estatística com uso do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.

As variáveis classificatórias foram apresentadas em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação destas variáveis com os grupos foi avaliada com o teste qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhança ou teste exato de Fisher. A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foram avaliadas com o teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis com distribuição normal foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo média, desvio padrão. As demais variáveis com mediana e intervalo interquartilico¹⁵². As médias das variáveis (MRPA), aferidas em mais de uma condição, foram avaliadas com análise de variância para medidas repetidas onde as três hipóteses básicas foram testadas:

H_{01} : Não há efeito de condição de avaliação, ou seja, os perfis são paralelos ao eixo das abscissas.

Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

5.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir foram divididos em três partes na forma de tabelas e figuras, conforme os objetivos estabelecidos no estudo. Inicialmente, foram colocados os dados descritivos, sucedidos dos valores da média e desvio-padrão quando pertinentes, além de resultados expressos em mediana e intervalo interquartilico.

Na primeira parte, foram apresentados os dados referentes à caracterização geral dos grupos; na segunda parte, os dados referentes aos hipertensos Adventistas e não Adventistas e na terceira parte os resultados da monitorização residencial da pressão arterial e fenômenos do avental branco entre os Adventistas.

5.1 COMPARAÇÃO DOS ADVENTISTAS E NÃO ADVENTISTAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.

Tabela 1 - Características biossocioeconômicas e dos participantes Adventistas e não Adventistas. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

Variáveis	Adventistas (304)		Não Adventistas (243)		Total (547)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,932
Masculino	124	40,8	100	41,2	224	41,0	
Feminino	180	59,2	143	58,8	323	59,0	
Idade (anos)							0,652
Média $\pm$ dp	41,8 $\pm$ 15,6		41,2 $\pm$ 14,7		41,5 $\pm$ 15,2		
Etnia referida							0,776
Branco	255	83,9	206	84,8	461	84,3	
Não branco	49	16,1	37	15,2	86	15,7	
Estado civil							0,041
Sem companheiro	84	27,6	87	35,8	171	31,3	
Com companheiro	220	72,4	156	64,2	376	68,7	
Escolaridade							0,001
Lê e escreve	36	11,9	37	15,3	73	13,4	
1º grau	56	18,4	64	26,6	120	22,0	
2º grau	121	39,8	89	36,9	210	38,5	
Superior	91	29,9	51	21,2	142	26,1	
Grau de Escolaridade							< 0,001
Completo	233	76,6	141	58,0	374	68,4	
Incompleto	71	23,4	102	42,0	173	31,6	
Ocupação							< 0,001
Autônomo	102	33,6	36	14,8	138	25,2	
Do lar	50	16,4	40	16,5	90	16,5	
Aposentado	14	4,6	17	7,0	31	5,7	
Com vínculo empregatício	129	42,4	134	51,1	263	48,1	
Desempregado	9	3,0	16	6,6	25	4,6	
Moradia							0,008
Própria	201	66,1	158	65,0	359	65,6	
Alugada	81	26,6	49	20,2	130	23,8	
Cedida	20	6,6	27	11,1	47	8,6	
Outro	2	0,7	9	3,7	11	2,0	
Responsável pela renda familiar							0,071
Participante	88	28,9	94	38,8	182	33,3	
Cônjuge	68	22,4	52	21,5	120	22,0	
Casal	119	39,1	69	28,5	188	34,4	
Filho	1	0,3	0	0,0	1	0,2	
Não informou	2	0,7	2	0,8	4	0,7	
Outro	26	8,6	25	10,3	51	9,3	
Renda familiar (salários mínimos)							0,132
1 a 3	271	89,1	203	83,5	474	86,7	
4 a 6	31	10,2	36	14,8	67	12,2	
≥ 7	2	0,7	4	1,6	6	1,1	
Renda Individual (salários mínimos)							0,001
< 1	18	5,9	29	11,9	47	8,6	
1 a 3	277	91,1	192	79,0	469	85,7	
4 a 6	9	3,0	20	8,2	29	5,3	
≥ 7	0	0,0	2	0,8	2	0,4	

Os dados da Tabela 1 mostram que os Adventistas e os não Adventistas são semelhantes em relação: a maioria ser do sexo feminino, média de idade de 41,5 anos, etnia branca, o casal como responsável pela renda familiar e renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos. Os Adventistas foram diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas em relação a: estado civil

com companheiro (72,4% vs 64,2%); escolaridade 2º. grau (39,8% vs 36,9%); grau de escolaridade completo (76,6% vs 58%); ocupação autônoma (33,6% vs 14,8%); moradia cedida (6,6% vs 11%); renda individual somadas entre 1 e 3 salários mínimos (91,1% vs 79%).

Tabela 2 - Pressão arterial pela medida casual e medidas antropométricas dos participantes Adventistas e não Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	ADVENTISTAS (n304)	NÃO ADVENTISTAS (n243)	TOTAL(N547)	Valor p
	Média±dp	Média±dp	Média±dp	
PA sistólica (mmHg)	121,57± 18,40	121,39±19,90	121,55±18,75	0,956
PA diastólica (mmHg)	74,01±11,70	75,22±11,60	74,24±11,51	0,088
Índice de Massa corporal (Kg/m ²)	média±dp	média±dp	média±dp	0,004
Homem	25,03±3,09	26,97±4,80	25,88±4,44	0,001
Mulher	26,46±5,09	27,25±5,71	26,81±5,38	0,196
Total	25,88±4,70	27,13±5,30	26,43±5,03	
Valor p		0,004		
Circunferência Abdominal (cm)	média±dp	média±dp	média±dp	0,003
Homem	90,53±11,63	97,19±12,69	93,24±12,48	< 0,001
Mulher	91,57±11,26	93,02±15,05	92,19±13,00	0,333
Total	91,15±11,40	94,65±14,20	92,61±12,07	
Valor p		0,002		

Na Tabela 2 os dados mostram que as médias da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), pela medida casual, não foram diferentes entre os grupos. Observa-se que os não Adventistas apresentaram Índice de Massa Corpórea e circunferência abdominal significativamente maiores ($p<0,05$) entre os homens (26,97±4,80 Kg/m² vs 25,03±3,09 Kg/m² e 97,19±12,69 cm vs 90,53±11,63 cm) enquanto entre as mulheres não houve diferença. Ambos encontraram-se na faixa de sobrepeso. Para a circunferência abdominal o grupo das mulheres encontrou-se com as medidas acima das recomendadas enquanto os homens mantiveram-se dentro do limite.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo hábitos de vida, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012

Variáveis	Adventistas (n 304)		Não Adventistas (n 243)		Total (N547)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de alimentação							<0,001
Vegetariana	12	3,9	2	0,8	14	2,5	
Ovolactovegetariana	49	16,1	0	0,0	49	9,0	
Onívora	243	79,9	241	99,2	484	88,5	
Tem hábito de fumar ?							<0,001
Não, nunca fumou	260	85,5	163	67,4	423	77,4	
Não, parou	44	14,5	43	17,8	87	15,9	
Sim	0	0,0	36	14,9	36	6,7	
Há quanto anos parou de fumar?	Mediana (intervalo interquartilico)						0,007
	14 (6-30)		7 (2-11)				
Pratica atividade física?							<0,001
Sim	143	47,2	62	25,8	205	37,8	
Não, nunca pratiquei.	86	28,4	130	54,2	216	39,8	
Parei	74	24,4	48	20,0	122	22,5	
Tipo de atividade física							0,310
Caminhada	99	69,2	37	54,4	136	64,5	
Esportes	28	19,6	19	27,9	47	22,3	
Ginástica	4	2,8	4	5,9	8	3,8	
Corrida	4	2,8	2	2,9	6	2,8	
Musculação	8	5,6	6	8,8	14	6,6	
Frequência da atividade física							0,588
1-3 dias/semana	91	63,6	37	57,8	128	61,8	
4-6 dias/semana	40	28,0	19	29,7	59	28,5	
Todos os dias	12	8,4	8	12,5	20	9,7	

Os dados da tabela 3 mostram que houve diferença significativa ($p < 0,05$) quanto ao número de vegetarianos e ovolactovegetarianos entre os Adventistas quando comparado aos não Adventistas (20% vs 0,8%). Em relação ao hábito de fumar e ao tempo que parou de fumar os Adventistas mostraram-se estatisticamente diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas por não serem fumantes (0% vs 14,9%) e por referirem ter parado de fumar há mais tempo que os não Adventistas (14 anos vs 7 anos). Quanto a prática de atividades físicas os Adventistas foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) por praticarem mais atividade física (47,2% vs 25,8%).

Tabela 4 - Caracterização dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo a hipertensão arterial pela medida casual e hábitos de verificação do controle, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012

Variáveis	Adventistas (n=304)		Não Adventistas (n=243)		Total (N=547)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Já teve ou tem pressão alta							0,012
Sim, já tive	39	12,8	36	14,8	75	13,7	
Não	221	72,7	149	61,3	370	67,6	
Sim, tenho	30	9,9	46	18,9	76	13,9	
Não sabe informar	14	4,6	12	4,9	26	4,8	
Algum profissional disse que tem hipertensão (hipertensão referida)							< 0,001
Sim	58	19,1	73	30,2	131	24,0	
Não	244	80,3	161	66,5	405	74,2	
Não sabe informar	2	0,7	8	3,3	10	1,8	
Hábito de medir a pressão							0,109
Sim	94	30,9	91	37,4	185	33,8	
Não	210	69,1	152	62,6	362	66,2	
Local onde mede a pressão							0,003
Farmácia	7	7,4	7	7,4	14	7,4	
Casa	24	25,5	42	44,2	66	34,9	
Posto de saúde	45	47,9	42	44,2	87	46,0	
Outro	18	19,1	4	4,2	22	11,6	
Frequência das medidas da pressão							< 0,001
Diariamente	5	5,3	6	5,9	11	5,6	
Semanalmente	18	19,1	29	28,7	47	24,1	
Mensalmente	33	35,1	53	52,5	86	44,1	
Semestralmente	20	21,3	11	10,9	31	15,9	
Anualmente	12	12,8	2	2,0	14	7,2	
Outro	6	6,4	0	0,0	6	3,1	
Sabe quando foi a última vez que mediu a pressão?							0,105
Sim	153	50,3	137	57,3	290	53,4	
Não	151	49,7	102	42,7	253	46,6	
Hipertensão (medida casual)							0,014
Sim	78	25,7	86	35,4	164	30,0	
Não	226	74,3	157	64,6	383	70,0

Figura 4 - Prevalência de hipertensão arterial.

De acordo com os dados da tabela 4, os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) dos não Adventistas quanto a: não ter pressão alta (72,7% vs 61,3%). A maioria informou que nenhum profissional de saúde informou ser ele (participante) portador de hipertensão (74,2%), porém 30,2% dos não Adventistas e 19,1% dos Adventistas referiram ter sido informados, indicando, assim, hipertensão referida ($p<0,05$). Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao local de medida da pressão arterial, sendo que a maior parte dos Adventistas o faz no posto de saúde (47,9%) enquanto que a maior parte dos não Adventistas está dividida entre a medida em casa e no posto de saúde (44,2% e 44,2%). O grupo de Adventistas se diferiu significativamente ($p<0,05$) do grupo não Adventista por medirem com menor frequência a pressão. Em relação à prevalência de hipertensão arterial ($PA\geq 140\text{mmHg}$ e/ou $\geq 90\text{mmHg}$), os Adventistas apresentaram menor prevalência identificada pela medida casual que os não Adventistas (25,7% vs 35,4%, $p<0,05$), embora a maioria não tenha apresentado hipertensão (70%) (Figura 4).

Tabela 5 - Comparação entre os participantes Adventistas e não Adventistas segundo as crenças sobre hipertensão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	Adventistas (n=304)		Não Adventistas (n=243)		Total (N=547)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Acredita que a pressão alta é:							0,235
Tão grave quanto um câncer	88	28,9	57	23,5	145	26,5	
Para toda vida como o diabetes	189	62,2	168	69,1	357	65,3	
Passageira como um resfriado	27	8,9	18	7,4	45	8,2	0,071
Quanto tempo deve durar o tratamento da pressão alta							
Menos de 1 ano	23	7,6	13	5,3	36	6,6	
De 1 a 5 anos	20	6,6	7	2,9	27	4,9	
A vida toda	261	85,9	223	91,8	484	88,5	< 0,001
Acredita que a pressão alta tem cura							
Sim	157	51,6	80	32,9	237	43,3	
Não	147	48,4	163	67,1	310	56,7	0,013
Acredita que a pressão alta pode trazer complicações							
Sim	301	99,0	232	95,5	533	97,4	
Não	0	0,0	3	1,2	3	0,5	
Não sabe	3	1,0	8	3,3	11	2,0	0,019
Tipos de complicações							
Derrame							
Sim	254	84,1	211	90,9	465	87,1	
Não	48	15,9	21	9,1	69	12,9	0,537
Infarto							
Sim	267	88,4	209	90,1	476	89,1	
Não	35	11,6	23	9,9	58	10,9	0,099
Problema renal							
Sim	153	50,7	69	58,0	222	52,7	
Não	149	49,3	50	42,0	199	47,3	

Os resultados mostrados na tabela 5 revelam que a maioria dos participantes (65,3%) acredita que a pressão alta é para a vida toda como o diabetes e que o tratamento deve durar a vida toda (88,5%). Porém, os Adventistas se diferiram significativamente ($p<0,05$) dos não Adventistas por acreditarem que pressão alta tem cura (51,6% vs 32,9%) e por acreditarem que pressão alta possa trazer complicações (99% vs 95,5%). Houve diferença significativa entre os grupos ($p<0,05$) quanto ao derrame ser o tipo de complicação advindo da pressão alta mais referida (não Adventistas 90,9% vs Adventistas 84,1%).

Tabela 6 - Comparação entre os participantes Adventistas e não Adventistas segundo o conhecimento sobre hipertensão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012

Variáveis	Adventistas (n=304)		Não Adventistas (n=242)		Total (N=546)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
O tratamento da pressão alta pode evitar :							
<i>Asma</i>							0,431
Sim	34	11,2	23	9,6	57	10,5	
Não	108	35,5	98	40,8	206	37,9	
<i>Diabetes</i>							0,218
Não sabe	162	53,3	119	49,6	281	51,7	
Sim	91	29,9	76	31,7	167	30,7	
Não	79	26,0	75	31,3	154	28,3	0,024
Não sabe	134	44,1	89	37,1	223	41,0	
<i>Infarto</i>							
Sim	257	84,5	213	88,0	470	86,1	0,601
Não	11	3,6	15	6,2	26	4,8	
Não sabe	36	11,8	14	5,8	50	9,2	
<i>Derrame</i>							0,013
Sim	264	86,8	215	89,6	479	88,1	
Não	7	2,3	5	2,1	12	2,2	
Não sabe	33	10,9	20	8,3	53	9,7	0,146
<i>Problemas renais</i>							
Sim	127	41,8	118	49,2	245	45,0	
Não	36	11,8	40	16,7	76	14,0	0,008
Não sabe	141	46,4	82	34,2	223	41,0	
<i>Impotência sexual</i>							
Sim	102	33,6	69	28,8	171	31,4	0,004
Não	46	15,1	51	21,3	97	17,8	
Não sabe	156	51,3	120	50,0	276	50,7	
Você concorda que							
<i>A prática de exercício físico é importante no controle da pressão</i>							0,008
Sim, concordo	292	96,1	217	89,3	509	93,1	
<i>Se meu pai ou mãe tem pressão alta, posso ter?</i>							0,004
Sim, concordo	182	59,9	174	71,6	356	65,1	
<i>A pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg?</i>							0,003
Sim, concordo	232	76,3	210	86,4	442	80,8	
<i>Pressão alta não tem sintomas?</i>							0,043
Sim, concordo	84	27,6	94	38,7	178	32,5	
<i>Jovens não tem pressão alta?</i>							
Não concordo	257	84,5	189	77,8	446	81,5	0,015
<i>Nada posso fazer para evitar a pressão alta?</i>							
Não concordo	274	90,1	202	83,1	476	87,0	

Em relação ao conhecimento sobre hipertensão arterial (Tabela 6), os participantes não souberam informar se o tratamento da pressão alta pode evitar doenças como asma (51,7%), diabetes (41%) e impotência sexual (50,7%). Os não Adventistas referiram mais que tratar a pressão alta pode evitar infarto (88% vs 84,5%, $p<0,05$) e problemas renais (49,2% vs 41,8%, $p<0,05$) e derrame (89,6% vs 86,8%). Os Adventistas apresentaram diferença significativamente maior ($p<0,05$) quanto a concordar que a prática de exercício físico é importante no controle da pressão (96,1% vs 89,3%). Os não Adventistas apresentaram diferença significativa maior ($p<0,05$) quanto a concordar com a afirmativa: “a pressão é alta quando for maior que 140x90mmHg” (86,4% vs 76,3%) e “se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter” (71,6% vs 59,9%). Os Adventistas demonstraram conhecimento significativamente maior ($p<0,05$) quanto a discordar das afirmativas: “nada posso fazer para evitar a pressão alta” (90,1% vs 83,1%) e “jovens não tem pressão alta” (84,5% vs 77,8%). Na questão “pressão alta não tem sintomas” não houve diferença estatística significativa entre os grupos, embora 32,5% tenha concordado com a afirmativa evidenciando elevado desconhecimento sobre a ausência de sintomatologia da hipertensão.

Tabela 7 - Comparação entre os participantes Adventistas e não Adventistas os segundo antecedentes pessoais e familiares, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	Adventistas (n=304)		Não Adventistas (n=242)		Total (n=546)		Valor p
	n	%	n	%	N	%	
O senhor já teve ou tem:							0,001
<i>Diabetes</i>							
Sim	11	3,6	27	11,2	38	7,0	
Não	293	96,4	215	88,8	508	93,0	
<i>Derrame</i>							0,762
Sim	7	2,3	4	1,7	11	2,0	
Não	297	97,7	238	98,3	535	98,0	
<i>Infarto</i>							0,031
Sim	3	1,0	9	3,7	12	2,2	
Não	301	99,0	233	96,3	534	97,8	
<i>Colesterol alto</i>							0,156
Sim	60	19,7	60	24,8	120	22,0	
Não	244	80,3	182	75,2	426	78,0	
Tem alguém na família com:							
<i>Pressão alta</i>							0,091
Sim	224	73,7	191	78,9	415	76,0	
Não	57	18,8	29	12,0	86	15,8	
Não sabe	23	7,6	22	9,1	45	8,2	
<i>Problema no coração</i>							0,043
Sim	119	39,1	120	49,6	239	43,8	
Não	137	45,1	94	38,8	231	42,3	
Não sabe	48	15,8	28	11,6	76	13,9	
<i>Derrame</i>							0,500
Sim	79	26,0	61	25,2	140	25,4	
Não	189	62,2	144	59,5	333	61,0	
Não sabe	36	11,8	37	15,3	73	13,4	
<i>Diabetes</i>							0,572
Sim	152	50,0	132	54,5	284	52,0	
Não	115	37,8	83	34,3	198	36,3	
Não sabe	37	12,2	27	11,2	64	11,7	

Os dados da tabela 7 mostram que houve diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$) quanto a não ter antecedentes pessoais para diabetes (Adventistas 96,4% vs não Adventistas 88,8%) e infarto (Adventistas 99% vs não Adventistas 96,3%). Os Adventistas foram diferentes ($p < 0,05$) por referirem menos antecedentes familiares com problema no coração (39,1% vs 49,6%). Nas demais variáveis não houve diferença entre os grupos.

Tabela 8 - Comparação entre as participantes Adventistas e Não Adventistas segundo a presença de pressão alta na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	Adventistas (n = 150)		Não Adventistas (n = 112)		TOTAL (N=262)		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Pressão alta na gravidez							0,099
Sim	18	12,0	19	17,0	37	14,1	
Não	128	85,3	85	75,9	213	81,3	
Não sabe	4	2,7	8	7,1	12	4,6	
Menopausa							0,720
Sim	48	26,5	26	28,6	74	27,2	
Não	133	73,5	65	71,4	198	72,8	
Terapia de reposição hormonal							0,057
Sim	8	5,1	8	8,2	16	6,3	
Não	143	91,7	89	91,8	232	91,7	
Parou	5	3,2	0	0,0	5	2,0	

Em relação às variáveis apresentadas na Tabela 8, não houve diferença entre os grupos. O número de mulheres, do total de participantes, foi menor devido ao fato de muitas delas nunca terem engravidado. A maioria referiu não ter tido pressão alta durante a gravidez (81,3%), não estar na menopausa (72,8%) e não ter feito reposição hormonal (91,7%).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo o consumo de bebida alcoólica pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT		Escores das Perguntas									
		0		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 – Com qual frequência o Sr(a) utiliza bebidas com álcool ? *											
		Nunca		≤ 1x/mês		2-4 x/mês		1-3x/semana		≥ 4x/semana	
Adventistas		304	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		126	52,4	47	19,6	45	18,8	18	7,5	4	1,7
* p< 0,001											
2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses o Sr(a). costuma tomar ?											
		1-2 doses		3-4 doses		5- 6 doses		7-9 doses		≥ 10 doses	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		51	44	30	25,9	14	12,1	0	0,0	0	0,0
3 - Com que frequência o Sr(a) toma mais que seis ou mais doses em uma ocasião ?											
		Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		49	42,2	33	28,4	16	13,8	15	12,9	3	2,6
4 - Com que frequência no último ano o Sr(a) se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?											
		Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		102	87,9	7	6,0	2	1,7	2	1,7	3	2,6
5 - Com que frequência no último ano o Sr(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida ?											
		Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		109	93,2	4	3,4	0	0,0	3	2,6	1	0,9
6 – Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o Sr(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?											
		Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		110	94,8	1	0,9	2	1,7	0	0,0	3	2,6
7 – Com que frequência, durante o último ano, o Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?											
		Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		97	83,6	7	6,0	4	3,4	1	0,9	7	6,0
8 – Com que frequência, durante o último ano o Sr(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?											
		Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas		104	89,7	8	6,9	2	1,7	1	0,9	1	0,9
9 – Alguma vez na vida o Sr(a) ou alguma outra pessoa já se machucou ou se prejudicou por causa do Sr(a) ter bebido?											
		Não		sim, + de 1 ano				sim, = 1 ano			
Adventistas		0	0,0	0				0			
Não Adventistas		101	87,1	10				5			
10 – Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o Sr(a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?											
		Não		sim, + de 1 ano				sim, = 1 ano			
Adventistas		0	0,0	0				0			
Não Adventistas		104	89,7	3				9			

Os dados da Tabela 9 mostram que os Adventistas foram significativamente diferentes ($p<0,05$) dos não Adventistas por nunca utilizarem bebida alcoólica (100% vs 52,4%). Não houve comparação entre os grupos nas demais questões do instrumento devido a abstinência dos Adventistas do uso de bebida alcoólica.

Tabela 10 - Caracterização dos Adventistas e não Adventistas em relação a presença de transtornos mentais comuns segundo o *Self-Reporting Questionnaire* – SRQ 20, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012

Variáveis	Adventistas (n=304)		Não Adventista (n=242)		Valor p	
Transtornos mentais comuns	N	%	n	%	0,071	
Não	240	78,9	175	72,3		
Sim	64	21,1	67	27,7		
Total	304	100	242	100		

	Adventistas (n=304)				Não Adventista (n=242)				Valor p
Self-Reporting Questionnaire – SRQ 20	Não (0)		Sim (1)		Não (0)		Sim (1)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nos últimos trinta dias o(a) Sr(a)...									
01- Tem dores de cabeça frequentes?.	223	73,4	81	26,6	156	64,7	85	35,3	0,030
02- Tem falta de apetite?.	279	91,8	25	8,2	201	83,1	41	16,9	0,002
03- Dorme mal?	225	74,0	79	26,0	152	62,8	90	37,2	0,005
04- Assusta-se com facilidade?	226	74,3	78	25,7	169	69,8	73	30,2	0,242
05- Tem tremores de mão?	257	84,5	47	15,5	203	83,9	39	16,1	0,835
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	125	41,1	179	58,9	94	38,8	148	61,2	0,590
07- Tem má digestão?	239	78,6	65	21,4	180	74,4	62	25,6	0,244
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	208	68,4	96	31,6	174	71,9	68	28,1	0,378
09- Tem se sentido triste ultimamente?	204	67,1	100	32,9	153	63,2	89	36,8	0,344
10- Tem chorado mais do que de costume?	261	85,9	43	14,1	192	79,3	50	20,7	0,044
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	239	78,6	65	21,4	177	73,1	65	26,9	0,135
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	208	68,4	96	31,6	169	69,8	73	30,2	0,723
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	268	88,2	36	11,8	193	79,8	49	20,2	0,007
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	281	92,4	23	7,6	204	84,3	38	15,7	0,003
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	262	86,2	42	13,8	189	78,1	53	21,9	0,013
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	287	94,4	17	5,6	216	89,3	26	10,7	0,026
17-Tem tido ideia de acabar com a vida	294	96,7	10	3,3	224	92,6	18	7,4	0,029
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	257	84,5	47	15,5	173	71,5	69	28,5	< 0,001
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	221	72,7	83	27,3	185	76,4	57	23,6	0,319
20- Você se cansa com facilidade?	228	75,0	76	25,0	158	65,3	84	34,7	0,013

* Ponto de corte: Masculino: ≤ 5 (negativo) / ≥ 6 (positivo) e feminino: ≤ 7 (negativo) / ≥ 8 (positivo).

Pelos dados da tabela 10, a maioria dos participantes não apresentaram transtornos mentais comuns (76%), levando-se em conta os pontos de corte para homens e mulheres. Embora não tenha havido significância estatística entre os grupos, quando isoladas as questões, em relação a presença dos transtornos pelo *Self-Reporting Questionnaire* - SRQ 20, os Adventistas apresentaram, significativamente ($p < 0,05$) com menor frequência, os seguintes sintomas: dores de cabeça (26,6% vs 35,5%), falta de apetite (8,2% vs 16,9%), dormir mal (26% vs 37,2%), chorar mais do que o de costume (14,1% vs 20,7%), dificuldade no serviço (11, 8% vs 20,2%),

incapacidade de desempenhar papel útil na vida (7,6% vs 15,7%), perda do interesse pelas coisas (13,8% vs 21,9%), sentir-se uma pessoa inútil (15,6% vs 0,7%), ideia de acabar com a vida (3,3% vs 7,4%), sentir-se cansado o tempo todo (15,5% vs 28,5%).

Tabela 11 - Caracterização dos Adventistas e não Adventistas em relação à presença de transtornos mentais comuns segundo sexo pelo *Self-Reporting Questionnaire* – SRQ 20, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	Adventistas (n=304)				Valor p	Não Adventistas (n=242)				Valor p
	Não		Sim			Não		Sim		
Sexo	n	%	n	%	0,042	n	%	n	%	0,319
Masculino	105	84,7	19	15,3		75	75,8	24	24,2	
Feminino	135	75,0	45	25,0		100	69,9	43	30,1	
Total	240	78.9	64	21.1	0.071	175	72.3	67	27.7	

*Pontos de corte: masculino (≤ 5 = negativo e ≥ 6 = positivo); feminino (≤ 7 = negativo e ≥ 8 = positivo).

Os dados da tabela 11 demonstram predomínio estatisticamente significativo ($p < 0,05$) de mulheres com presença de transtornos mentais comuns não psicóticos entre os Adventistas. Entre os não Adventistas não houve diferença entre homens e mulheres.

Tabela 12 - Caracterização dos Adventistas e não Adventistas de acordo com a Escala de Religiosidade Duke - DUREL, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n=304)		NÃO ADVENTISTAS (n=239)		TOTAL(N=543)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ							
1-Vai a uma Igreja, templo ou encontro religioso?							< 0,001
Mais do que uma vez por semana	222	73,0	48	20,1	270	49,7	
Uma vez por semana	56	18,4	42	17,6	98	18,0	
Duas a três vezes por mês	24	7,9	36	15,1	60	11,0	
Algumas vezes por ano	2	7,0	68	28,5	70	12,9	
Uma vez por ano ou menos	0	0,0	17	7,1	17	3,1	
Nunca	0	0,0	28	11,7	28	5,2	
2-Dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?							< 0,001
Mais do que uma vez por semana	115	37,8	33	14	148	27,5	
Uma vez por semana	149	49,0	112	47,7	261	48,4	
Duas a três vezes por mês	30	9,9	19	8,1	49	9,1	
Algumas vezes por ano	3	1,0	16	6,8	19	3,5	
Uma vez por ano ou menos	7	2,3	49	20,9	56	10,4	
Nunca	0	0,0	6	2,6	6	1,1	
ANOTE O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ							
3-"Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)".							0,019
Totalmente verdade para mim	273	89,8	199	83,3	472	86,9	
Em geral é verdade	28	9,2	29	12,1	57	10,5	
Não estou certo	3	1,0	6	2,5	9	1,7	
Em geral não é verdade	0	0,0	1	0,4	1	0,2	
Não é verdade	0	0,0	4	1,7	4	0,7	
4-"As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver".							< 0,001
Totalmente verdade para mim	241	79,3	145	60,9	386	71,2	
Em geral é verdade	53	17,4	57	23,9	110	20,3	
Não estou certo	6	2,0	16	6,7	22	4,1	
Em geral não é verdade	4	1,3	9	3,8	13	2,4	
Não é verdade	0	0,0	11	4,6	11	2,0	
5-"Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida"							< 0,001
Totalmente verdade para mim	255	84,2	131	54,8	386	71,2	
Em geral é verdade	37	12,2	67	28,0	104	19,2	
Não estou certo	5	1,7	16	6,7	21	3,9	
Em geral não é verdade	2	0,7	11	4,6	13	2,4	
Não é verdade	4	1,3	14	5,9	18	3,3	

Os dados da tabela 12 mostram que em relação à religiosidade organizacional (RO) e não organizacional (RNO), respectivamente, os Adventistas apresentaram diferença significativamente maior ($p < 0,05$) em relação a : frequência à Igreja, templo ou encontro religioso mais do que uma vez por semana (73% vs 20,1%) e dedicar-se às atividades religiosas individuais mais do que uma vez por semana (37,8% vs 14%). Em relação à religiosidade intrínseca (RI), também houve diferença significativamente maior ($p < 0,05$) para o grupo de Adventistas por referirem “ser totalmente verdade” as afirmações: “em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)” (89,8% vs 83,3%); “as minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” (79,3% vs 60,9%) e

“eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida” (84,2% vs 54,8%). Nota-se na questão número 3 de religiosidade intrínseca, que cerca de 16,7% dos não Adventistas contra apenas 1% dos Adventistas não está certo ou não acredita na presença de Deus em sua vida.

Tabela 13a - Distribuição dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios material, afetivo e emocional. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n 304)		NÃO ADVENTISTAS (n 243)		TOTAL(N 547)		VALOR p
Perguntas	N	%	N	%	N	%	
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
DOMÍNIO MATERIAL							< 0,001
1. que o ajude, se ficar de cama?							< 0,001
Nunca	15	4,9	24	9,9	39	7,1	
Raramente	18	5,9	17	7,0	35	6,4	
Às vezes	30	9,9	29	11,9	59	10,8	
Quase sempre	32	10,5	52	21,4	84	15,4	
Sempre	209	68,8	121	49,8	330	60,3	
2. para levá-lo ao médico?							0,068
Nunca	20	6,6	26	10,7	46	8,4	
Raramente	19	6,3	20	8,2	39	7,1	
Às vezes	28	9,2	34	14,0	62	11,3	
Quase sempre	45	14,8	35	14,4	80	14,6	
Sempre	192	63,2	128	52,7	320	58,5	
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias?							0,001
Nunca	13	4,3	27	11,1	40	7,3	
Raramente	25	8,2	16	6,6	41	7,5	
Às vezes	27	8,9	27	11,1	54	9,9	
Quase sempre	48	15,8	56	23,0	104	19,0	
Sempre	191	62,8	117	48,1	308	56,3	
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?							0,001
Nunca	14	4,6	24	9,9	38	6,9	
Raramente	19	6,3	17	7,0	36	6,6	
Às vezes	20	6,6	27	11,1	47	8,6	
Quase sempre	33	10,9	43	17,7	76	13,9	
Sempre	218	71,7	132	54,3	350	64,0	
DOMÍNIO AFETIVO							0,003
5. que demonstre amor e afeto por você?							0,036
Nunca	6	2,0	11	4,5	17	3,1	
Raramente	6	2,0	7	2,9	13	2,4	
Às vezes	16	5,3	21	8,6	37	6,8	
Quase sempre	31	10,2	36	14,8	67	12,2	
Sempre	245	80,6	168	69,1	413	75,5	
6. que lhe dê um abraço?							0,091
Nunca	7	2,3	8	3,3	15	2,7	
Raramente	10	3,3	18	7,4	28	5,1	
Às vezes	22	7,2	22	9,1	44	8,0	
Quase sempre	38	12,5	37	15,2	75	13,7	
Sempre	227	74,7	158	65,0	385	70,4	
7. que você ame e que faça você se sentir querido?							0,036
Nunca	6	2,0	8	3,3	14	2,6	
Raramente	8	2,6	12	4,9	20	3,7	
Às vezes	15	4,9	23	9,5	38	6,9	
Quase sempre	33	10,9	34	14,0	67	12,2	
Sempre	242	79,6	166	68,3	408	74,6	
EMOCIONAL							0,171
8. para ouvi-lo, quando você precisa falar?							0,007
Nunca	4	1,3	16	6,6	20	3,7	
Raramente	14	4,6	18	7,4	32	5,9	
Às vezes	31	10,2	29	11,9	60	11,0	
Quase sempre	58	19,1	40	16,5	98	17,9	
Sempre	197	64,8	140	57,6	337	61,6	
9. em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas?							0,004
Nunca	4	1,3	19	7,8	23	4,2	
Raramente	24	7,9	20	8,2	44	8,0	
Às vezes	33	10,9	29	11,9	62	11,3	
Quase sempre	51	16,8	42	17,3	93	17,0	
Sempre	192	63,2	133	54,7	325	59,4	
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?							0,125
Nunca	16	5,3	21	8,6	37	6,8	
Raramente	21	6,9	29	11,9	50	9,1	
Às vezes	41	13,5	29	11,9	70	12,8	
Quase sempre	49	16,1	34	14,0	83	15,2	
Sempre	177	58,2	130	53,5	307	56,1	
11. que compreenda seus problemas?							< 0,001
Nunca	5	1,6	24	9,9	29	5,3	
Raramente	23	7,6	20	8,2	43	7,9	
Às vezes	43	14,1	33	13,6	76	13,9	
Quase sempre	73	24,0	40	16,5	113	20,7	
Sempre	160	52,6	126	51,9	286	52,3	

Os dados da tabela 13a mostram elevado apoio social em ambos os grupos. O grupo dos Adventistas diferiu significativamente ($p < 0,05$) do grupo dos não Adventista no domínio material e afetivo, respectivamente, quanto a: “sempre contar com alguém” que o ajude se ficar de cama (68,8% vs 49,8%), para ajudá-lo nas tarefas diárias (62,8% vs 48,1%), para preparar suas refeições se não puder prepará-las (71,7% vs 54,3%), que demonstre afeto por você (80,6% vs 69,1%), que você ame e que faça você se sentir querido (79,6% vs 68,3%). Não houve diferença entre os dois grupos no domínio emocional, apesar dos Adventistas terem apresentado significativamente ($p < 0,05$) maior apoio nas seguintes questões desse domínio: “sempre contar com alguém” para ouvi-lo quando você precisa falar (64,8% vs 57,6%), em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas mais íntimos (63,2% vs 54,7%) e que compreenda seus problemas (52,6% vs 51,9%).

Tabela 13b - Distribuição dos participantes Adventistas e não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos domínios informação e interação social positiva. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n 304)		NÃO ADVENTISTAS (n 243)		TOTAL (N 547)		VALOR p
	N	%	N	%	N	%	
Perguntas							
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
DOMÍNIO INFORMAÇÃO							0,070
12. para dar bons conselhos em situações de crise?							0,006
Nunca	5	1,6	19	7,8	24	4,4	
Raramente	19	6,3	21	8,6	40	7,3	
Às vezes	38	12,5	32	13,2	70	12,8	
Quase sempre	59	19,4	38	15,6	97	17,7	
Sempre	183	60,2	133	54,7	316	57,8	
13. para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?							0,065
Nunca	4	1,3	13	5,3	17	3,1	
Raramente	21	6,9	20	8,2	41	7,5	
Às vezes	41	13,5	38	15,6	79	14,4	
Quase sempre	69	22,7	50	50,2	291	53,2	
Sempre	169	55,6	122	50,2	291	53,2	
14. de quem você realmente quer conselhos?							< 0,001
Nunca	4	1,3	17	7,0	21	3,8	
Raramente	19	6,3	31	12,8	50	9,1	
Às vezes	49	16,1	37	15,2	86	15,7	
Quase sempre	67	22,0	35	14,4	102	18,6	
Sempre	165	54,3	123	50,6	288	52,7	
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?							0,007
Nunca	5	1,6	17	7,0	22	4,0	
Raramente	20	6,6	26	10,7	46	8,4	
Às vezes	60	19,7	41	16,9	101	18,5	
Quase sempre	64	21,1	43	17,7	107	19,6	
Sempre	155	51,0	116	47,7	271	49,5	
DOMÍNIO INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA							0,216
16. com quem fazer coisas agradáveis?							0,107
Nunca	6	2,0	10	4,1	16	2,9	
Raramente	13	4,3	15	6,2	28	5,1	
Às vezes	33	10,9	25	10,3	58	10,6	
Quase sempre	54	17,8	58	23,9	112	20,5	
Sempre	198	65,1	135	55,6	333	60,9	
17. com quem distrair a cabeça?							0,464
Nunca	7	2,3	9	3,7	16	2,9	
Raramente	14	4,6	13	5,3	27	4,9	
Às vezes	36	11,8	29	11,9	65	11,9	
Quase sempre	57	18,8	57	23,5	114	20,8	
Sempre	190	62,5	135	55,6	325	59,4	
18. com quem relaxar?							0,852
Nunca	10	3,3	11	4,5	21	3,8	
Raramente	21	6,9	20	8,2	41	7,5	
Às vezes	40	13,2	35	14,4	75	13,7	
Quase sempre	55	18,1	44	18,1	99	18,1	
Sempre	178	58,6	133	54,7	311	56,9	
19. para se divertir junto?							0,014
Nunca	4	1,3	11	4,5	15	2,7	
Raramente	23	7,6	6	2,5	29	5,3	
Às vezes	36	11,8	31	12,8	67	12,2	
Quase sempre	54	17,8	50	20,6	104	19,0	
Sempre	187	61,5	145	59,7	332	60,7	

Os dados da tabela 13b mostram que os grupos foram semelhantes nos domínios informação e interação social positiva, respectivamente, embora os Adventistas tenham apresentado significativamente ($p < 0,05$) maior apoio nas questões: “sempre contar com alguém” para dar bons conselhos em situações de crise (60,2% vs 54,7%), de quem realmente

you want advice (54,3% vs 50,6%), to give suggestions of how to deal with a personal problem (51% vs 47,7%) and to have fun together (61,5% vs 59,7%).

Tabela 14 - Caracterização dos participantes Adventistas e Não Adventistas de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	Adventistas (n =304)		Não Adventistas (n = 243)		Total (N=547)		Valor p
Apoio Social	n	%	n	%	n	%	0,047
Baixo apoio social (<39 pontos)	5	1,6	11	4,5	16	2,9	
Alto apoio social (≥ 39 pontos)	299	98,4	232	95,5	531	97,1	
Domínios	Mediana (intervalo interquartilico)						
Material	19 (16-20)		17 (14-20)				< 0,001
Afetivo	15 (14-15)		15 (12-15)				0,003
Emocional	18 (16-20)		18 (12-20)				0,171
Informação	18 (15-20)		18 (12-20)				0,070
Interação Social Positiva	20 (16-20)		19 (15-20)				0,216
Apoio Social (total)	Mediana (intervalo interquartilico)						
	87(75-95)		83(66-94)				0,006

Figura 5 - Distribuição dos participantes do estudo segundo escala de apoio social.

Os resultados da tabela 14 e figura 5 ratificam o elevado apoio social de ambos os grupos (97,1%). Entretanto, os Adventistas apresentaram significativamente ($p<0,05$) maior percentual de indivíduos com apoio social que os não Adventistas (98,4% vs 95,5%). As medianas e seus quartis mostram variação significativa ($p<0,05$) entre os grupos nos domínios material e afetivo indicando que os Adventistas apresentaram maior escore de apoio social nestes domínios e no escore total (87 pontos vs 83 pontos).

Tabela 15 - Distribuição dos Adventistas e não Adventistas segundo o consumo alimentar baseado no questionário de frequência alimentar (QFA), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	Adventistas (n=304)		Não Adventistas (n=243)		Total (N=547)		Valor p
Alimentos	n	%	n	%	n	%	
Frutas e Hortaliças							<0,001
Não	133	43,8	144	61,0	277	51,3	
Sim	171	56,3	92	39,0	263	48,7	
Feijão							0,361
Não	81	26,6	71	30,2	152	28,2	
Sim	223	73,4	164	69,8	387	71,8	
Leite Integral							0,120
Não	103	33,9	98	40,3	201	36,7	
Sim	201	66,1	145	59,7	343	66,3	
Refrigerante/suco artificial							0,001
Não	101	33,2	47	19,9	148	27,4	
Sim	203	66,8	189	80,1	392	72,6	
Carne com gordura							<0,001
Não	176	72,7	92	39,8	268	56,7	
Sim	66	27,3	139	60,2	205	43,3	
Frequência no consumo de Carnes							<0,001
Nunca	94	30,9	9	3,8	103	19,0	
<1 dia/semana	60	19,7	29	12,2	89	16,5	
1-4 dias/semana	107	35,2	113	47,7	220	40,7	
≥ 5 dias/semana	43	14,1	86	36,3	129	23,8	
Frequência no consumo de Peixe							<0,001
Nunca	129	42,4	61	25,7	190	35,1	
<1 dia/semana	125	41,1	135	57,0	260	48,1	
1-4 dias/semana	41	13,5	38	16,0	79	14,6	
≥ 5 dias/semana	9	3,0	3	1,3	12	2,2	

De acordo com os dados da tabela 15, os Adventistas foram significativamente diferentes ($p<0,05$) dos não Adventistas em relação ao consumo regular de frutas e hortaliças cinco ou mais dias na semana (Adventistas 56,3% vs não Adventistas 39%). Em relação ao consumo de alimentos considerados não saudáveis os Adventistas consumiam significativamente menos ($p<0,05$) refrigerante e/ou suco artificial (33,2% vs

19,9%) e carne juntamente com a gordura visível (27,3% vs 60,2%), além de nunca consumi-la ou consumi-la menos que uma vez por dia/semana (50,6% vs 16%, $p<0,05$). Porém, quanto ao consumo de peixe os Adventistas apresentaram comportamento oposto, 42,4% referiram nunca consumir, enquanto que nos não Adventistas o percentual foi significativamente menor (25,7% $p<0,05$). Em relação ao consumo de leite integral a maioria dos participantes (66,3%) consumia 5 ou mais dias por semana, e de feijão os dois grupos tiveram comportamento similar.

5.2 COMPARAÇÃO DOS HIPERTENSOS ADVENTISTAS E HIPERTENSOS NÃO ADVENTISTAS

Tabela 16 - Comparação dos dados biosocioeconômicos dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

HIPERTENSOS							
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n =78)		NÃO ADVENTISTAS (n =86)		TOTAL (N=164)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Idade (em anos)							0,108
média±dp	53,76±14,2		50,21±13,9		51,90±14,0		
Sexo							0,080
Masculino	25	32,1	39	43,5	64	39,0	
Feminino	53	67,9	47	54,7	100	61,1	
Etnia (referida)							0,786
Branca	65	83,3	783	84,9	138	84,1	
Não branca	13	16,7	13	15,1	26	15,9	
Estado Civil							0,088
Sem companheiro	17	21,8	29	33,7	46	28,0	
Com companheiro	61	78,2	57	66,3	118	72,0	
Escolaridade							0,016
Lê e escreve	10	13,2	19	22,6	29	18,1	
Ensino fundamental	25	32,9	35	41,7	60	37,5	
Ensino médio	28	36,8	13	15,5	41	25,6	
Superior	13	17,1	17	20,2	30	18,8	
Ocupação							0,011
Autônomo	24	30,8	13	15,1	37	22,6	
Do Lar	24	30,8	17	19,8	41	25,0	
Aposentado	9	11,5	12	14,0	21	12,8	
Com vínculo empregatício	20	25,6	43	50,0	63	38,4	
Desempregado	1	1,3	1	1,2	2	1,2	
Responsável pela renda familiar							0,294
Participante	27	34,6	38	44,2	65	39,6	
Cônjuge	28	35,9	21	24,4	49	29,9	
Casal	22	28,2	23	26,7	45	27,4	
Não informou	0	0,0	1	1,2	1	0,6	
Outro	1	1,3	3	3,5	4	2,4	
Renda familiar (salários mínimos)							0,117
1 a 3	72	92,3	71	82,6	143	87,2	
4 a 6	6	7,7	14	16,3	20	12,2	
≥ 7	0	0,0	1	1,2	1	0,6	
Renda Individual (salários mínimos)							0,106
< 1	7	9,0	8	9,3	15	9,1	
1 a 3	69	88,5	69	80,2	138	84,1	
4 a 6	2	2,6	9	10,5	11	6,7	
≥7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Os dados da tabela 16 mostram que a maioria dos hipertensos era do sexo feminino (61,1%), etnia branca (84,1%), com companheiro (72%), com média de idade na faixa de 50 anos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os hipertensos dos dois grupos estudados em relação à ocupação e escolaridade. Os hipertensos Adventistas apresentaram maior nível de escolaridade fundamental/média (69,7% vs 57,2%). Quanto à ocupação, nos não Adventistas predominou aqueles com vínculo empregatício (50% vs 25,6%) e a maior parte dos Adventistas era autônomo e do lar (30,8% e 30,8%).

Tabela 17 - Comparação dos valores pressóricos e antropométricos entre hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n = 78)		NÃO ADVENTISTAS (n = 86)		TOTAL (N=164)		
	Média±dp		Média±dp		Média±dp		
PA sistólica (mmHg)	141,4±18,20		135,2±24,10		138,2±21,70		0,070
PA diastólica (mmHg)	83,5±11,30		82,9±12,90		83,2±12,10		0,760
Índice de Massa corporal (Kg/m²)	n	média±dp	n	média±dp	n	média±dp	
Homem	25	27,06±3,28	38	27,49±4,44	63	27,32±4,00	0,676
Mulher	53	30,16±5,45	46	30,75±6,21	99	30,44±5,79	0,616
Total	29,17±5,05		29,28±5,69		29,22±5,38		
Valor p	0,896						
Circunferência Abdominal (cm)	n	média±dp	n	média±dp	n	média±dp	
Homem	25	96,78±8,33	33	99,63±12,70	58	98,40±11,0	0,334
Mulher	52	99,25±11,10	45	101,1±12,10	97	100,0±11,5	0,461
Total	98,44±10,33		100,42±12,32		99,44±11,38		
Valor p	0,282						

Os resultados da tabela 17 mostram que não houve diferença na média da pressão arterial sistólica e diastólica entre os hipertensos Adventistas e não Adventistas. Ambas as médias encontravam-se na faixa limítrofe de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. O índice de massa corporal e a medida da circunferência abdominal também não mostraram diferença estatística entre os grupos, porém, observa-se que o índice de massa corporal tanto entre os homens quanto entre as mulheres apresentaram-se na faixa de sobrepeso. Também os valores expressos pela medida da circunferência abdominal encontravam-se acima dos recomendados para ambos os sexos.

Tabela 18 - Comparação entre hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo hábitos de vida, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

		HIPERTENSOS						
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n =78)		NÃO ADVENTISTAS (n =86)		TOTAL (N=164)		Valor p	
	N	%	N	%	N	%		
Tipo de alimentação							<0,001	
Vegetariana	1	1,3	0	0,0	1	0,6		
Ovolactovegetariana	14	17,9	0	0,0	14	8,5		
Onívora	63	80,8	86	100	149	90,9		
Tabagismo							<0,001	
Não, nunca fumei	65	83,3	57	66,3	122	74,4		
Não, parei	13	16,7	16	18,6	29	17,7		
Sim	0	0,0	13	15,1	13	7,9		
Pratica atividade física?							<0,001	
Sim	38	49,4	16	18,8	54	33,3		
Não, nunca pratiquei	25	32,5	51	60,0	76	46,9		
Não, parei	14	18,2	18	21,2	32	19,8		
Tipo de atividade física							0,621	
Caminhada	33	86,8	18	90,0	51	87,9		
Esportes	3	7,9	2	10,0	5	8,6		
Ginástica	1	2,6	0	0,0	1	1,7		
Musculação	1	2,6	0	0,0	1	1,7		
Frequência							0,784	
1-3 vezes/semana	21	55,3	10	55,6	31	55,4		
4-6 vezes/semana	11	28,9	4	22,2	15	26,8		
Todos os dias	6	15,8	4	22,2	10	17,9		

De acordo com os dados da tabela 18, o grupo de hipertensos Adventistas diferiu-se estatisticamente ($p < 0,05$) dos não Adventistas por possuir um maior número de indivíduos vegetarianos e ovolactovegetarianos (19,2% vs 0%), por praticar atividade física (49,4% vs 18,8%) e ausência de tabagismo (0% vs 15,1%).

Tabela 19 - Comparação entre hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas quanto à hipertensão arterial e o hábitos relacionados ao controle da pressão, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n = 78)		NÃO ADVENTISTAS (n = 86)		TOTAL (N= 164)		
	N	%	N	%	N	%	
Já teve ou tem pressão alta							0,177
Sim, já tive	28	35,9	27	31,4	55	33,5	
Não	19	24,4	12	14,0	31	18,9	
Sim, tenho	30	38,5	44	51,2	74	45,1	
Não sabe informar	1	1,3	3	3,5	4	2,4	
Algum profissional disse que tem hipertensão?							0,034
Sim	58	74,4	73	84,3	131	79,9	
Não	20	25,6	11	12,8	31	18,9	
Não sabe	0	0,0	2	2,3	2	1,2	
Qual profissional?							0,117
Médico	52	89,7	63	87,5	115	88,5	
Enfermeiro	4	6,9	9	12,5	13	10,0	
Farmacêutico	2	3,4	0	0,0	2	1,5	
Hábito de medir a pressão							0,346
Sim	41	52,6	52	60,5	93	56,7	
Não	37	47,4	34	39,5	71	43,3	
Onde mede a pressão arterial?							0,418
Farmácia	4	9,8	3	5,5	7	7,3	
Em casa	12	29,3	24	43,6	36	37,5	
Posto de saúde	23	56,1	27	49,1	50	52,1	
Outro	2	4,9	1	1,8	3	3,1	
Frequência em que mede a pressão arterial							0,224
Diariamente	4	9,8	6	10,0	10	9,9	
Semanalmente	13	31,7	19	31,7	32	31,7	
Mensalmente	15	36,6	31	51,7	46	45,5	
Semestralmente	6	14,6	3	5,0	9	8,9	
Anualmente	3	7,3	1	1,7	4	4	
Faz acompanhamento da pressão?							0,569
Sim	33	60,0	43	66,2	76	63,3	
Não	22	40,0	22	33,8	44	36,7	
Local onde faz o acompanhamento							0,103
Serviço público de saúde	21	70,0	37	88,1	58	80,6	
Médico particular	8	26,7	5	11,9	13	18,1	
Farmácia	1	3,3	0	0,0	1	1,4	
Sabe quando foi a ultima vez que verificou a pressão?							0,858
Sim	59	75,6	63	74,1	122	74,8	
Não	19	24,4	22	25,9	41	25,2	
Sabe qual foi o último valor da pressão arterial?							0,849
Sim	61	78,2	66	79,5	127	78,9	
Não	17	21,8	17	20,5	34	21,1	
Como descobriu que tinha pressão alta?							0,197
Sentiu-se mal	24	44,4	29	47,5	53	46,1	
Campanha de medida da pressão	2	37,0	1	1,6	3	2,6	
Farmácia	4	7,4	0	0,0	4	3,5	
Exame médico de rotina	20	37,0	26	42,6	46	40,0	
Exame admissional	0	0,0	2	3,3	2	1,7	
Outro	4	7,4	3	4,9	7	6,1	
Toma remédio para pressão alta?							0,037
Sim	35	58,3	51	66,2	86	62,8	
Não	23	38,3	17	22,1	40	29,2	
Não sabe informar	3	3,3	9	11,7	11	8,0	
Tratou da pressão alta anteriormente?							0,576
Sim	35	59,3	42	65,6	77	62,6	
Não	24	40,7	22	34,4	46	37,4	

Observa-se, através dos dados da tabela 19, que os grupos foram semelhantes na maioria das variáveis. Nota-se que 78,6% dos hipertensos relataram que já tiveram ou que têm pressão alta e que 62,6% já trataram anteriormente. Quando perguntados sobre terem sido informados por algum

profissional da saúde se tinham pressão alta, 84,3% dos não Adventistas responderam que foram informados enquanto entre os Adventistas este número foi de 74,4%, ($p < 0,05$). Destaca-se que mais de 25% dos hipertensos Adventistas não foram informados sobre a doença. O profissional mais referido foi o médico (88,5%). A maioria também referiu ter o hábito de medir a pressão (56,7%), sendo o posto de saúde (52,1%) o local mais utilizado pelos hipertensos, com frequência mensal (45,5%), além de fazer acompanhamento da pressão no serviço público de saúde (80,6%). A maioria dos hipertensos soube informar qual foi a última vez que verificou a pressão (74,8%) e qual foi o último valor pressórico (78,9%). Em relação ao descobrimento da hipertensão, 46,1% tomaram conhecimento após sentirem-se mal e 40% durante exame médico de rotina. Os Adventistas mostraram-se significativamente diferentes dos não Adventistas ($p < 0,05$), pois referiram usar menos medicamento anti-hipertensivo (58,3% vs 66,2%). Destaca-se que mais de 30% dos hipertensos não Adventistas e 40% dos hipertensos Adventistas não tomam medicamento para o controle da pressão ou não sabem informar sobre seu uso.

Tabela 20 - Comparação entre hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo as crenças sobre a doença, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n 78)		NÃO ADVENTISTAS (n 86)		TOTAL (N164)		
	N	%	N	%	N	%	
Acredita que a pressão alta é							0,681
Tão grave como o câncer	25	32,1	26	30,2	51	31,1	
Para toda vida como o diabetes	46	59,0	55	64,0	101	61,6	
Passageira como um resfriado	7	9,0	5	5,8	12	7,3	0,594
Quanto tempo deve durar o tratamento da pressão alta							
Menos de 1 ano	6	7,7	5	5,8	11	6,7	
De 1 a 5 anos	5	6,4	3	3,5	8	4,9	0,002
A vida toda	67	85,9	78	90,7	145	88,4	
Acredita que pressão alta tem cura							
Sim	45	57,7	28	32,6	73	44,5	0,141
Não	33	42,3	58	67,4	91	55,5	
Acredita que a pressão alta pode trazer complicações							
Sim	78	100	83	96,5	161	98,2	0,141
Não	0	0,0	1	1,2	1	0,6	
Não sabe	0	0,0	2	2,3	2	1,2	
Tipos de complicações							
Derrame							0,359
Sim	71	91,0	79	95,2	150	93,2	
Não	7	9,0	4	4,8	11	6,8	
Infarto							0,296
Sim	68	87,2	77	92,8	145	90,1	
Não	10	12,8	6	7,2	16	9,9	
Problema renal							0,027
Sim	40	51,3	35	71,4	75	59,1	
Não	38	48,7	14	28,6	52	40,9	

Na tabela 20 os dados mostram que a maioria dos hipertensos acredita que a hipertensão é pra toda vida como o diabetes (61,6%) e que o tratamento da pressão deve durar a vida toda (88,4%). Entretanto, os hipertensos se diferiram ($p < 0,05$) dos não Adventistas quanto a acreditar que a pressão alta tem cura, mais frequente nos hipertensos Adventistas (57,7% vs 32,6%). A maioria dos hipertensos de ambos os grupos acredita que a pressão alta pode trazer complicações (98,2%) tais como: derrame (93,2%) e infarto (90,1%). Quanto aos problemas renais advindos da hipertensão, Adventistas demonstraram significativamente ($p < 0,05$) menos conhecimento a respeito desta complicação (51,3% vs 71,4%).

Tabela 21 - Comparação entre hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo o conhecimento sobre hipertensão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n78)		NÃO ADVENTISTAS (n86)		TOTAL (N164)		
	N	%	N	%	N	%	
TRATAMENTO DA PRESSÃO ALTA PODE EVITAR...							
Diabetes							0,134
Sim	26	33,3	27	31,8	53	32,5	
Não	18	23,1	31	36,5	49	30,1	
Não sabe	34	43,6	27	31,8	61	37,4	0,052
Infarto							
Sim	65	83,3	79	91,9	144	87,8	
Não	4	5,1	5	5,8	9	5,5	0,272
Não sabe	9	11,5	2	2,3	11	6,7	
Derrame							
Sim	69	88,5	80	94,1	149	91,4	0,152
Não	3	3,8	3	3,5	6	3,7	
Não sabe	6	7,7	2	2,4	8	4,9	
Problemas renais							0,164
Sim	42	53,8	57	67,1	99	60,7	
Não	8	10,3	9	10,6	17	10,4	
Não sabe	28	35,9	19	22,4	47	28,8	0,164
Impotência sexual							
Sim	37	47,4	28	32,9	65	39,9	
Não	10	12,8	15	17,6	25	15,3	0,108
Não sabe	31	39,7	42	49,4	73	44,8	
VOCÊ CONCORDA QUE...							
Praticar exercícios é importante no controle da pressão arterial							0,841
Sim	76	97,4	77	89,5	153	93,3	
Não	1	1,3	4	4,7	5	3	
Não sabe	1	1,3	5	5,8	6	3,7	0,010
Nada posso fazer para evitar a pressão alta. Concorda?							
Sim	15	19,2	15	17,4	30	18,3	
Não	63	80,8	71	82,6	134	81,7	0,545
Se meu pai ou mãe tem pressão alta, posso ter. Concorda?							
Sim	52	66,7	73	84,9	125	76,2	
Não	26	33,3	13	15,1	39	23,8	0,532
Jovens não tem pressão alta. Concorda?							
Sim	23	29,5	25	29,1	48	29,3	
Não	55	70,5	61	70,9	116	70,7	0,148
Pressão alta não tem sintomas. Concorda?							
Sim	33	42,3	41	47,7	74	45,1	
Não	45	57,7	45	52,3	90	54,9	0,148
A pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg. Concorda?							
Sim	61	78,2	75	87,2	136	82,9	
Não	17	21,8	11	12,8	28	17,1	

Em relação ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, os dados da tabela 21 mostram que a maior parte dos hipertensos não sabe se o tratamento pode evitar diabetes (37,4%) e impotência sexual (44,8%), porém a maioria afirma que o mesmo pode evitar o infarto (87,8%), derrame (91,4%) e problemas renais (60,7%). Os hipertensos concordaram que a prática de exercícios físicos é importante no controle da pressão arterial (93,3%), que a pressão é alta quando for maior que 140/90mmHg (82,9%); porém discordam das afirmativas: nada posso fazer para evitar a pressão alta (81,7%), jovens não tem pressão alta (70,7%) e que pressão alta não tem sintomas (54,9%). Quanto a afirmativa “se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter”, os não Adventistas concordaram mais que os Adventistas (84,9% vs 66,7%, $p<0,05$).

Tabela 22 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo antecedentes pessoais e familiares, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

		HIPERTENSOS						
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n 78)		NÃO ADVENTISTAS (n86)		TOTAL (N=164)		Valor p	
	N	%	N	%	N	%		
VOCÊ TEVE OU TEM...								
Diabetes							0,031	
Sim	7	9,0	19	22,1	26	15,9		
Não	71	91,0	67	77,9	138	84,1		
Derrame							0,887	
Sim	4	5,1	4	4,7	8	4,9		
Não	74	94,9	82	95,3	156	95,1		
Infarto							0,120	
Sim	1	1,3	6	7,0	7	4,3		
Não	77	98,7	80	93,0	157	95,7		
Colesterol alto							0,343	
Sim	35	44,9	32	37,2	67	40,9		
Não	43	55,1	54	62,8	97	59,1		
TEM ALGUÉM NA FAMÍLIA COM...								
Pressão alta							0,181	
Sim	62	79,5	77	89,5	139	84,8		
Não	12	15,4	6	7,0	18	11,0		
Não Sabe	4	5,1	3	3,5	7	4,3		
Problema de coração							0,142	
Sim	33	42,3	49	57,0	82	50,0		
Não	34	43,6	30	34,9	64	39,0		
Não Sabe	11	14,1	7	8,1	18	11,0		
Derrame cerebral							0,550	
Sim	27	34,6	23	26,7	50	30,5		
Não	42	53,8	52	60,5	94	57,3		
Não sabe	9	11,5	11	12,8	20	12,2		
Diabetes							0,298	
Sim	38	48,7	52	60,5	90	54,9		
Não	32	41,0	26	30,2	58	35,4		
Não sabe	8	10,3	8	9,3	16	9,8		

Na tabela 22, os dados de antecedentes pessoais revelam que a maioria dos hipertensos afirma não ter tido derrame (95,1%), nem infarto (95,7%), nem colesterol alto (59,1%). Os Adventistas referiram significativamente menos ($p < 0,05$) ter diabetes (9% vs 22,1%). Em relação aos antecedentes familiares, os grupos foram semelhantes, sendo que 84,8% dos hipertensos disseram ter alguém na família com pressão alta, 50% com problema no coração, 30,5% com derrame cerebral e 54,9% com diabetes.

Tabela 23 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo a interrupção do tratamento e os motivos, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

HIPERTENSOS							Valor p
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n 54)		NÃO ADVENTISTAS (n 59)		TOTAL (N 113)		
	N	%	N	%	N	%	
Interrompeu o tratamento da pressão							0,124
Sim	26	48,1	20	33,9	46	40,7	
Não	28	51,9	39	66,1	67	59,3	
MOTIVOS							
Por esquecimento							<0,001
sim	2	11,8	7	87,5	9	36,0	
não	15	88,2	1	12,5	16	64,0	
Deve tomar o remédio só quando se sente mal							0,027
sim	7	36,8	6	85,7	13	50,0	
não	12	63,2	1	14,3	13	50,0	
Não sentir necessidade de se tratar							0,003
sim	6	30,0	10	83,3	16	50,0	
não	14	70,0	2	16,7	16	50,0	
Achar que está curado							0,008
sim	3	16,7	5	71,4	8	32,0	
não	15	83,3	2	28,6	17	68,0	
Não ser orientado sobre a necessidade de tomar os remédios							0,042
sim	3	15,8	3	60,0	6	25,0	
não	16	84,2	2	40,0	18	75,0	
Remédios serem caros							0,035
sim	3	15,0	3	60,0	6	24,0	
não	17	85,0	2	40,0	19	76,0	
Acreditar que hipertensão não é tão grave							0,019
sim	2	11,1	3	60,0	5	21,7	
não	16	88,9	2	40,0	18	78,3	
Parou para fazer algum exame							0,144
sim	1	5,9	1	33,3	2	10,0	
não	16	94,1	2	66,7	18	90,0	
Falta de distribuição gratuita							0,846
sim	9	39,1	1	33,3	10	38,5	
não	14	60,9	2	66,7	16	61,5	
Ter que tomar várias vezes ao dia							0,060
sim	5	25,0	4	66,7	9	34,6	
não	15	75,0	2	33,3	17	65,4	
Não sentir nada							0,357
sim	16	66,7	9	81,8	25	71,4	
Não	8	33,3	2	18,2	10	28,6	

De acordo com os resultados da tabela 23, a maioria dos hipertensos (59,3%) referiu não ter interrompido o tratamento, porém, vale destacar que mais de 40% referiu ter interrompido o tratamento anti-hipertensivo. Entre aqueles que interromperam o tratamento, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre Adventistas e não Adventistas, respectivamente, quanto aos seguintes motivos: não sentir necessidade de se tratar (30% vs 83,3% Adventistas), remédios caros (15% vs 60%), achar que está curado (16,7% vs 71,4%), achar que hipertensão não é tão grave (11,1% vs não 60%), deve tomar o remédio só quando se sente mal (36,8% vs 85,7%), não ter sido orientado sobre a necessidade de tomar o remédio (11,8% vs 87,5%).

Tabela 24 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo a falta à consulta médica e motivos, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n56)		NÃO ADVENTISTAS (n63)		TOTAL (N119)		
	N	%	N	%	N	%	
Já faltou alguma vez à consulta médica?							0,597
Sim	24	42,9	24	38,1	48	40,3	
Não	32	57,1	39	61,9	71	59,7	
MOTIVOS*							
Não viu necessidade de se tratar							0,009
Sim	2	15,4	4	80,0	6	33,3	
Não	11	84,6	1	20,0	12	66,7	
Horário de atendimento							0,022
Sim	1	8,3	3	60,0	4	23,5	
Não	11	91,7	2	40,0	13	76,5	
Não gostou do médico							0,025
Sim	0	0,0	2	40,0	2	12,5	
Não	11	100	3	60,0	14	87,5	
Não faltar ao trabalho							0,001
Sim	1	8,3	8	80,0	9	40,9	
Não	11	91,7	2	20,0	13	59,1	

* Os participantes podiam assinalar mais de uma alternativa.

De acordo com os dados da tabela 24 percebe-se que, apesar da maioria dos participantes ter relatado que não faltou nenhuma vez à consulta médica (59,7%), chama a atenção que 42,9% dos Adventistas e 38,1% dos não Adventistas faltaram. Dentre os que faltaram, houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre Adventistas e não Adventistas, respectivamente, quanto aos motivos: não sentir necessidade de se tratar (15,4% vs 80%),

não faltar ao trabalho (8,3% vs 80%), horário de atendimento (8,3% vs 60%) e não gostou do médico (0% vs 40%).

Tabela 25 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas quanto ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n 55)		NÃO ADVENTISTAS (n 63)		TOTAL (N118)		
	N	%	N	%	N	%	
SABE QUE O TRATAMENTO DA PRESSÃO ALTA INCLUI...							
Parar de fumar							0,565
Sim	51	92,7	60	95,2	111	94,1	
Não	4	7,3	3	4,8	7	5,9	
Reduzir peso							0,599
Sim	53	93,0	60	95,2	113	94,2	
Não	4	7,0	3	4,8	7	5,8	
Praticar exercícios							0,904
Sim	54	93,1	59	93,7	113	93,4	
Não	4	6,9	4	6,3	8	6,6	
Reduzir ingestão de álcool							0,351
Sim	50	90,9	60	95,2	110	93,2	
Não	5	9,1	3	4,8	8	6,8	
Reduzir sal da alimentação							0,344
Sim	56	100	62	98,4	118	99,2	
Não	0	0,0	1	1,6	1	0,8	
Reduzir “stress”							0,121
Sim	56	98,2	58	92,1	114	95,0	
Não	1	1,8	5	7,9	6	5,0	
Usa outros tratamentos para pressão alta							0,008
Sim	29	51,8	16	27,3	45	39,5	
Não	27	48,2	42	72,4	69	60,5	
QUAIS							
Homeopatia							0,493
Sim	1	4,5	0	0,0	1	3,1	
Não	21	95,5	10	100	31	96,9	
Remédios caseiros, chás							0,128
Sim	21	70,0	7	46,7	28	62,2	
Não	9	30,0	8	53,3	17	37,8	
Oração/Reza							0,561
Sim	21	75,0	10	66,7	31	72,1	
Não	7	25,0	5	33,3	12	27,9	
Meditação							0,174
Sim	10	41,7	2	18,2	12	34,3	
Não	14	58,3	9	81,8	23	65,7	

Observa-se pelos resultados apresentados na tabela 25 que a maioria expressiva dos hipertensos de ambos os grupos sabia que o tratamento da pressão alta inclui parar de fumar (94,1%), reduzir peso (94,2%), praticar exercícios (93,4%), reduzir ingestão de álcool (93,2%), reduzir o sal da alimentação (99,2%) e reduzir stress (95%). Os Adventistas foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas por usarem outros tratamentos para a pressão alta (51,8% vs 27,3%). Em relação aos

tipos de tratamentos alternativos, os grupos não foram diferentes, sendo os mais citados oração/reza, chás e remédios caseiros.

Tabela 26 - Caracterização dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo a atitude frente ao tratamento anti-hipertensivo, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n = 40)		NÃO ADVENTISTAS (n = 58)		TOTAL (N=98)		
	N	%	N	%	N	%	
Esquece de tomar os remédios							0,412
Nunca	17	42,5	32	55,2	49	50,0	
Às vezes	19	47,5	20	34,5	39	39,8	
Sempre	4	10,0	6	10,3	10	10,2	
Toma os remédios sempre no mesmo horário							0,298
Nunca	4	10,3	12	20,3	16	16,3	
Às vezes	11	28,2	11	18,6	22	22,4	
Sempre	24	61,5	36	61,0	60	61,2	
Leva os remédios quando viaja							0,051
Nunca	0	0,0	7	11,9	7	7,1	
Às vezes	3	7,5	7	11,9	10	10,1	
Sempre	37	92,5	45	76,3	82	82,8	
Providencia remédios antes que acabem							0,254
Nunca	1	2,5	6	10,2	7	7,1	
Às vezes	5	12,5	10	16,9	15	15,2	
Sempre	34	85	43	72,9	77	77,8	
Toma remédio quando a pressão está controlada							0,391
Nunca	8	20,5	8	13,6	16	16,3	
Às vezes	7	17,9	7	11,9	14	14,3	
Sempre	24	61,5	44	74,6	68	69,4	
Deixa de tomar remédio por conta própria							0,014
Nunca	19	50,0	42	71,2	61	62,9	
Às vezes	15	39,5	8	13,6	23	23,7	
Sempre	4	10,5	9	15,3	13	13,4	
Falta à consulta médica							0,635
Nunca	25	64,1	39	66,1	64	65,3	
Às vezes	11	28,2	18	30,5	29	29,6	
Sempre	3	7,7	2	3,4	5	5,1	
Chega atrasado à consulta							0,678
Nunca	36	92,3	53	89,8	89	90,8	
Às vezes	3	7,7	6	10,2	9	9,2	
Segue as orientações sobre a dieta							0,068
Nunca	2	5,0	13	22,0	15	15,2	
Às vezes	23	57,5	28	47,5	51	51,5	
Sempre	15	37,5	18	30,5	33	33,3	

Em relação à conduta pessoal dos hipertensos frente ao tratamento anti-hipertensivo, de acordo com os dados da tabela 26, nota-se que a maioria referiu tomar os remédios sempre no mesmo horário (61,2%), sempre levar os remédios quando viaja (82,8%), sempre os providenciar antes que acabe (77,8%), sempre tomar mesmo com a pressão controlada (69,4), nunca faltar às consultas médicas (65,3%), nunca chegar atrasado às consultas (65,3%) e as vezes seguir as orientação sobre a dieta (51,5%) e

nunca esquecer de tomar os remédios (50%). Vale destacar que quase a metade dos hipertensos de ambos os grupos às vezes, ou até mesmo sempre, esquecem de tomar os remédios. Houve diferença ($p < 0,05$) entre os grupos quanto a nunca deixar de tomar remédio por conta própria, fato menos referido pelos Adventistas (50% vs 71,2%). .

Tabela 27 - Comparação entre as hipertensas Adventistas e hipertensas não Adventistas em relação à hipertensão na gestação, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

HIPERTENSAS							Valor p
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n=52)		NÃO ADVENTISTAS (n=38)		TOTAL (N=90)		
	N	%	N	%	N	%	
Teve pressão alta na gravidez							0,608
Sim	13	25,0	13	34,2	26	28,9	
Não	35	67,3	23	60,5	58	64,4	
Não sabe	4	7,7	2	5,3	6	6,7	0,831
Menopausa							
Sim	28	52,8	20	55,6	48	53,9	
Não	25	47,2	16	44,4	41	46,1	0,094
Terapia de reposição hormonal							
Sim	5	9,8	5	13,2	10	11,2	
Não	42	82,4	33	86,8	75	84,3	
Parou	4	7,8	0	0,0	4	4,5	

Não houve diferença entre as mulheres hipertensas Adventistas e não Adventistas de acordo com os dados da tabela 27. Os resultados mostram que a maioria não teve pressão alta na gravidez (64,4%), 53,9% está na menopausa e 84,3% não fez terapia de reposição hormonal.

Tabela 28 - Comparação dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo o consumo de bebida alcoólica pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

<i>Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT</i>			<u>Escores das Perguntas</u>									
			0		1		2		3		4	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 – Com qual frequência o Sr(a) utiliza bebidas com álcool ?*												
			Nunca		≤ 1x/mês		2-4 x/mês		1-3x/semana		≥ 4x/semana	
Adventistas	78	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	51	60,7	12	20,2	7	8,3	6	7,1	3	3,6		
* p < 0,001												
2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses o Sr(a) costuma tomar ?												
			1-2 doses		3-4 doses		5- 6 doses		7-9 doses		≥ 10 doses	
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	15	44,1	8	23,5	3	8,8	2	5,9	6	17,6		
3 - Com que frequência o Sr(a) toma mais que seis ou mais doses em uma ocasião ?												
			Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	12	35,3	14	41,2	3	8,8	3	8,8	2	5,9		
4 - Com que frequência no último ano o Sr(a) se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?												
			Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	28	82,4	3	8,8	0	0,0	1	2,9	2	5,9		
5 - Com que frequência no último ano o Sr(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida ?												
			Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	32	94,1	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	2,9		
6 – Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o Sr(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?												
			Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	32	94,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
7 – Com que frequência, durante o último ano, o Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?												
			Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não Adventistas	29	85,3	1	2,9	1	2,9	0	0	3	8,8		
8 – Com que frequência, durante o último ano o Sr(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?												
			Nunca		< 1x/mês		= 1x/mês		= 1x/semana		> 1x/semana	
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	32	94,1	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9		
9 – Alguma vez na vida o Sr(a) ou alguma outra pessoa já se machucou ou se prejudicou por causa do Sr(a) ter bebido?												
			Não		sim, + de 1 ano				sim, = 1 ano			
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	29	85,3	3	8,8	2	5,9	3	8,8	2	5,9		
10 – Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o Sr(a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?												
			Não		sim, + de 1 ano				sim, = 1 ano			
Adventistas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não Adventistas	29	85,3	2	5,9	3	8,8	2	5,9	3	8,8		

Os dados da Tabela 28 mostram que a totalidade dos hipertensos Adventistas era abstinência de bebida alcoólica, de acordo com a resposta à primeira questão do AUDIT, enquanto mais de um terço dos não Adventistas fazia uso de bebida alcoólica com alguma frequência (39,2%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Não houve comparação

entre os grupos nas demais questões do instrumento devido a abstinência dos Adventistas no uso de bebida alcoólica.

Tabela 29 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas em relação aos transtornos mentais comuns segundo o *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012.

HIPERTENSOS							
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n =78)		NÃO ADVENTISTAS (n =85)		TOTAL(N=163)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Transtornos mentais comuns							0,062
Não	57	73,1	51	59,3	108	65,9	
Sim	21	26,9	35	40,7	56	34,1	
NOS ÚLTIMOS 30 DIAS							
Tem dores de cabeça frequentes?							0,512
Não	53	67,9	53	62,4	106	65,0	
Sim	25	32,1	32	37,6	57	35,0	
Tem falta de apetite?							0,875
Não	66	84,6	72	83,7	138	84,1	
Sim	12	15,4	14	16,3	26	15,9	
Dorme mal?							0,340
Não	43	55,1	41	47,7	84	51,2	
Sim	35	44,9	45	52,3	80	48,8	
Assusta-se com facilidade?							0,258
Não	58	74,4	57	66,3	115	70,1	
Sim	20	25,6	29	33,7	49	29,9	
Tem tremores nas mãos?							0,357
Não	66	84,6	68	79,1	134	81,7	
Sim	12	15,4	18	20,9	30	18,3	
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?							0,916
Não	26	33,3	28	32,6	54	32,9	
Sim	52	66,7	58	67,4	110	67,1	
Tem má digestão?							0,176
Não	55	70,5	52	60,5	107	65,2	
Sim	23	29,5	34	39,5	57	34,8	
Tem dificuldade de pensar com clareza?							0,250
Não	43	55,1	55	64,0	98	59,8	
Sim	35	44,9	31	36,0	66	40,2	
Tem se sentido triste ultimamente?							0,588
Não	45	57,7	46	53,5	91	55,5	
Sim	33	42,3	40	46,5	73	44,5	
Tem chorado mais do que de costume?							0,630
Não	64	82,1	68	79,1	132	80,5	
Sim	14	17,9	18	20,9	32	19,5	
Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?							0,283
Não	56	71,8	55	64,0	111	67,7	
Sim	22	28,2	31	36,0	53	32,3	
Tem dificuldade para tomar decisões?							0,556
Não	52	66,7	61	70,9	113	68,9	
Sim	26	33,3	25	29,1	51	31,1	
Tem dificuldade no serviço?							0,005
Não	69	88,5	61	70,9	130	79,3	
Sim	9	11,5	25	29,1	34	20,7	
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?							0,038
Não	70	89,7	67	77,9	137	83,5	
Sim	8	10,3	19	22,1	27	16,5	
Tem perdido o interesse pelas coisas?							0,176
Não	64	82,1	63	73,3	127	77,4	
Sim	14	17,9	23	26,7	37	22,6	
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?							0,041
Não	72	92,3	69	80,2	141	86,0	
Sim	6	7,7	17	19,8	23	14,0	
Tem tido ideias de acabar com a vida?							0,016
Não	77	98,7	78	90,7	155	94,5	
Sim	1	1,3	8	9,3	9	5,5	
Sente-se cansado o tempo todo?							0,019
Não	67	85,9	61	70,9	128	78,0	
Sim	11	14,1	25	29,1	36	22,0	
Tem sensações desagradáveis no estômago?							0,820
Não	53	67,9	57	66,3	110	67,1	
Sim	25	32,1	29	33,7	54	32,9	
Você se cansa com facilidade?							0,168
Não	50	64,1	46	53,5	96	58,5	
Sim	28	35,9	40	46,5	68	41,5	

* Ponto de corte: Masculino: ≤ 5 (negativo) / ≥ 6 (positivo) e feminino: ≤ 7 (negativo) / ≥ 8 (positivo).

De acordo com os resultados da tabela 29, a avaliação da presença de transtornos mentais comuns não psicóticos pelo *Self-reporting Questionnaire* – SRQ 20, foi ausente para a maioria dos hipertensos (65,9%), levando-se em conta os pontos de cortes para homens e mulheres. Os Adventistas foram diferentes dos não Adventistas ($p < 0,05$) por referirem menos os seguintes sintomas: ideia de acabar com a vida (98,7% vs 90,7%), sentir-se sem préstimo ou inútil (92,3% vs 80,2%), sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida (89,7% vs 77,9%), ter dificuldade no serviço (88,5% vs 70,9%), sentir-se cansado o tempo todo (85,9% vs 70,9%).

Tabela 30 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas em relação aos transtornos mentais comuns segundo o *Self-Report Questionnaire* – SRQ 20 de acordo com o sexo, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012.

Variáveis	Adventistas (n78)				Valor p	Não Adventistas (n86)				Valor p
	Não		Sim			Não		Sim		
Sexo	n	%	n	%	0,135	n	%	n	%	0,088
Masculino	21	84,0	4	16,0		27	69,2	12	30,8	
Feminino	36	67,9	17	32,1		24	51,1	23	48,9	
Total	57	73,1	21	26,9		51	59,3	35	40,7	

* Ponto de corte: Masculino: ≤ 5 (negativo) / ≥ 6 (positivo) e feminino: ≤ 7 (negativo) / ≥ 8 (positivo).

Dados da Tabela 30 mostram que não houve diferença significativa entre os grupos em relação à presença de transtornos mentais comuns de acordo com o sexo.

Tabela 31a - Distribuição dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos seus domínios, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

HIPERTENSOS							
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n = 78)		NÃO ADVENTISTAS (n = 86)		TOTAL (N=164)		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?							0,059
Nunca	3	3,8	9	10,5	12	7,3	
Raramente	3	3,8	8	9,3	11	6,7	
Às vezes	11	14,1	11	12,8	22	13,4	
Quase sempre	8	10,3	16	18,6	24	14,6	
Sempre	53	67,9	42	48,8	95	57,9	
2. para levá-lo ao médico?							0,683
Nunca	6	7,7	7	8,1	13	7,9	
Raramente	4	5,1	8	9,3	12	7,3	
Às vezes	8	10,3	13	15,1	21	12,8	
Quase sempre	10	12,8	10	11,6	20	12,2	
Sempre	50	64,1	48	55,8	98	59,8	
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias?							0,028
Nunca	4	5,1	11	12,8	15	9,1	
Raramente	7	9,0	5	5,8	12	7,3	
Às vezes	4	5,1	12	14	16	9,8	
Quase sempre	10	12,8	17	19,8	27	16,5	
Sempre	53	67,9	41	47,7	94	57,3	
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?							0,021
Nunca	4	5,1	11	12,8	15	9,1	
Raramente	3	3,8	8	9,3	11	6,7	
Às vezes	6	7,7	6	7,0	12	7,3	
Quase sempre	7	9,0	17	19,8	24	14,6	
Sempre	58	74,4	44	51,2	102	62,2	
DOMÍNIO AFETIVO							
5. que demonstre amor e afeto por você?							0,009
Nunca	1	1,3	7	8,1	8	4,9	
Raramente	0	0,0	3	3,5	3	1,8	
Às vezes	2	2,6	6	7,0	8	4,9	
Quase sempre	8	10,3	14	16,3	22	13,4	
Sempre	67	85,9	56	65,1	123	75	
6. que lhe dê um abraço?							0,033
Nunca	1	1,3	6	7,0	7	4,3	
Raramente	1	1,3	8	9,3	9	5,5	
Às vezes	4	5,1	5	5,8	9	5,5	
Quase sempre	9	11,5	11	12,8	20	12,2	
Sempre	63	80,8	56	65,1	119	72,6	
7. que você ame e que faça você se sentir querido?							0,084
Nunca	1	1,3	5	5,8	6	3,7	
Raramente	2	2,6	5	5,8	7	4,3	
Às vezes	3	3,8	7	8,1	10	6,1	
Quase sempre	10	12,8	17	19,8	27	16,5	
Sempre	62	79,5	52	60,5	114	69,5	
EMOCIONAL							
8. para ouvi-lo, quando você precisa falar?							0,047
Nunca	0	0,0	6	7,0	6	3,7	
Raramente	3	3,8	6	7,0	9	5,5	
Às vezes	7	9,0	10	11,6	17	10,4	
Quase sempre	16	20,5	16	18,6	32	19,5	
Sempre	52	66,7	48	55,8	100	61,0	
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?							0,003
Nunca	0	0,0	10	11,6	10	6,1	
Raramente	3	3,8	4	4,7	7	4,3	
Às vezes	8	10,3	14	16,3	22	13,4	
Quase sempre	13	16,7	14	16,3	27	16,5	
Sempre	54	69,2	44	51,2	98	59,8	
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?							0,243
Nunca	5	6,4	9	10,5	14	8,5	
Raramente	6	7,7	9	10,5	15	9,1	
Às vezes	7	9,0	13	15,1	20	12,2	
Quase sempre	8	10,3	13	15,1	21	12,8	
Sempre	52	66,7	42	48,8	94	57,3	
11. que compreenda seus problemas?							0,024
Nunca	1	1,3	11	12,8	12	7,3	
Raramente	6	7,7	6	7,0	12	7,3	
Às vezes	10	12,8	14	16,3	24	14,6	
Quase sempre	11	14,1	14	16,3	25	15,2	
Sempre	50	64,1	41	47,7	91	55,5	

Tabela 31b - Distribuição dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo a avaliação da Escala de Apoio Social nos seus domínios, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	HIPERTENSOS						Valor p
	ADVENTISTAS (n = 78)		NÃO ADVENTISTAS (n = 86)		TOTAL (N=164)		
	N	%	N	%	N	%	
Perguntas							
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
DOMÍNIO INFORMAÇÃO							
12. para dar bons conselhos em situações de crise?							0,003
Nunca	0	0,0	10	11,6	10	6,1	
Raramente	5	6,4	9	10,5	14	8,5	
Às vezes	7	9,0	11	12,8	18	11,0	
Quase sempre	13	16,7	11	12,8	24	14,6	
Sempre	53	67,9	45	52,3	98	59,8	
13. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?							0,003
Nunca	0	0,0	7	8,1	7	4,3	
Raramente	4	5,1	9	10,5	13	7,9	
Às vezes	6	7,7	13	15,1	19	11,6	
Quase sempre	17	21,8	19	22,1	36	22,0	
Sempre	51	65,4	38	44,2	89	54,3	
14. de quem você realmente quer conselhos?							0,003
Nunca	0	0,0	7	8,1	7	4,3	
Raramente	5	6,4	14	16,3	19	11,6	
Às vezes	14	17,9	16	18,6	30	18,3	
Quase sempre	11	14,1	13	15,1	24	14,6	
Sempre	48	61,5	36	41,9	84	51,2	
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?							0,008
Nunca	0	0,0	5	5,8	5	3,0	
Raramente	2	2,6	10	11,6	12	7,3	
Às vezes	18	23,1	19	22,1	37	22,6	
Quase sempre	12	15,4	15	17,4	27	16,5	
Sempre	46	59,0	37	43,0	83	50,6	
DOMÍNIO INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA							
16. com quem fazer coisas agradáveis?							0,017
Nunca	1	1,3	7	8,1	8	4,9	
Raramente	1	1,3	6	7,0	7	4,3	
Às vezes	5	6,4	9	10,5	14	8,5	
Quase sempre	13	16,7	18	20,9	31	18,9	
Sempre	58	74,4	46	53,5	104	63,4	
17. com quem distrair a cabeça?							0,330
Nunca	1	1,3	5	5,8	6	3,7	
Raramente	3	3,8	5	5,8	8	4,9	
Às vezes	8	10,3	13	15,1	21	12,8	
Quase sempre	15	19,2	17	19,8	32	19,5	
Sempre	51	65,4	46	53,5	97	59,1	
18. com quem relaxar?							0,388
Nunca	1	1,3	5	5,8	6	3,7	
Raramente	4	5,1	7	8,1	11	6,7	
Às vezes	11	14,1	15	17,4	26	15,9	
Quase sempre	14	14,1	15	17,4	26	15,9	
Sempre	14	17,9	12	14,0	26	15,9	
19. para se divertir junto?							0,031
Nunca	0	0,0	7	8,1	7	4,3	
Raramente	2	2,6	3	3,5	5	3,0	
Às vezes	9	11,5	12	14,0	21	12,8	
Quase sempre	14	17,9	17	19,8	31	18,9	
Sempre	53	67,9	47	54,7	100	61,0	

Conforme dados apresentados nas tabelas 31a e 31b, pela escala de apoio social os Adventistas foram diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas, respectivamente, por: “sempre contar com alguém” para ajudá-lo nas tarefas diárias (67,9% vs 47,7%), para preparar suas refeições se não puder preparar (74,4% vs 51,2%); que lhe demonstre amor e afeto (85,9% vs 65,1%), que lhe dê um abraço (80,8% vs 65,1%), pra ouvi-lo quando precisar falar (66,7% vs 55,8%), em quem confiar para falar de seus problemas (69,2% vs 51,2%), que compreenda seus problemas (64,1% vs 47,7%), para dar bons conselhos em situações de crise (67,9% vs 52,3%), para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação (65,4% vs 44,2%), de quem realmente quer conselhos (61,5% vs 41,9%), para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal (59% vs 43%); com quem fazer coisas agradáveis (74,4% vs 53,5%) e para se divertir juntos (67,9% vs 54,7%).

Tabela 32 - Comparação dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas de acordo com os domínios da Escala de Apoio Social, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

VARIÁVEIS	Adventistas (n = 78)	Não Adventistas (n = 86)	Valor p
Domínios	Mediana (intervalo interquartilico)		
Material	20 (14-20)	18 (12-20)	0,015
Afetivo	15 (14-15)	15 (11-15)	0,006
Emocional	20 (16-20)	17 (12-20)	0,016
Informação	19 (16-20)	16 (12-20)	0,004
Interação Social Positiva	20 (16-20)	19 (13-20)	0,044
Apoio Social (total)	Mediana (intervalo interquartilico)		
	88(76-95)	78(65-94)	0,005

Figura 6 - Distribuição dos hipertensos Adventistas e Não Adventistas segundo a escala de apoio social.

Os resultados da tabela 32 e figura 6 confirmam o elevado apoio social de ambos os grupos. As medianas e seus quartis mostram variação significativa ($p < 0,05$) entre os grupos indicando que os hipertensos Adventistas possuíam maior escore de apoio social que os hipertensos não Adventistas em todos os domínios e no escore total (88 pontos vs 78 pontos).

Tabela 33 - Caracterização dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo a Escala de Religiosidade Duke-DUREL, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

HIPERTENSOS							Valor p
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n = 78)		NÃO ADVENTISTAS (n =83)		TOTAL (N=161)		
	N	%	N	%	N	%	
	COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ						
1-Vai a uma Igreja, templo ou encontro religioso?							< 0,001
Mais do que uma vez por semana	58	74,4	18	21,7	76	47,2	
Uma vez por semana	12	15,4	15	18,1	27	16,8	
Duas a três vezes por mês	7	9,0	13	15,7	20	12,4	
Algumas vezes por ano	1	1,3	21	25,3	22	13,7	
Uma vez por ano ou menos	0	0,0	5	6,0	5	3,1	
Nunca	0	0,0	11	13,3	11	6,8	
2-Dedica o seu tempo às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?							0,004
Mais do que uma vez por semana	30	38,5	20	25,0	50	31,6	
Uma vez por semana	42	53,8	39	48,8	81	51,3	
Duas a três vezes por mês	4	5,1	4	5,0	8	5,1	
Algumas vezes por ano	0	0,0	5	6,3	5	3,2	
Uma vez por ano ou menos	2	2,6	11	13,8	13	8,2	
Nunca	0	0,0	1	1,3	1	0,6	
ANOTE O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ							0,389
3-"Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)".							
Totalmente verdade para mim	69	88,5	72	86,7	141	87,6	
Em geral é verdade	9	11,5	8	9,6	17	10,6	
Não estou certo	0	0,0	1	1,2	1	0,6	
Em geral não é verdade	0	0,0	1	1,2	1	0,6	
Não é verdade	0	0,0	1	1,2	1	0,6	
4-"As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver".							0,009
Totalmente verdade para mim	68	87,2	56	68,3	124	77,5	
Em geral é verdade	9	11,5	15	18,3	24	15	
Não estou certo	1	1,3	6	7,3	7	4,4	
Em geral não é verdade	0	0	1	1,2	1	0,6	
Não é verdade	0	0	4	4,9	4	2,5	
5-"Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida"							0,002
Totalmente verdade para mim	69	88,5	52	62,7	121	75,2	
Em geral é verdade	7	9,0	21	25,3	28	17,4	
Não estou certo	1	1,3	5	6,0	6	3,7	
Em geral não é verdade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Não é verdade	1	1,3	5	6,0	6	3,7	

Em relação às respostas ao instrumento de religiosidade apresentados na tabela 33, observa-se que os Adventistas foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas por apresentarem: maior número de hipertensos que referiram frequentar a Igreja mais de uma vez por semana (74,4% vs 21,7%) – religiosidade organizacional; a maioria, somados, que dedicam o seu tempo às atividades religiosas individuais uma vez por semana ou mais (92,3% vs 73,8%) – religiosidade não organizacional; ser totalmente verdade que suas crenças estão por trás de toda a sua maneira de viver (87,2% vs 68,3%), ser totalmente verdade que se esforçam muito para viver a religião em todos os

aspectos da sua vida (88,5% vs 62,7) – religiosidade intrínseca. Quanto a questão “em minha vida sinto a presença de Deus...”, os grupos foram semelhantes afirmando ser totalmente verdade que assim sentem (87,6%).

Tabela 34 - Caracterização dos hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas de acordo com o consumo alimentar segundo o questionário de frequência alimentar (QFA), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

HIPERTENSOS							
Variáveis	Adventistas (n=78)		Não Adventistas (n=86)		Total (N=164)		Valor p
Alimentos	n	%	n	%	n	%	
Frutas e Hortaliças							0,068
Não	32	41,0	46	55,4	78	48,4	
Sim	46	59,0	37	44,6	83	51,6	
Feijão							0,584
Não	18	23,1	22	26,8	40	25,0	
Sim	60	76,9	60	73,2	120	75,0	
Leite Integral							0,683
Não	32	41,0	38	44,2	70	42,7	
Sim	46	59,0	48	55,8	94	57,3	
Refrigerante/suco artificial							0,200
Não	30	38,5	24	28,9	54	33,5	
Sim	48	61,5	59	71,1	107	66,5	
Carne com gordura							<0,001
Não	48	76,2	32	39,5	80	55,6	
Sim	15	23,8	49	60,5	64	44,4	
Frequência no consumo de Carnes							<0,001
nunca	24	30,8	4	4,8	28	17,4	
<1 dia/semana	20	25,6	10	12,0	30	18,6	
1-4 dias/semana	23	29,5	37	44,6	60	37,3	
≥ 5 dias/semana	11	14,1	32	38,6	43	26,7	
Frequência no consumo de Peixe							0,104
nunca	33	42,3	21	25,3	54	33,5	
<1 dia/semana	33	42,3	49	59,0	82	50,9	
1-4 dias/semana	10	12,8	12	14,5	22	13,7	
≥ 5 dias/semana	2	2,6	1	1,2	3	1,9	

De acordo com os dados da tabela 34, o consumo regular de alimentos considerados saudáveis não foi diferente entre os grupos. A maioria consome frutas e hortaliças cinco ou mais dias na semana (51,6%). Em relação ao consumo de alimentos considerados não saudáveis os Adventistas consumiam significativamente menos ($p<0,05$) a carne juntamente com a gordura visível (23,8% vs 60,5%), além de nunca consumi-la ou consumi-la menos que uma vez por dia/semana (56,4% vs 16,8%). No consumo de refrigerante e/ou suco artificial e leite integral os grupos foram semelhantes.

Tabela 35 - Comparação entre os hipertensos Adventistas e hipertensos não Adventistas segundo o tempo de conhecimento da doença e o controle da pressão arterial, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL						
VARIÁVEIS	ADVENTISTAS (n58)		NÃO ADVENTISTAS (n73)		TOTAL (N131)	VALOR p
Há quanto tempo sabe que tem hipertensão (em anos)						
	Mediana (intervalo interquartilício)					
Controlado	3 (1,75-4,25)		5 (3,5-10)		4 (2-10)	0,005
Não controlado	6 (3,5-16,5)		5,5 (3,25-10,75)		6 (3,5-14,5)	0,979
Total	4 (2-10)		5 (3,5-10)		5 (3-10)	<0,001
Valor p (controlado x não controlado)	0,004		0,508		0,141	
Pressão Arterial Controlada*	N	%	N	%	N	%
	26	44,8	43	58,9	69	52,7
	32	55,2	30	41,1	62	47,3
	58	100	73	100	131	100
	0,109					

* Hipertensos referidos com pressão arterial pela medida casual <140x90 mmHg.

Nos resultados apresentados na tabela 35, os Adventistas foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) dos não Adventistas por saberem há menos tempo sua condição de hipertensos tanto na comparação dos grupos quanto na comparação entre os controlados. Na comparação entre o grupo de Adventistas, os não controlados sabiam há mais tempo sua condição de hipertenso que os controlados ($p < 0,05$). Quanto ao controle não houve diferença estatística entre os grupos.

5.3 AVALIAÇÃO DA MEDIDA CASUAL, MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL E DO FENÔMENO DO AVENTAL BRANCO DOS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA.

Tabela 36 - Comparação das médias de pressão arterial dos Adventistas avaliadas pela medida casual e monitorização residencial (MRPA), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	Medida Casual (n=253)	MRPA (n=253)	Valor p
	média±dp	média±dp	
Sistólica	122,03±18,91	116,27±15,25	<0,001
Diastólica	73,80±11,76	69,72±8,86	<0,001

Figura 7 - Valores da pressão arterial sistólica e diastólica dos Adventistas pela medida casual e MRPA. Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

Conforme os dados da tabela 36 e figura 7, a comparação da medida casual e da monitorização residencial da pressão entre os hipertensos estudados, evidencia diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias das medidas das pressões sistólica e diastólica com diminuição significativa da pressão arterial pela MRPA quando comparada à medida casual, embora ambos os valores estejam dentro da faixa de normalidade.

Tabela 37 - Comparação da prevalência de hipertensão dos Adventistas pela medida casual e monitorização residencial da pressão (MRPA) (n 253), Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis			Valor p
Medidas	N	%	0,001
Medida casual	67	26,5	
MRPA	43	17,0

Figura 8 - Prevalência de hipertensão pela medida casual e MRPA entre os Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

Os resultados apresentados na tabela 37 e figura 8 mostram que a prevalência de hipertensão avaliada pela medida casual foi significativamente maior que a prevalência pela monitorização residencial (26,5% vs 17,0%, $p<0,05$).

Tabela 38 - Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) dos 5 dias de MRPA, três medidas, nos períodos manhã e noite, dos Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

MRPA (n 253)					
Dia	Pressão arterial (média±dp mmHg)	1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	Valor p
1	Sistólica	119,01±18,28	115,73±18,27	115,12±16,85	<0,001 [†]
	Diastólica	72,34±11,01	71,80±10,93	70,86±11,10	0,003 [†]
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	119,73±16,96	116,96±15,53	115,01±17,46	<0,001 ^{*†}
	Diastólica	72,11±10,96	72,95±15,13	69,60±10,88	<0,001 [†]
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
2	Sistólica	118,30±17,30	115,51±17,62	114,14±16,33	<0,001 ^{*†}
	Diastólica	71,69±10,49	70,28±10,20	69,69±10,18	<0,001 [*]
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	119,09±18,25	116,25±16,47	114,57±16,37	<0,001 ^{*†}
	Diastólica	70,70±10,64	69,58±10,64	68,81±10,67	<0,001 [*]
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
3	Sistólica	117,19±16,84	114,16±16,51	113,61±16,16	<0,001 [*]
	Diastólica	70,25±10,17	69,37±9,51	69,00±9,58	0,001 [*]
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	118,95±16,74	116,22±16,91	118,35±62,25	0,663
	Diastólica	69,97±10,57	69,13±10,82	68,12±10,22	<0,001 [†]
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
4	Sistólica	121,37±65,21	114,64±16,42	113,73±16,93	0,039 [†]
	Diastólica	70,69±10,45	69,55±10,31	69,08±10,52	<0,001 [*]
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	117,15±17,42	115,31±15,62	113,65±15,18	<0,001 [†]
	Diastólica	69,98±10,30	69,25±9,93	69,99±21,50	0,716
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
5	Sistólica	117,78±17,39	114,60±16,25	113,26±16,74	<0,001 [†]
	Diastólica	70,27±11,15	69,94±10,42	69,00±10,15	0,007 [†]
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	124,11±75,52	116,67±42,22	113,90±14,98	0,032 [*]
	Diastólica	69,35±10,08	68,55±9,92	70,42±14,11	0,007 [†]

p<0,05: *1ª vs 3ª; †: 2ª vs 3ª

A tabela 38 mostra os dados obtidos através da Monitorização residencial da pressão arterial realizada durante cinco dias nos períodos da manhã e da noite. O próprio paciente efetuou três medidas consecutivas em cada período. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as três medidas realizadas por período durante quase todo o procedimento na pressão arterial sistólica, exceto no terceiro dia à noite, com a primeira medida sempre maior que as demais. Na pressão arterial diastólica as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) também foram encontradas em quase 100% das medidas, exceto no 4º dia à noite, tendo a pressão diastólica apresentado comportamento semelhante à pressão arterial sistólica.

Tabela 39 - Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) dos Adventistas dos 5 dias e nos períodos manhã e noite, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Dias e medidas	MRPA (n 239)	
	Sistólica (média±dp)	Diastólica (média±dp)
1º. Manhã	119,01±18,28	71,54±10,10
Noite	117,18±16,25	71,45±11,05
Média do dia	116,97±15,56	71,44±9,86
Valor p	0,317	< 0,001
2º. Manhã	115,73±18,27	70,57±9,79
Noite	116,72±16,31	69,52±9,98
Média do dia	116,41±15,73	70,03±9,38
Valor p	0,301	0,190
3º. Manhã	115,12±16,85	69,54±9,26
Noite	118,29±25,91	69,19±10,12
Média do dia	116,73±18,36	69,35±9,12
Valor p	0,301	0,532
4º. Manhã	116,77±27,14	69,60±9,65
Noite	115,33±15,22	69,64±11,64
Média do dia	116,09±18,63	69,63±9,74
Valor p	0,278	0,826
5º. Manhã	115,18±16,25	69,73±9,96
Noite	118,21±35,95	69,40±10,26
Média do dia	116,70±21,60	69,55±9,33
Valor p	0,150	0,310
Média dos 4 dias		
Manhã	115,64±16,27	69,95±9,05
Tarde	116,920±16,61	69,50±9,23
Valor p	0,099	0,113
Média dos 5 dias		
Manhã	115,22±16,21	69,92±9,92
Tarde	118,21±35,88	69,40±10,24
Valor p	0,190	0,221

* p < 0.05 (manhã vs noite)

Os dados da tabela 39 mostram que somente no primeiro dia de monitorização residencial a média da pressão arterial diastólica foi significativamente mais elevada ($p < 0,05$) no período da manhã quando comparada ao período da noite. Nos demais dias e períodos não houve diferença estatisticamente significativa nas médias das pressões sistólica e diastólica.

Tabela 40 - Comparação das médias das 3 medidas dos 5 dias de MRPA entre os hipertensos Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

		MRPA (n67)			Valor p
Dia	Pressão arterial (mmHg)	1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
1	Sistólica	122,46±21,5	120,88±18,8	118,55±19,9	0,013*
	Diastólica	72,70±11,9	72,76±11,8	71,10±12,0	0,180
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	122,13±19,6	118,91±19,3	117,57±21,4	0,008*
	Diastólica	72,83±11,3	73,86±14,7	70,52±10,8	0,020*†
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
2	Sistólica	120,10±18,9	118,64±20,6	117,09±19,3	0,006*
	Diastólica	71,82±11,0	71,24±11,6	70,81±11,0	0,243
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	122,94±22,4	118,66±20,0	117,01±20,5	<0,001*
	Diastólica	70,15±11,8	68,37±11,5	67,76±11,1	0,003*
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
3	Sistólica	120,37±19,8	118,55±19,3	117,12±18,5	0,006*
	Diastólica	70,85±11,1	70,23±9,8	70,40±9,9	0,557
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	121,64±19,9	118,70±21,4	117,47±21,5	< 0,001*
	Diastólica	69,80±11,4	68,52±11,1	67,09±10,3	0,003*
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
4	Sistólica	119,61±19,4	115,96±19,1	114,90±20,3	< 0,001*
	Diastólica	70,48±9,8	69,33±9,7	69,36±10,7	0,190
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	119,49±19,1	117,37±18,1	114,81±16,3	< 0,001*†
	Diastólica	69,69±10,3	68,24±9,3	68,25±10,9	0,062
		1ª Manhã	2ª Manhã	3ª Manhã	
5	Sistólica	119,52±19,8	117,34±19,2	115,42±19,2	0,002*
	Diastólica	70,52±10,5	69,83±10,2	69,53±10,3	0,179
		1ª Noite	2ª Noite	3ª Noite	
	Sistólica	128,16±75,3	123,88±7,3	115,44±17,4	0,260
	Diastólica	68,77±10,1	67,16±9,8	69,75±12,8	0,043†

p<0,05 *: 1ª vs 3ª; †: 2ª vs 3ª

A tabela 40 mostra os dados obtidos através da Monitorização residencial da pressão arterial realizada durante cinco dias nos períodos da manhã e da noite entre os hipertensos Adventistas. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em 90% das medidas sistólicas. A exceção foi o 5º dia, na medida noturna. A primeira medida sempre foi maior que as demais. Na pressão arterial diastólica as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) foram encontradas em 40% das medidas, excetuando-se o 1º, 2º, 3º e 5º dia nas medidas da manhã e 4º dia as medidas da manhã e noite. Quanto aos valores obtidos a pressão diastólica apresentou comportamento semelhante à pressão arterial sistólica, exceto no primeiro dia quando a 2ª medida da manhã e da noite ($p < 0,05$) foram maiores que a 1ª e 3ª medidas em ambos os períodos.

Tabela 41 - Efeito do avental branco na pressão sistólica e diastólica nos participantes Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012.

Variáveis	Adventistas (N 253)			
	Sistólica		Diastólica	
Diferença entre medida casual e MRPA	n	%	n	%
> - 20	28	5,1	9	1,6
- 20 a - 10	26	4,8	23	4,2
- 9 a - 5	20	3,7	33	6,0
- 4 a 0	27	4,9	35	6,4
Total negativo	101	18,5	100	18,2
1 a 5	26	4,8	33	6,0
6 a 10	25	4,6	43	7,9
11 a 20	49	9,0	44	8,0
> 20	52	9,5	33	6,0
Total positivo	152	27,5	153	27,9

Figura 9 - Efeito do avental branco nos participantes Adventistas, Sudoeste do Estado de São Paulo - 2012.

Os dados da tabela 41 e figura 9 mostram que, considerando o conceito de efeito do avental branco como as diferenças entre a medida casual e a MRPA, ele esteve presente em cerca de 27% dos participantes. Porém, de acordo com a definição de Myers *et al.*²⁴⁹ o efeito foi de 9,5% na pressão sistólica enquanto na diastólica foi 14%. Destaca-se ainda, que ocorreu a situação inversa, efeito negativo, em 18% dos participantes.

Tabela 42 - Hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada nos participantes Adventistas (n 23). Sudoeste do Estado de São Paulo, 2012.

Variáveis	n	%
Hipertensão Mascarada	4	12,1
Hipertensão do avental branco	8	24,2

Para a análise da hipertensão mascarada e da hipertensão do avental branco foram considerados apenas os Adventistas que não faziam uso de medicação anti-hipertensiva. Estes fenômenos apresentaram percentuais de 12,1% e 24,2%, respectivamente (tabela 42).

Tabela 43 - Controle da pressão arterial dos hipertensos Adventistas pela medida casual e monitorização residencial da pressão, Sudoeste do Estado de São Paulo – 2012.

Variáveis	Controle da Pressão Arterial				Total	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Medida casual	26	44,8	32	55,2	58	100
MRPA	37	77,1	11	22,9	48	100

Os resultados apresentados na tabela 43 mostram que a maioria dos hipertensos diagnosticados não estava com a pressão arterial controlada pela medida casual (55,2%), contrariamente ao observado pela MRPA onde 77,1% estava controlado.

6.

Discussão

6 DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo foi a elevada prevalência de hipertensão arterial entre a comunidade dos Adventistas do Sétimo Dia da região sudoeste do estado de São Paulo (25,7%) aproximando-se da prevalência estimada para a população geral brasileira que é de 30%, embora este valor tenha sido significativamente menor que o encontrado entre os não Adventistas (35,4%).

Embora não tenha havido diferença entre os grupos, chama atenção a maioria dos hipertensos Adventistas (55,2%) e boa parte de não Adventistas (41,1%) não estar com a pressão arterial controlada.

Quanto aos fenômenos ligados à hipertensão, vale ressaltar que os Adventistas apresentaram percentual menor de efeito do avental branco (12%) do que o estimado pelas diretrizes que conceitua o fenômeno como “a diferença entre a medida da pressão no consultório e a média da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) na vigília ou da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), podendo ocorrer tanto em normotensos quanto em hipertensos, considerando significativo o fenômeno quando há diferença maior que 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na pressão diastólica”. Nota-se também a existência de diferenças negativas indicando provável efeito inverso, ou seja, medida casual menor que a MRPA. Dessa forma a medida casual, feita pela enfermeira pesquisadora, aparentemente anulou o efeito. A hipertensão do avental branco entre os Adventistas (24,2%) ficou, aparentemente, um pouco acima do valor sugerido por alguns pesquisadores e pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão^{14,153}. A hipertensão mascarada (12%) encontra-se dentro do percentual estimado nas Diretrizes Brasileiras¹⁴.

6.1 ADVENTISTAS *VERSUS* NÃO ADVENTISTAS

A maioria era do sexo feminino, média de idade de 41,5 anos, etnia branca, o casal como responsável pela renda familiar e renda familiar entre um e três salários mínimos.

Os participantes Adventistas foram significativamente diferentes ($p<0,05$) dos não Adventistas por possuírem maior nível de escolaridade completa, estado civil com companheiro, morarem em casa própria e ocupação autônoma. Já os participantes não Adventistas apresentaram diferença estatística ($p<0,05$) em relação aos Adventistas quanto à ocupação com vínculo empregatício e terem maior renda individual.

Verifica-se que a condição socioeconômica desempenha papel preponderante no contexto da hipertensão. Estudo realizado por Byrne *et al.*¹⁵⁴ mostrou que excesso de horas e insegurança no emprego seria alguns dos possíveis desencadeadores da doença hipertensiva, já que a pressão arterial reage fortemente sob situações de estresse e desafios. Em um artigo de revisão¹⁵⁵ os autores comentam que sendo o ambiente de trabalho um potencial desencadeador de estresse, aumenta-se as possibilidades dos trabalhadores serem acometidos por doenças cardiovasculares em função do tipo de atividade que ele executa, sendo que maiores prevalência de hipertensão têm sido percebidas entre os trabalhadores não especializados e com remuneração menor. Essa situação pode, neste estudo, estar relacionada à maior prevalência de hipertensão em indivíduos com vínculo empregatício.

A maior prevalência de hipertensão em população com baixa escolaridade e baixa renda já foi amplamente descrita e estas correlações encontram-se bem fundamentadas na literatura^{6,156}. Observando a prevalência de hipertensão apontada neste estudo, pode-se ratificar, em parte, essa correlação, uma vez que os não Adventistas apresentaram menor escolaridade, maior prevalência de hipertensão, porém possuem maior renda individual ($p<0,05$), além de maior renda familiar.

Mion Jr. *et al.*²⁷ verificaram associação significativa ($p < 0,05$) entre hipertensão arterial e baixa renda em estudo realizado com funcionários de um complexo hospitalar na cidade de São Paulo. Outro estudo⁶ também verificou que os hipertensos com maior nível de escolaridade tinham maior controle da pressão arterial, o mesmo que o encontrado no presente estudo, ou seja, o maior controle foi observado entre os Adventistas que tinham maior escolaridade. Já o estudo feito por Strelec *et al.*⁴⁰ não mostrou associação dessa variável com o controle da pressão arterial.

De fato, pode-se destacar a real influência da escolaridade na prevalência da hipertensão, que indubitavelmente sofre o reflexo da baixa condição socioeconômica, levando à condição de vida insatisfatória. Neste estudo é possível que a menor renda individual entre os Adventistas ocorra em função desta população possuir maior percentual de indivíduos com ocupação autônoma. A incerteza de se ter a quantia necessária para cobrir os gastos mensalmente pode comprometer a renda familiar e, também, o controle da pressão. A ocupação com vínculo empregatício, predominante entre os não Adventistas, pode garantir a estes a segurança de uma renda mensal fixa possibilitando o planejamento financeiro familiar e, portanto, possibilitando maior acesso aos serviços de saúde por meio de convênio pessoal ou empresarial e até mesmo aos exames periódicos que os setores formais proporcionam aos seus funcionários. Portanto, embora os Adventistas tenham apresentado maior nível de escolaridade completa e morarem em casa própria, eles possuíam menor renda individual, muito provavelmente por terem ocupação autônoma e assim contarem, ao mesmo tempo, com uma renda baixa (até três salários mínimos) e variável.

Quanto ao estado civil, Pierin *et al.*¹⁵⁷ verificaram níveis de pressão arterial mais elevados em pessoas não casadas, associando essa elevação à possível falta do apoio familiar. Neste estudo a variável estado civil mostrou diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$), porém ambos, em sua maioria, moram com companheiro. Contudo, 35,8% dos não Adventistas referiu morar sem companheiro, podendo influenciar na maior prevalência de

hipertensão neste grupo possivelmente pela falta de apoio familiar, conforme referido no estudo.

Em relação à etnia estudos realizados em nosso meio^{158,159} mostraram que, em geral, o não branco é mais hipertenso que o branco. Estudo¹⁶⁰ feito entre Adventistas americanos mostrou que 33,6% dos negros eram hipertensos enquanto que a prevalência nos brancos foi de 25,4% ($p<0,05$). Costa *et al.*¹⁶¹ num estudo de base populacional, mostraram associação da hipertensão arterial com etnia não branca, sexo feminino e índice de massa corporal na faixa de sobrepeso e obesidade. Neste estudo essa variável não foi diferente entre os grupos.

Os valores de IMC e circunferência abdominal dos não Adventistas estavam significativamente ($p<0,05$) mais elevados que os dos Adventistas tanto entre os grupos quanto comparando os sexos.

Levantamento feito pelo DATASUS¹⁶² apontou que entre 2006 e 2009 houve um aumento de quase 4% no percentual de indivíduos com excesso de peso passando de 42,7% para 46,6% e um aumento de 2,5% entre obesos no mesmo período. O documento ressalta que entre os homens a elevação quase triplica no grupo etário entre 55 a 64 anos quando comparado a pessoas entre 18 a 24 anos. Entre as mulheres o aumento é de cerca de três vezes para a mesma faixa etária. Sobrepeso e obesidade são fatores de risco cardiovasculares modificáveis. Mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares estão diretamente relacionados à redução destes fatores, porém são hábitos difíceis de serem mudados. Estudo feito por Pimenta *et al.*¹⁶³ mostrou associação direta e significativa do sobrepeso e obesidade com a hipertensão. Entre os 287 indivíduos estudados, a hipertensão se associou ($p<0,05$) ao sobrepeso (68,8% dos homens e 67,3% das mulheres), obesidade (50% dos homens e 81,3% das mulheres), além da circunferência abdominal acima da recomendada (100% dos homens e 60,7% das mulheres). Outro estudo¹⁶⁴ realizado com profissionais do atendimento pré-hospitalar, mostrou que 65,6% dos participantes estavam com sobrepeso, 70,2% tinham circunferência abdominal aumentada e a prevalência de hipertensão foi de 33,1%. Os autores acreditam que o

elevado índice de massa corporal pode ter influenciado na prevalência de hipertensão. Sarno *et al.*¹⁶⁵ em estudo com 1.584 indivíduos, mostraram associação positiva e significativa ($p < 0,05$) entre índice de massa corpórea alterado e circunferência abdominal elevada com a maior prevalência de hipertensão. Neste estudo tanto homens quanto mulheres não Adventistas apresentaram IMC na faixa de sobrepeso e circunferência abdominal mais elevada que os Adventistas. Os homens, em ambos os grupos, apresentaram-se na faixa dentro da recomendada para a circunferência abdominal. É possível que a prevalência mais elevada da hipertensão entre os não Adventistas também esteja associada à elevação das variáveis citadas, além do menor envolvimento desta população com atividade física e maior consumo de alimentos gordurosos. É possível que a medida da circunferência abdominal entre os homens ter ficado dentro do recomendado pelos órgãos de saúde esteja ligada ao hábito de “andar a pé”, muito comum nas cidades pequenas. Embora o IMC esteja na faixa de sobrepeso, os valores obtidos encontram-se mais próximos do limite mínimo desta faixa. Observa-se que o sobrepeso e a obesidade associam-se a diversas alterações metabólicas. Correia¹⁶⁶ afirma que o principal fator fisiopatogênico da hipertensão, associado ao excesso de peso, são os distúrbios do metabolismo da insulina. “A resistência à insulina é atribuída à ativação dos sistemas nervoso simpático, renal e vascular pela hiperinsulinemia. Neste caso ocorre o aumento da reabsorção de sódio e da reatividade vascular”. Galvão e Kohlmann¹⁶⁷ relacionam o grau de gordura corporal diretamente com a prevalência de hipertensão, e o maior volume desta gordura corporal parece relacionar-se com a predominância de distribuição de gordura visceral. Como visto anteriormente, estudos relacionam a obesidade e a circunferência abdominal aumentada com fatores de risco para a hipertensão e outras doenças cardiovasculares. Estudo¹⁶⁸ feito com 426 militares do exército mostrou que o IMC acima de 25 e a circunferência abdominal acima de 94 cm aumentaram, respectivamente, em quatro vezes e cerca de duas vezes a chance dos participantes terem hipertensão,

embora a prevalência de hipertensão no estudo tenha sido de 5,3%, bem abaixo dos valores encontrados em estudos populacionais.

Quanto ao tipo de alimentação, a maioria dos participantes referiu ser onívoro. Entretanto, entre os Adventistas o percentual de ovolactovegetarianos/vegetarianos foi significativamente maior (20% vs 0,8%, $p<0,05$). Além disso, os Adventistas não fumam (100%) e aqueles que fumavam pararam há mais tempo (14 anos vs 7 anos, $p<0,05$), enquanto 14,9% dos não Adventistas tem o hábito de fumar. Quanto à atividade física, a prática entre os Adventistas também foi significativamente maior (47,2% vs 25,8%, $p<0,05$). Como a quantidade de indivíduos ovolactovegetariano ou vegetariano era reduzida, tornou-se inviável a comparação desse dado com outras variáveis, incluindo hipertensão. Considerando-se os hábitos alimentares, neste estudo pode-se observar que os não Adventistas consomem significativamente ($p<0,05$) mais carne gordurosa e usam frequentemente mais refrigerante que, reconhecidamente, são alimentos que podem engordar se consumidos exageradamente. Além disso, os não Adventistas consumiam menos frutas e hortaliças. O estudo DASH¹⁰⁸, analisando o padrão alimentar e o comportamento da pressão arterial, mostrou que uma alimentação equilibrada, com aumento no consumo de frutas, vegetais, grãos integrais, consumo moderado de laticínios magros, menor consumo de carne vermelha, doces e refrigerantes, pode reduzir significativamente os níveis da pressão arterial quando comparados aos resultados observados por tratamento com fármacos anti-hipertensivos. Estudos^{117,169} mostraram que os onívoros, quando comparados aos vegetarianos, apresentaram significativamente ($p<0,05$) maior sobrepeso, relação cintura-quadril elevada, índice de massa corporal aumentado, hipercolesterolemia, glicemia elevada, triglicérides e LDL colesterol elevados. Em contrapartida, outro estudo¹²⁰ comparativo entre ovolactovegetarianos e onívoros mostrou que, embora a dieta ovolactovegetariana seja mais saudável, não houve diferenças significativas entre os grupos no estado nutricional e nem nos indicadores antropométricos de risco cardiovascular quando o consumo calórico total e o estilo de vida

foram semelhantes aos dos onívoros. O referido estudo parece indicar que não basta apenas não comer carne, mas é preciso ter agregado um estilo de vida saudável quanto à ingesta calórica e hábitos de vida para se ter os benefícios da alimentação vegetariana. Estudo¹⁷⁰ comparativo entre Adventistas do Sétimo Dia vegetarianos e não vegetarianos mostrou que, embora a dieta vegetariana seja mais saudável e associe-se com menores riscos de diversas doenças crônicas, diferentes tipos de vegetarianismo podem não sentir 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”.

Em relação à prática de atividade física, dados do *Centers for Disease Control and Prevention*¹⁷¹ indicam que ocorrem mais de dois milhões de mortes anuais ligadas ao sedentarismo. A atividade física poderia reduzir eventos adversos relacionados às doenças crônicas. Pode-se verificar que a prática de atividade física é, de fato, um desafio para as pessoas em todos os lugares do mundo. Neste estudo, além dos não Adventistas praticarem menos atividades físicas (25,8% vs 47,2%, $p < 0,05$), também é menor o percentual daqueles que acreditam que a prática de exercício possa auxiliar no controle da pressão (89,3% vs 96,1%, $p < 0,05$). O elevado percentual de inatividade física entre a população não Adventista chama a atenção, já que o sedentarismo favorece o ganho de peso que traz consigo uma série de agravos à saúde. Ao se observar as medidas elevadas de IMC e circunferência abdominal, principalmente entre as mulheres, tais situações, em parte, poderiam ser reduzidas com a prática de atividade física. Com isso possivelmente os níveis da pressão seriam diminuídos. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁴ indicam a atividade física para a prevenção da hipertensão, proporcionando boa saúde cardiovascular e melhor qualidade de vida. São recomendados aos adultos exercícios diários, contínuos ou acumulados, por pelo menos 30 minutos, cinco vezes por semana para aqueles que podem fazer atividade física. Para Laterza *et al.*¹⁷² a prática de exercícios físicos aeróbicos melhora a função cardiovascular

podendo atuar na prevenção ou mesmo no tratamento da hipertensão. Vale ressaltar que os membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia contam com um departamento de saúde em cada Igreja, além de um responsável engajado, em nível de associação, união e divisão, na pregação e orientação da adoção de hábitos de vida saudáveis. Estudo¹⁷³ de revisão sobre o impacto da atividade física sobre a mortalidade de indivíduos com pressão alta mostrou uma associação inversa entre a prática de exercícios e a mortalidade. Os estudos analisados indicaram que os pacientes com pressão arterial elevada que participaram em qualquer nível de atividade física, apresentaram um risco reduzido (entre 16% e 67%) de mortalidade cardiovascular, enquanto que nos indivíduos não ativos o risco de mortalidade cardiovascular aumentou mais de duas vezes. Independente do tipo de atividade física praticada e de sua intensidade, os benefícios conferidos pela atividade física, tanto em relação à redução da pressão arterial quanto na prevenção e tratamento da obesidade são significativos, garantindo um estilo de vida ativo e melhor qualidade de vida. A atividade física é um essencial incremento na prevenção e tratamento da hipertensão¹⁷⁴.

Além da atividade física, a abstinência do tabagismo também atua na prevenção de doenças cardiovasculares, dentre outras¹⁷⁵, porém ainda não há evidências de que a cessação do tabagismo seja benéfica para o controle da pressão arterial¹⁴. Estudo realizado por Viridis *et al.*¹⁷⁶ aponta que o consumo de cigarros promove a rigidez arterial, compromete a função endotelial, altera fatores anti-trombolíticos e pró-trombolíticos, além de acelerar o processo de aterotrombose levando a ocorrência de eventos cardiovasculares. O tabagismo agudo tem efeito hipertensivo, principalmente por estimular o sistema nervoso simpático. Os Adventistas não possuem o hábito de fumar, uma vez que a cessação do tabagismo para aqueles que pretendem fazer parte do corpo de membros da Igreja, é exigência para o batismo. Estudo¹⁷⁷ realizado com cerca de 13 mil homens, acompanhados durante 14 anos, mostrou que “comparados com não fumantes, fumantes no passado e fumantes atuais tiveram, respectivamente, riscos relativos (RR)

de 1,08 e 1,15 de desenvolver hipertensão”. Há poucos estudos mostrando a correlação do tabagismo com a hipertensão, uma vez que esse mecanismo ainda não é totalmente conhecido.

Quanto aos hábitos relacionados ao controle das medidas da pressão arterial, 19,1% dos Adventistas referiram ser hipertensos vs 30,2% dos não Adventistas ($p<0,05\%$). Portanto, a hipertensão referida foi significativamente menor entre os Adventistas. A maioria (66,2%) não tem o hábito de medir a pressão, mas os Adventistas que costumam medir o fazem no posto de saúde, mensalmente enquanto os não Adventistas o fazem, igualmente, em casa ou no posto de saúde, mensalmente ($p<0,05$). Este fato chama a atenção denotando aparente falta de cuidado e preocupação com a saúde. Silva *et al.*¹⁴² encontraram percentual total de 38,3% de Adventistas que não tinham o hábito de medir a pressão, sendo que entre os indivíduos do interior o percentual foi maior (40% vs 33,3%). Estudos^{99,178} 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 conhecidamente o único método capaz de diagnosticar a hipertensão arterial possibilitando o tratamento precoce e controle da doença. Mesmo sendo um procedimento indolor, rápido e simples, boa parte das pessoas ainda não se habituaram a ele. Quanto antes for diagnosticada, maiores as chances dos tratamentos, seja farmacológico ou não, surtirem efeito desejável favorecendo a saúde do indivíduo. O hábito de medir a pressão poderia auxiliar no diagnóstico precoce da doença e evitar as complicações advindas da hipertensão. Além disso, o estudo mostrou que Adventistas do interior lembraram-se significativamente ($p<0,05$) menos que os da capital quando foi a última vez que mediram a pressão, podendo indicar menor preocupação e menor envolvimento com as questões relacionadas à hipertensão. É possível que tal esquecimento esteja ligado ao fato de viverem no interior, sem as tensões geradas pela vida na capital e pelo menor conhecimento da doença, apesar das campanhas realizadas em nível nacional pelos órgãos de saúde do governo. No referido estudo tal

questão mereceu destaque por ter se mantido no modelo de regressão logística.

Interessante notar que embora a maioria acredite que a pressão alta é pra toda vida, entre os Adventistas a maioria crê que a doença tem cura (51,6% vs 32,9%, $p < 0,05$). Tal crença possivelmente esteja ligada a maior religiosidade intrínseca, ou seja, o indivíduo crê que Deus pode curá-lo, pois sente Sua presença na vida. Em relação às patologias ligadas à hipertensão, o infarto e o derrame foram as mais associadas pelos indivíduos como complicação da doença^{80,97}. Verificando 280 prontuários em um hospital, Barbosa *et al.*¹⁷⁹ notaram que dentre todos os pacientes que tiveram derrame, 97% eram hipertensos. Conforme Modelli *et al.*¹⁸⁰ a hipertensão arterial relaciona-se linearmente com a incidência de eventos cerebrovasculares. Cerca da metade dos acidentes vasculares encefálicos tem como causa a hipertensão. Observa-se nos serviços públicos de saúde o grande enfoque dado ao infarto e ao derrame com principais complicações da hipertensão¹⁸¹, em detrimento de outras patologias tão graves quanto as já citadas.

Outro ponto que merece destaque é a diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos quando questionados se concordam que “se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter” e, se “a pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg”. Nestas questões os não Adventistas apresentaram maiores percentuais de concordância indicando maior conhecimento (71,6% vs 59,9% e 86,4% vs 76,3%), enquanto os Adventistas obtiveram maiores percentuais em discordar das afirmativas “não posso fazer nada pra evitar a pressão alta (90,1% vs 83,1%) e “pessoas jovens não tem pressão alta” (84,5% vs 77,8%). Nota-se que embora os percentuais de conhecimento sejam elevados em ambos os grupos, ainda existem aqueles que desconhecem aspectos importantes ligados à doença, tais como a hereditariedade, os valores de hipertensão, que a pressão alta pode acometer pessoas de qualquer idade e que há, sim, medidas preventivas para se evitar a pressão alta. Antecedentes familiares (hereditariedade)¹⁸² para hipertensão também são fatores que interferem na elevada prevalência

da doença. Estudo feito por Van Den Elzen *et al.*¹⁸³ acompanhando por 27 anos crianças e adolescentes, verificou que aqueles que tinham pai ou mãe com pressão sistólica aumentada tinham um incremento de 2,7 mmHg na pressão sistólica na idade adulta e naqueles que possuíam pai e mãe com pressão sistólica aumentada este incremento aumentava para 8,5 mmHg. Os autores concluíram que a hereditariedade explica a maior parte da semelhança familiar da pressão arterial em crianças. Quanto à questão “não posso fazer nada pra evitar a pressão”, esta relaciona-se diretamente aos fatores de risco cardiovasculares modificáveis, que são aqueles possíveis de serem alterados ou minimizados por meio de mudanças no estilo de vida e uso de medicamentos. Interferindo nos fatores de riscos modificáveis pode-se atenuar, ou até mesmo postergar, o aparecimento de doenças cardiovasculares. O estudo INTERHEART¹⁸⁴, além de outros resultados relacionados ao risco para o infarto agudo do miocárdio, revelou que mais de 75% das mortes por doenças cardiovasculares poderiam ser evitadas com modificação no estilo de vida, demonstrando a importância em se dar atenção aos fatores de risco modificáveis na prevenção de doença cardiovascular.

Neste estudo os Adventistas desconheciam significativamente mais (46,4% vs 34,2%, $p < 0,05$) que os problemas renais também são complicações oriundas da hipertensão. O desconhecimento de outras doenças ligadas à hipertensão pode favorecer o descaso com o cuidado da saúde. O fato da hipertensão ser uma doença assintomática pode impedir que o indivíduo a associe com outras doenças. Pierin¹⁸⁵ acredita que o desconhecimento dos pacientes em relação a sua condição de doente, mesmo que parcialmente, pode induzir a baixa adesão e baixo controle da hipertensão. Para Almeida *et al.*¹⁸⁶ a hipertensão é uma das principais causas de lesão renal que pode culminar com transplante do órgão. Na última década cerca de 20% dos pacientes dialisados tinham a hipertensão como doença de base. Neste estudo também foi possível verificar o desconhecimento em relação à hipertensão, por exemplo, quando se questionou ser ela uma doença assintomática e, portanto, silenciosa, (67,5%

achavam que hipertensão tem sintoma) e não ter cura (43,3% acreditavam que a hipertensão tem cura). Como já foi anteriormente considerado, a ênfase maior nas complicações da hipertensão se concentrar em doenças como derrame e infarto pode induzir o hipertenso achar que apenas cérebro e coração são afetados, desconsiderando os efeitos deletérios da doença em outros órgãos do corpo. Estudo feito por Pierin *et al.*¹⁵⁸ mostrou que 50,4% dos participantes desconheciam os problemas renais como complicação advinda da hipertensão. Também Silva¹⁸⁷ encontrou percentuais ainda mais elevados em relação a esse desconhecimento (79%). Pode-se conjecturar que se hipertensos manifestam esse desconhecimento, tendo estes maior envolvimento com as questões relacionadas à sua doença, possivelmente na população em geral esse desconhecimento seja ainda maior.

Em relação aos antecedentes pessoais e familiares para hipertensão, a maioria referiu não ser diabético, não ter tido infarto, derrame ou colesterol alto. Quanto aos antecedentes familiares a maioria dos não Adventistas referiu ter na família alguém com problema no coração (49,6% vs 39,1%, $p < 0,05$). Estudo¹⁶¹ revelou associação entre a maior prevalência de hipertensão e ter pelo menos um progenitor com história da doença. Outro estudo¹⁸⁸ também verificou associação positiva entre antecedentes familiares e doença cardiovascular. Tais estudos corroboram os já citados, associando doença cardiovascular e hereditariedade.

A maioria das mulheres referiu não ter tido pressão alta na gravidez, não estar na menopausa e não ter feito terapia de reposição hormonal. Não houve diferença entre os grupos de mulheres Adventistas e não Adventistas, porém vale comentar que estudo feito por Oliveira *et al.*¹⁸⁹ mostrou que a menopausa após os 50 anos e a terapia de reposição hormonal conferiram efeito protetor para a hipertensão arterial (OR 0,90 e 0,87, respectivamente).

Quanto ao uso de bebida alcoólica houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos já que a totalidade dos Adventistas referiu não fazer uso. Por si só a abstinência de álcool e fumo podem influenciar positivamente na menor prevalência da hipertensão. Ohira *et al.*¹⁹⁰, com o

uso da MAPA, evidenciaram que os indivíduos que ingeriam bebida alcoólica (acima de 23g/dia) apresentaram pressão arterial mais elevada pela manhã. O risco de apresentar pressão arterial mais elevada entre os bebedores foi 2,7 vezes mais que entre os abstêmios. Para os autores a elevação da pressão arterial poderia estar ligada, dentre outras causas, ao aumento da atividade simpática, estimulação do eixo renina-angiotensina–aldosterona, aumento do cortisol e disfunção do endotélio. Criqui *et al.*¹⁹¹, na década de 80, já evidenciavam incremento de dois a seis mmHg na pressão arterial sistólica entre pessoas que consumiam 30 ml de bebida alcoólica por dia.

Quanto a presença de transtornos mentais comuns, os grupos não foram diferentes pela avaliação do SRQ 20. A maioria não apresentou transtornos mentais comuns, porém, quando analisadas as questões separadamente, pode-se observar que os Adventistas se diferiram significativamente ($p < 0,05$) dos não Adventistas por referirem menos dor de cabeça frequente, falta de apetite, dormir mal, chorar mais que o de costume, ter dificuldade no serviço, sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida, perder o interesse pelas coisas, sentir-se uma pessoa inútil, ter ideia de acabar com a vida, sentir cansado o tempo todo. Estudo realizado por Silva *et al.*¹⁴² com Adventistas da capital e do interior do estado de São Paulo também mostrou que a maioria não apresentou transtornos mentais comuns não psicóticos. É possível que a baixa presença desta condição, em ambos os grupos, esteja vinculada ao fato das pessoas morarem no interior do estado, onde os vínculos de amizade podem ser mais estreitados por ficarem mais próximos de parentes e amigos e sentirem maior apoio no enfrentamento das dificuldades. Mesmo residindo no interior do estado é possível que exista uma carga de estresse relacionado, principalmente com a ocupação. Para Couto *et al.*¹⁵⁵ o portador de estresse em maior ou menor grau apresentará, clinicamente, nervosismo, irritabilidade fácil, ímpetos de raiva, dor na musculatura cervical e nos ombros, cefaleia por tensão, alterações do sono, fadiga, dor precordial, palpitações, ansiedade, angústia, períodos de depressão e indisposição gástrica ou epigastralgia. “O número dos sintomas apresentados e sua

intensidade costumam ser paralelos à intensidade dos fatores estressantes vividos pelo indivíduo”. No caso dos Adventistas, o senso de pertencer a uma rede social, que é a Igreja, pode torná-los mais encorajados no enfrentamento de problemas. Em geral estes vínculos reduzem a tensão e ansiedade. Contudo, na comparação da presença de transtornos mentais comuns entre homens e mulheres Adventistas, as mulheres apresentaram significativamente mais sintomas que os homens (25% vs 15,3%, $p < 0,05$). Este resultado vem ratificar o que se encontra em outros estudos^{192,193} apontando as mulheres como mais afetadas por esta condição.

Em relação ao apoio social a maioria apresentou escore elevado de apoio social, todavia entre os Adventistas a pontuação foi significativamente ($p < 0,05$) maior em relação aos não Adventistas (87 pontos vs 83 pontos). Assim como a menor prevalência de transtornos mentais, o maior escore de apoio social entre os Adventistas pode ter sido promovido pela ligação desta população com atividades sociais relacionadas à Igreja, especialmente quando se observa que os domínios onde as diferenças permanecem são o material e o afetivo. Metanálise feita por Muller *et al.*¹⁹⁴ mostrou que envolver-se em atividades religiosas ou espirituais associou-se com melhores índices de saúde, incluindo maior qualidade e expectativa de vida, habilidade para lidar com situações conflituosas, ser menos ansioso e menos depressivo. Estudo feito por Griep *et al.*¹⁴⁷ com 4.030 funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro mostrou médias elevadas na pontuação da escala de apoio social (80,8), possivelmente relacionada ao fato da população estudada ter frequentado reuniões sociais periódicas no último ano, confirmando a disponibilidade de convívio social. Para os autores as rupturas de laços sociais afetam os sistemas de defesa do corpo de tal maneira que o indivíduo torna-se susceptível a doenças. Diante deste pensamento, os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse. Neste estudo observa-se que os Adventistas frequentam assiduamente as reuniões religiosas tornando-os mais unidos aos seus “irmão” na fé e possibilitando a superação de situações adversas.

Os aspectos referentes à religiosidade, como esperado, mostraram os Adventistas com percentuais significativamente ($p < 0,05$) mais elevados que os não Adventistas nas três dimensões da religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca), afirmando a estreita ligação desta população com as questões religiosas. Metanálise¹⁹⁵ associou significativamente ($p < 0,05$) o envolvimento religioso com menor índice de mortalidade. É possível que a prática religiosa promova hábitos de saúde mais saudáveis¹⁹⁶. Estudo realizado por Gillum *et al.*¹ com mais de 14 mil norte-americanos que frequentavam atividades religiosas, mostrou associação significativa ($p < 0,05$) com a redução da prevalência de hipertensão e redução dos valores pressão arterial sistólica naqueles que o faziam uma vez por semana ou mais quando comparados aos que não participavam de nenhuma atividade.

Quanto aos hábitos alimentares obtidos pelo questionário de frequência alimentar e analisados com base na descrição de alimentação saudável e não saudável utilizada pelo inquérito telefônico VIGITEL, os Adventistas foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) em relação a comerem mais frutas e hortaliças, ingerirem menos frequentemente carnes e/ou carne com gordura visível, refrigerantes e sucos artificiais. De acordo com os parâmetros usados, pode-se considerar que os Adventistas possuem hábitos alimentares um pouco mais saudáveis que os não Adventistas. Já na década de 90 Lampe (1999) *apud* Dourado *et al.*¹⁹⁷ afirmava que há associação entre o alto consumo de vegetais e frutas e o baixo risco para doenças crônicas não transmissíveis, sendo diversas as razões biológicas pra isso. “Por serem fontes de uma variedade de nutrientes, exercem mecanismos complementares e sobrepostos, incluindo a redução da agregação plaquetária, modulação da síntese de colesterol, redução da pressão sanguínea e mecanismos de prevenção de doenças em potencial”. O mais famoso estudo avaliando a influência da dieta sobre a pressão arterial é o estudo *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH)¹⁰⁸. A dieta proposta era caracterizada pelo consumo leite com pouca gordura e derivados, carne vermelha magra, frango, peixes e grãos integrais e elevado

consumo de frutas, verduras e legumes. O uso da dieta por oito semanas promoveu importante redução da pressão arterial sistólica e diastólica¹⁹⁸. De acordo com o VIGITEL 2010³⁶ a variação da média nacional para o consumo regular de frutas e hortaliças foi de 17,7% a 39%, de feijão foi 33,8% a 81,3%, de leite integral foi de 44,3% a 66,4%, de refrigerante e sucos artificiais foi de 15,2% a 41% e o de carne com gordura visível de 25,9% a 49,3%. Pode-se notar que em relação ao consumo regular de frutas e hortaliças, os Adventistas estão acima da média nacional. Entretanto, no consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais, os Adventistas ultrapassaram a média nacional e, no consumo regular de carnes com gordura visível, mantiveram-se próximos ao limite inferior do percentual médio nacional. Parece que a alimentação saudável apregoada pelos Adventistas não demonstrou percentuais muito diferentes dos encontrados no consumo da população geral. Considerando-se o elevado número de onívoros neste estudo, nota-se que os Adventistas, em parte, têm se distanciado da proposta de alimentação vegetariana ou ovolactovegetariana sugerida pela Igreja como a mais adequada, segundo seus padrões religiosos, ao se considerar a dieta vegetariana como a original dada por Deus ao casal edênico, como creem os Adventistas do Sétimo Dia. Pode-se dizer que em comparação aos não Adventistas, os Adventistas tem uma alimentação aparentemente mais saudável, porém quando se compara aos parâmetros nacionais expostos no VIGITEL tal observação não pode ser feita.

As médias das pressões sistólica e diastólica não foram diferentes entre os grupos, mantendo-se dentro dos índices de normalidade ($121,55 \pm 18,75$ mmHg X $74,24 \pm 11,51$ mmHg). A prevalência de hipertensão geral ficou em 30%, ratificando a estimativa da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão que aponta prevalência em torno deste percentual. Entre os grupos estudados a prevalência ficou em 25,7% entre os Adventistas e 35,4% entre os não Adventistas ($p < 0,05$). Vale dizer que boa parte dos estudos de prevalência em nosso país indicam índices mais elevados entre as cidades de porte maior quando comparadas às de menor porte. É

necessário considerar que a maioria desses estudos é feito em zonas urbanas havendo escassez de estudos nas áreas cujo contingente demográfico rural é grande. É possível observar o dado referido acima por meio de alguns estudos de prevalência de hipertensão que apontam: 25,2% em São José do Rio Preto (SP)²³, 30,1% em Nobres (MT)²⁴, 14,7% em Luzerna (SC)²¹ e 23,6% em Pelotas (RS)¹⁶¹. Em algumas capitais os dados de prevalência foram: 36,4% em Goiânia (GO)¹⁵⁶, 41,1% em Campo Grande (MS)²⁰ e 33,7% no Rio Grande do Sul (RS)⁶.

A maioria dos estudos internacionais com indivíduos da Igreja Adventista do Sétimo Dia relaciona as variáveis com as questões alimentares, pois estas são tidas por eles como um diferencial de sua mensagem doutrinária. Acredita-se que as questões alimentares difundidas entre os membros, tais como, abstinência de bebida alcoólica e tabagismo, além de redução no consumo de carnes, entre outros, possam interferir nos resultados encontrados. Uma revisão de 35 estudos¹⁹⁹ mostrou redução da pressão sanguínea e aumento da função imunológica nos indivíduos que praticavam uma religião judaica ou cristã. Estudo¹⁴² recente, comparando Adventistas da capital do estado de São Paulo e do interior do mesmo estado, mostrou prevalência geral em 22,7%. Entre os Adventistas da capital a prevalência foi de 15% enquanto no interior foi de 27,4% ($p < 0,05$). Os autores destacaram que por morarem em local, teoricamente, com acesso mais fácil aos serviços de saúde, podendo se locomover mais frequentemente a pé e, portanto, praticando mais atividade física, isso contribuiria para a diminuição da pressão arterial. Além disso, por se exporem menos a agentes estressores como trânsito, violência, distância entre os locais de trabalho e moradia, próprios de uma cidade grande, poderia haver contribuição para diminuição da prevalência. Entretanto, não foi o que se observou no estudo. É possível que as condições socioeconômicas menos favoráveis e menor prática de hábitos de vida saudáveis, em relação aos participantes da capital, tenham sido os fatores interferentes na diferença da prevalência. Essa consideração se mantém neste estudo, já que a população do interior considerada foi a mesma. O que

se nota é que apesar de morarem em ambiente mais calmo, os hábitos culturais podem influenciar negativamente nos desfechos de saúde.

6.2 HIPERTENSOS ADVENTISTAS *VERSUS* HIPERTENSOS NÃO ADVENTISTAS

Os resultados mostraram que dos 547 participantes do estudo 164 (30%) eram hipertensos, sendo 78 Adventistas e 86 não Adventistas. Destes, 79,9% dos indivíduos eram hipertensos referidos. Não houve diferença entre os grupos em relação ao controle da pressão (Adventistas 44,8% e não Adventistas 58,9%). Os valores médios de pressão sistólica e diastólica entre os hipertensos Adventistas foi de $141,4 \pm 18,2$ / $83,5 \pm 11,3$ mmHg e entre os não Adventistas de $135,2 \pm 24,1$ / $82,9 \pm 12,9$ mmHg. Os grupos se diferiram significativamente ($p < 0,05$) em relação ao tempo de conhecimento de sua condição de hipertenso. Os Adventistas controlados sabiam há menos tempo serem hipertensos (3 anos vs 5 anos, $p < 0,05$). No grupo dos Adventistas, os que estavam controlados se diferiram significativamente dos não controlados por saberem há menos tempo que eram hipertensos (3 anos vs 6 anos, $p < 0,05$).

No grupo de hipertensos a maioria era do sexo feminino (61,1%), com média de idade de 52 anos, etnia branca (84,1%), vivendo com companheiro (72%), com renda familiar entre um (1) e três salários mínimos (87,2%). Embora estas variáveis não tenham apresentado diferença estatística entre os grupos, vale ressaltar que sexo, etnia e idade são fatores de risco para a hipertensão. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras¹⁴ existe uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade. Nos homens a prevalência é maior até os 50 anos, havendo inversão desta condição a partir da 5ª década. Além disso a prevalência maior de hipertensão está associada à etnia não branca.

Quanto à escolaridade, os hipertensos Adventistas possuíam significativamente ($p < 0,05$) maior escolaridade média (36,8% vs 15,5%). Entre os não Adventistas a maior parte possuía escolaridade fundamental

(41,7%). Observa-se que a baixa escolaridade é amplamente descrita na literatura como influenciadora na elevação da prevalência de hipertensão arterial. Neste estudo a menor escolaridade pode estar vinculada a baixa renda e, de certo modo, à ocupação, uma vez que mesmo aqueles com vínculo empregatício a renda familiar e individual estava entre um (1) e três salários mínimos.

A maioria dos Adventistas possui ocupação do lar e autônoma (30,8% e 30,8%), maior escolaridade e menor renda salarial enquanto os não Adventistas concentram-se mais na ocupação com vínculo empregatício (50%), menor escolaridade, renda familiar maior. Observa-se que a maior escolaridade dos Adventistas não confere, necessariamente, maior renda familiar, conforme se poderia esperar. É possível que a menor prevalência neste grupo esteja relacionada a outras variáveis como hábitos alimentares e exercícios físicos, já que se verifica relação inversa entre escolaridade e renda nessa população.

Estudo⁸³ comparativo entre hipertensos atendidos no pronto-socorro e ambulatório, encontrou relação significativa ($p < 0,05$) entre o maior controle da pressão arterial e a maior renda salarial. Outros estudos^{23,27} também evidenciam esta relação apontando que ter baixa renda e ter baixa escolaridade relacionam-se com a maior prevalência de hipertensão.

Os valores pressóricos e as medidas de circunferência abdominal e índice de massa corporal não foram diferentes entre os grupos. Entretanto, aqui também cabe ressaltar que a prevalência de hipertensão está associada a maiores índices de massa corporal e maior circunferência abdominal. Chama a atenção que a circunferência abdominal dos homens hipertensos manteve-se dentro da faixa de normalidade ($98,4 \pm 11$ cm), enquanto as mulheres estavam bem acima do recomendado ($100 \pm 11,5$ cm). Uma vez que a maioria da população de hipertensos neste estudo era composta por mulheres, destaca-se a interferência dessas variáveis na prevalência de hipertensão, pois elas contribuem para o aumento da resistência à insulina. Cassis *et al.*²⁰⁰ explicam que as células de gordura (adipócitos) viscerais produzem componentes do sistema renina

angiotensina que levariam a uma maior retenção de sódio pelos rins e, conseqüentemente, elevação dos níveis da pressão arterial. Reconhecidamente o sobrepeso e obesidade são hoje considerados fatores de risco importantes para o desenvolvimento da hipertensão, tendo sido demonstrada essa associação no estudo de *Framingham*²⁰¹. O risco para hipertensão em homens com excesso de gordura corporal foi de 78% e nas mulheres de 65%. Estudo¹⁶³ realizado com 287 indivíduos mostrou que a prevalência de hipertensão aumentava quanto maior a circunferência da cintura, com predomínio de elevação nas mulheres. Houve associação positiva entre circunferência da cintura e hipertensão arterial (OR 3,84). Cavagioni *et al.*¹⁶⁴ em estudo junto aos profissionais de saúde que atuam no serviço de resgate de urgência, ocupação esta que supostamente demande maior desgaste físico, encontraram 79,2% de pessoas com circunferência abdominal acima da recomendada, além de sobrepeso em quase metade dos participantes do estudo. É possível que a maior medida de circunferência abdominal nas mulheres esteja associada ao reduzido percentual de pessoas que praticam atividade física.

Em relação aos hábitos e estilos de vida dos hipertensos, embora a maioria seja onívora (90,9%), os Adventistas se diferiram significativamente ($p < 0,05$) dos não Adventistas por terem maior percentual de pessoas ovolactovegetarianas ou vegetarianas (19,2%), enquanto 100% dos hipertensos não Adventistas são onívoros. Além disso, a maioria dos hipertensos Adventistas nunca fumou (83,3% vs 66,3%, $p < 0,05$) e praticavam significativamente mais atividade física que os não Adventistas (49,4% vs 18,8%, $p < 0,05$).

A relação entre hábitos alimentares e hipertensão tem sido cada vez mais estabelecida pela literatura. A análise do documento denominado “Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (EG/OMS)” feita pelo grupo técnico do Ministério da Saúde, diz que do ponto de vista da redução da subnutrição o Brasil tem avançado favoravelmente, entretanto no que se refere a obesidade e as demais doenças crônicas não transmissíveis, a transição

alimentar mostra-se desfavorável, já que nota-se aumento na ingestão de gorduras em geral, gordura animal e açúcar, além da diminuição no consumo de frutas, verduras e cereais. Soma-se a isto o baixo gasto energético induzido pelo sedentarismo²⁰². Embora a observação do documento aponte para índices desfavoráveis, o que se percebe pelo inquérito telefônico VIGITEL, comparando as 27 capitais em 2006 e 2011, é o aumento na prática de atividade física (2006: 10,5% a 21,5% e 2011: 26,3% a 41,4%) e diminuição no percentual de indivíduos sedentários (2006: 21,6% a 35,1% e 2011: 10,8% a 18,2%), um pequeno aumento no percentual do consumo de frutas e hortaliças (2006: 7,3% a 38,6% e 2011: 19,4% a 39,1%) e percentual pouco alterado do consumo de carnes com gordura (2006: 26,7% a 53,1% e 2011: 28% a 48,5%). Estudo¹⁶⁰ de coorte com mais de 56 mil Adventista do Sétimo Dia nos Estados Unidos mostrou prevalência de hipertensão 200% maior em não vegetarianos. Outro estudo¹³⁵ envolvendo Adventistas do Sétimo Dia vegetarianos e não vegetarianos mostrou diferença na prevalência de: hipertensão (24,3% vs 28,2%); sobrepeso (54,1% vs 59,1%) e obesidade (15,3% vs 22%), respectivamente. Não vegetarianos apresentaram maiores valores de pressão arterial entre 5 e 10 mmHg que os vegetarianos¹¹⁸, corroborando o que se pode observar na maioria dos estudos envolvendo vegetarianos. Slavícek *et al.*¹³⁶, em estudo com 1.349 voluntários na república tcheca, mostraram diminuição estatisticamente significativa nos valores de peso, índice de massa corporal, pressão sistólica e diastólica, colesterol sérico naqueles que fizeram uso da dieta ovolactovegetariana com baixos teores de gorduras e calorias associadas à prática de exercícios físicos em local livre de estresse. Os autores destacaram que essas medidas auxiliaram na redução dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Além das questões alimentares, a abstinência do tabagismo e do etilismo entre os Adventistas poderia explicar a menor prevalência de hipertensão.

Ainda não foi possível identificar seguramente quais mecanismos estão envolvidos na elevação da pressão arterial entre os consumidores

crônicos de bebida alcoólica, embora os estudos clínicos e experimentais permitam concluir que indivíduos que consomem mais de 30g de álcool por dia apresentam risco aumentado para hipertensão²⁰³. Pessoas com o hábito de consumir bebida alcoólica diária ou semanalmente apresentaram elevação significativa na pressão arterial²⁰. Estudo²⁰⁴ prospectivo com mais de 28 mil mulheres e 13 mil homens, com seguimento de 10 a 20 anos, mostrou que após esse tempo 30% das mulheres e 44% dos homens que consumiam bebida alcoólica desenvolveram hipertensão arterial. Silva¹⁸⁷ avaliando 290 hipertensos, mostrou que os que ingeriam bebida alcoólica apresentaram 3,2 vezes mais chances de não estarem com a pressão arterial controlada em comparação com os nunca beberam. Estudo realizado por Barbosa *et al.*²⁰⁵ aponta que o não uso de medicamentos anti-hipertensivo são preteridos em porcentagens ainda maiores que as já encontradas, entre etilistas, tabagistas, sedentários, dentre outros.

Quanto ao tabagismo, Zhang *et al.*²⁰⁶ encontraram, em fumantes, significativo aumento dos radicais livres e diminuição do óxido nítrico em comparação aos não fumantes. Os autores concluem que o fumo causa lesões no endotélio do vaso podendo causar alterações fisiológicas e químicas que resultariam em doenças cardiovasculares, tais como hipertensão, diabetes mellitus, doença renal crônica, dentre outras. Viridis *et al.*¹⁷⁶ mostraram que fumantes hipertensos são mais susceptíveis a desenvolver formas graves de hipertensão, incluindo hipertensão maligna e renovascular, um efeito, provavelmente, devido a uma aterosclerose acelerada. Nascente *et al.*²⁰⁷ mostraram prevalência de hipertensão significativamente ($p < 0,05$) maior entre fumantes (32,9%) e ex-fumantes (48,8%) quando comparados a não fumantes (26%). Para o *National Institute of health*²⁰⁸ pessoas com doenças crônicas tais como asma, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer e HIV/AIDS são particularmente susceptíveis ao impacto adverso da exposição ao tabaco. O benefício da cessação do tabagismo para pessoas que têm essas condições é particularmente elevado.

Outro indicador deste estudo que justificaria a menor prevalência de hipertensão arterial entre os Adventistas seria a prática de atividade física significativamente ($p<0,05$) mais presente nesta população.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁴ a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhada, por pelo menos 30 minutos, três vezes por semana pode prevenir a hipertensão e a prática diária serve como tratamento. Nestes casos há redução aproximada de 4 a 9 mmHg na pressão sistólica. O *Centers for Disease Control and Prevention*¹⁷¹ recomenda a prática de 30 minutos de atividade física, 5 dias por semana, em intensidade moderada, mostrando que esta é uma forma eficiente para reduzir o risco de doenças, tais como Diabetes ou doenças cardiovasculares. Laterza *et al.*¹⁷² mostraram que os níveis de pressão podem cair entre 18 e 20 mmHg em pacientes hipertensos pós-exercício físico. Uma revisão sistemática¹⁷³ de artigos que interligam atividade física e doenças cardiovasculares mostrou, no geral, que a atividade física relacionou-se inversamente com a mortalidade de pacientes hipertensos. Os hipertensos que eram mais ativos apresentaram redução de 67% na mortalidade cardiovascular e 57% em todas as outras causas. Os estudos apontam que mulheres e homens inativos que tem a PA elevada tinham mais que o dobro do risco de morte por evento cardiovascular. Indivíduos que praticavam pouca atividade física e possuíam pai com hipertensão aumentaram significativamente em 70% o risco de desenvolver hipertensão, enquanto aqueles com alto nível de atividade física e pai com hipertensão o risco foi de 16% quando comparados a indivíduos sem história familiar ($p<0,05$)²⁰⁹.

Estudo²¹⁰ com 246 hipertensos apontou a prática de atividade física como barreira para o tratamento da doença, ou seja, os indivíduos consideraram difícil a prática de atividade física regular como forma de tratar a hipertensão. A redução da atividade física foi significativamente ($p<0,05$) mais observada entre os hipertensos não Adventistas podendo, certamente, contribuir para a maior prevalência da hipertensão neste grupo.

Na maioria das questões relacionadas aos hábitos de controle da pressão arterial e conhecimento sobre hipertensão, os grupos foram semelhantes. A hipertensão referida foi significativamente ($p < 0,05$) maior no grupo dos não Adventistas, indicando que estes receberam diagnóstico por meio de algum profissional de saúde. Nota-se um elevado percentual de Adventistas hipertensos que não foram informados de sua condição por profissional de saúde (25,6%). Tal situação pode ser explicada, provavelmente, pelo reduzido hábito desta população de medir a pressão em uma unidade de saúde, embora essas variáveis não tenham apresentado diferença estatística. O conhecimento precoce de sua condição de hipertenso favorece o tratamento e o combate as possíveis complicações da doença. Outro resultado significativo ($p < 0,05$) que chama a atenção é que 38,3% dos Adventistas hipertensos e 22,1% dos não Adventistas não tomam medicamento para o controle da pressão, além disso, um quarto dos hipertensos, em ambos os grupos, não sabem quando foi a última vez que mediu a pressão.

Entende-se que o conhecimento do hipertenso sobre a doença é importante para a adesão ao tratamento. Estudo realizado por Faquinello *et al.*²¹¹ ao analisar o apoio e influência dos profissionais de saúde na vida dos hipertensos, verificou que é na figura do médico que esta rede de apoio é mais acionada, sendo este apoio entendido primordialmente por meio da consulta e prescrição de medicamentos. Para Jardim *et al.*¹⁵⁶ o envolvimento do paciente com seu tratamento está ligado diretamente com o conhecimento sobre a doença e suas possíveis complicações. Entretanto, para Pierin *et al.*⁸⁰ a presença de conhecimento não implica necessariamente em adesão ao tratamento que muitas vezes requer grandes mudanças no modo de viver das pessoas e que essas mudanças, quando ocorrem, são visualizadas em médio ou longo tempo. A medida da pressão é uma ferramenta que deveria ser parte integrante e habitual de todo hipertenso como forma de controle da doença e envolvimento com o autocuidado.

Reconhecer as complicações relacionadas à doença hipertensiva também pode favorecer mudanças no comportamento dos hipertensos em relação aos cuidados necessários para se evitar os danos causados ao corpo pela doença. Estudo realizado por Santos *et al.*²¹² com hipertensos mostrou que 56% deles conheciam parcialmente as consequências da hipertensão arterial, referindo apenas o coração e o cérebro como órgãos afetados pela doença, desconhecendo os demais órgãos-alvo. Este mesmo déficit de conhecimento foi observado noutro estudo²¹³ com 359 hipertensos, cujas doenças citadas como complicações relacionadas à hipertensão foram infarto e derrame.

Observa-se significativamente ($p < 0,05$) menor conhecimento dos hipertensos Adventistas sobre a ligação da hereditariedade com a hipertensão. Neste estudo 66,7% dos Adventistas e 84,9% dos não Adventistas concordaram com a afirmativa “se meu pai ou minha mãe tem hipertensão eu também posso ter”. Jesus *et al.*²¹⁴ analisando 511 hipertensos verificou que 77,1% sabiam da influência da hereditariedade sobre a hipertensão. Embora a escolaridade dos Adventistas seja maior neste estudo e o percentual geral de conhecimento seja elevado em ambos os grupos, ainda existe cerca de 30% de hipertensos Adventistas que não reconhece a hereditariedade como sendo um fator de risco não modificável para hipertensão.

Nas crenças sobre hipertensão arterial, os Adventistas se diferiram significativamente dos não Adventistas por acreditarem, em sua maioria, que a hipertensão arterial tem cura (57,7% vs 32,6%, $p < 0,05$), embora 85,9% dos Adventistas e 90,7% dos não Adventistas acreditem que a doença é pra vida toda. É possível que essa diferença seja influenciada pela maior religiosidade intrínseca observada entre os Adventistas, crendo que Deus pode curar suas enfermidades. Neste aspecto a religiosidade poderia influenciar negativamente os indivíduos, pois induz o descuido deixando a cargo de Deus o cuidado que deve ser do próprio indivíduo. Crendo no poder de cura Divina, parece que os Adventistas do Sétimo Dia negligenciam o autocuidado. Estudo realizado por Mantovani *et al.*²¹⁵ com 69

hipertensos, cuja finalidade foi avaliar o conhecimento destes hipertensos sobre sua doença, verificou que para estes a cura da doença foi atribuída ao poder divino, magia ou na execução correta do tratamento. Os autores sugerem que os hipertensos sejam melhor orientados sobre sua condição para que haja maior envolvimento destes com seu tratamento. Para Seeman *et al.*¹⁹⁹ avaliar os aspectos negativos da religiosidade sobre a saúde, envolvendo as religiões judaico-cristãs, é complicado, pois em geral os pontos negativos podem ser omitidos e não publicados. Ainda que não haja consenso sobre a influência positiva/negativa da religiosidade sobre os cuidados de saúde, estudos mostram a relação positiva da prática de atividades religiosas relacionadas à diminuição da pressão arterial. Parte do estudo NHANES III¹ avaliou mais de 14 mil mulheres com 20 anos ou mais que relataram frequentar serviços religiosos e história de tratamento para hipertensão. Os resultados mostraram que em comparação com mulheres que nunca frequentavam, aquelas que participavam semanalmente de serviços religiosos ou mais de uma vez por semana, associaram-se com menor prevalência de hipertensão arterial. Estudo¹⁴⁰ realizado com kuaitianos muçulmanos mostrou que a religiosidade associou-se significativamente com a redução tanto da pressão sistólica quanto diastólica naqueles que participavam de atividades religiosas. O mecanismo que explicaria essa redução seria o fato de ter maior suporte social e sentimento de segurança que se relacionam à religiosidade ativa, ou seja, entre aqueles que têm comprometimento com as atividades religiosas. Com base nos estudos apresentados, pode-se inferir que a menor prevalência da hipertensão entre os Adventistas possa estar, sim, relacionada à religiosidade em quaisquer de suas dimensões. Powell *et al.*²¹⁶ afirmam que embora ainda não seja possível explicar muito claramente o fenômeno, há ligação entre a religião ou espiritualidade e menor mortalidade, morbidade, e recuperação de doença. Em indivíduos saudáveis há uma forte e consistente relação entre a redução gradativa do risco de mortalidade para os frequentadores de serviços religiosos. Esta redução é de aproximadamente 25% após o ajuste para fatores de confusão. Religião ou espiritualidade

protegem contra a doença cardiovascular, em grande parte, mediada pelo encorajamento à prática de um estilo de vida saudável.

Em relação à interrupção do tratamento, embora não tenha havido diferença significativa entre os grupos de hipertensos, destaca-se o elevado percentual daqueles que interromperam o tratamento (40,7%) sendo que os Adventistas interromperam mais que os não Adventistas (48,1% vs 33,9%). Entretanto, quando se observam os motivos referidos para a interrupção, os não Adventistas apontam significativamente ($p < 0,05$) mais os seguintes motivos: remédios caros (60% vs 15%), não sentir necessidade de tratar-se (83,3% vs 30%), achar que está curado (71,4% vs 16,7%), acreditar que hipertensão não é tão grave (60% vs 11,1%), acreditar que deve tomar o remédio apenas quando se sente mal (85,7% vs 36,8%), não ser orientado quanto a necessidade de tomar o remédio (60% vs 15,8%) e esquecimento (87,5% vs 11,8%).

Estudo feito por Silva¹⁸⁷ com 290 hipertensos mostrou que não sentir necessidade de tratar-se, não ser orientado quanto a necessidade de tomar o remédio e acreditar que hipertensão não é tão grave também foram identificados como fatores induzíveis da interrupção do tratamento. Outro estudo²¹⁷ evidenciou que 56% dos hipertensos abandonaram o acompanhamento da hipertensão. Três variáveis se associaram com a maior probabilidade de abandono, sendo elas: tabagismo, baixa escolaridade e diagnóstico de hipertensão menor que cinco anos. Jesus *et al.*²¹⁴ encontraram percentual de interrupção de tratamento em 37,8% e os motivos mais referidos foram: remédios muito caros, não ter recebido orientação e deve tomar o remédio só quando se sentir mal. Os motivos encontrados neste estudo foram os mesmos identificados na literatura. Nos estudos levantados, a interrupção do tratamento foi apontada como indutora do baixo controle da pressão e maior prevalência da doença. Estas indicações, neste estudo, foram feitas em menor número pelos Adventistas podendo, em parte, explicar o menor percentual de interrupção do tratamento e, portanto, menor prevalência de hipertensão. É possível também que o fato de alguns hipertensos necessitarem comprar seu

medicamento, quando este não estiver disponível para entrega na rede pública de saúde ou não fizer parte dos medicamentos de distribuição gratuita pela rede, comprometa a renda familiar e individual e, conseqüentemente, a continuidade do tratamento. Os demais motivos citados podem ser explicados pela baixa escolaridade dos participantes que influenciaria a compreensão das informações fornecidas por meio de mídia e de campanhas, e por ser a doença assintomática, causando a falsa impressão de controle ou cura.

Quanto aos motivos para faltar às consultas, os grupos também não se mostraram diferentes, embora o percentual daqueles que já faltaram à consulta também tenha sido elevado (40,3%). Entre os que faltaram os Adventistas referiram significativamente menos ($p < 0,05$) os seguintes motivos: não viu necessidade de se tratar (15,4% vs 80%), horário de atendimento (8,3% vs 60%), não gostou do médico (0% vs 40%) e não faltar ao trabalho (8,3% vs 80%). Contudo, é possível que entre aqueles que faltaram às consultas, os motivos apontados relacionem-se ao desconhecimento da doença, por acreditarem que devam tomar o remédio apenas quando se sentem mal e por crerem que Deus estará cuidando deles independentemente do uso do medicamento; pelo fato da maioria dos hipertensos Adventistas ser autônomo e do lar, tendo, assim, maior disponibilidade de tempo para esperar pelo atendimento da consulta e ter menos problema com a questão de faltar ao trabalho, uma vez que muitos médicos atendem em horário comercial quando os trabalhadores com vínculo empregatício também estão cumprindo jornada de trabalho, o que não seria o caso deste grupo. O percentual significativo, entre os não Adventistas, que disseram não gostar do médico evidencia um problema já encontrado em outros estudos^{81,218} que mostram a importância da relação médico-paciente para que haja adesão ao tratamento.

Os grupos de hipertensos não apresentaram diferenças em relação ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta. A maioria sabe sobre as medidas não farmacológicas que auxiliam no tratamento da pressão como, redução de peso, redução do sal, redução da ingestão de bebida

alcoólica, redução do estresse, cessação do tabagismo e a prática de atividade física. Os Adventistas referiram usar significativamente mais ($p < 0,05$) outros tratamentos para hipertensão (51,8% vs 27,3%). Destaca-se que a oração e remédios caseiros foram os mais citados por este grupo (75% vs 66,7% e 70% vs 46,7%).

Vários estudos^{219,220} têm sido feitos com plantas para se descobrir sua contribuição na prevenção e tratamento de enfermidades. Neste campo muito ainda precisa ser pesquisado para que se chegue à utilização destas matérias primas na forma de medicamentos no combate à hipertensão. Vários medicamentos caseiros são utilizados pelas pessoas como forma alternativa de controle e combate à doença. Muitas vezes o uso destes medicamentos é incentivado por pessoas mais velhas (crendices populares) e por vezes ratificado por profissionais de saúde sem qualquer embasamento científico. Quanto à oração/reza, estudo realizado por Koenig *et al.*²²¹ na década de 90, mostrou que a participação mais frequente em atividades religiosas (por exemplo, participar dos cultos, orar, estudar a Bíblia) relacionou-se significativamente com a redução da pressão arterial. Entre os participantes que frequentaram os serviços religiosos e oraram ou estudaram a Bíblia com frequência, a probabilidade de ter uma pressão arterial diastólica de 90 mmHg ou superior foi significativamente ($p < 0,001$) menor (40%) que nos participantes que compareceram aos serviços religiosos, oraram ou estudaram a Bíblia menos frequentemente. Entre os participantes que afirmaram ter pressão alta, pessoas religiosamente ativas tinham maior probabilidade de tomar sua medicação para controle da pressão. Em contrapartida, estudo²²² realizado com tailandeses budistas e Adventistas revelou que mais da metade, em ambos os grupos, não conseguiu controlar a hipertensão. Os autores acreditam que as diferenças nas ênfases das referidas religiões interferiram na forma como seus adeptos reagiram. 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. Neste estudo é possível que a crença Adventista na cura divina, além da crença de que Deus pode usar as plantas como fonte de cura, induzam esta população a utilizarem mais esses recursos. A Igreja Adventista é reconhecida por suas publicações na área da saúde. Dentre alguns títulos, neste contexto, pode-se citar: Conselho sobre o regime alimentar, Conselho sobre saúde, Controle sua saúde, O coração saudável e Os campeões são vegetarianos.

Em relação à atitude dos hipertensos frente ao tratamento, não houve diferença entre os grupos. Porém, chama atenção que 50% dos participantes nunca esquecem de tomar o remédio e os outros 50% esquecem às vezes ou sempre. Outro ponto que vale destacar é o significativo percentual de Adventistas que às vezes ou sempre deixam de tomar o remédio por conta própria (50% vs 28,9%, $p < 0,05$). Essa condição pode estar ligada ao entendimento que mais importante que o remédio é confiar que Deus pode curá-lo. Tal atitude denota grande descuido com a saúde, embora exista conhecimento sobre os agravos que a falta de controle da pressão pode trazer. Estudo²¹⁴ realizado com hipertensos mostrou que 74,4% deles nunca deixam de tomar o medicamento. Para os autores “a discrepância entre ter a informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial, aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional a adesão é um processo complexo que envolve fatores biossociais, emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística”. Neste estudo observou-se que dos hipertensos referidos, 55,2% dos Adventistas não estavam controlados enquanto a falta de controle dos não Adventistas foi de 41,1%.

Quanto aos grupos de mulheres, a maioria referiu não ter tido pressão alta na gravidez (64,4%), ter passado pela menopausa (53,9%) e não ter feito terapia de reposição hormonal (84,3%). Especificamente sobre esse aspecto relacionado às mulheres, estudo²²³ realizado na década de 80 destacou que grandes estudos observacionais prospectivos evidenciaram

que haveria efeito protetor para as doenças cardiovasculares em mulheres pós-menopausa que fizessem uso da terapia de reposição hormonal (TRH). Os autores entendem que não há evidências suficientes de que o uso da TRH aumente a pressão arterial nesta população de mulheres. Por outro lado, outros estudos mostraram que as mulheres que fizeram uso da TRH apresentaram mais eventos cardiovasculares²²⁴, tromboembolismo venoso²²⁵ e maior incidência de câncer de mama²²³. Uma vez que não há consenso sobre este assunto, entende-se que o uso da TRH deve seguir rigorosa indicação e acompanhamento médico, devendo ser empregada com parcimônia dando preferência, sempre que possível, às alternativas não medicamentosas eficazes no combate aos sintomas da menopausa.

Como esperado, no que diz respeito ao consumo de bebida alcoólica entre os hipertensos, a totalidade dos Adventistas referiu nunca consumir enquanto cerca de 40% dos não Adventistas referiu consumir, independente da frequência.

Reconhecidamente pessoas hipertensas, em uso de medicamentos anti-hipertensivos, não devem fazer uso de bebida alcoólica. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁴ há ligação entre a ingestão de álcool e alterações da pressão arterial dependentes da quantidade ingerida. Maiores quantidades de etanol ingerido elevam a pressão arterial, as taxas de morbidade e mortalidade cardiovasculares. Em contrapartida, as evidências da pequena redução da pressão arterial com a ingestão de pequena quantidade de álcool são frágeis e carecem de comprovações. Logo após a ingestão de etanol pode haver redução da pressão, porém, algumas horas após ocorre elevação da mesma. Estudo²²⁶ qualitativo, de coorte, acompanhando 192 hipertensos por quatro anos, mostrou que uma das causas para o abandono do tratamento foi o uso de bebida alcoólica. Uma das possíveis explicações sobre o risco de se usar bebida alcoólica concomitantemente ao uso de medicação anti-hipertensiva, poderia ser o aumento da atividade simpática, estimulação do eixo renina-angiotensina-aldosterona, aumento do cortisol, disfunção do endotélio entre outros¹⁹¹.

Em relação à presença de transtornos mentais comuns não psicóticos, os grupos foram semelhantes. Os participantes do estudo, em sua maioria, não referiam sintomas (65,9%). Entretanto, ao observar as questões do SRQ 20 isoladamente, nota-se que os não adventistas referiram significativamente ($p < 0,05$) mais, nos últimos 30 dias, os seguintes sintomas: ter dificuldade no serviço (29,1% vs 11,5%); sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida (22,1% vs 10,3%); sentir-se inútil (19,8% vs 7,7%); ter tido ideia de acabar com a vida (9,3% vs 1,3%); sentir-se cansado o tempo todo (29,1% vs 14,1%). Novamente a menor incidência de sintomas relativos aos transtornos mentais comuns não psicóticos entre os Adventistas pode estar ligada à maior religiosidade que garante a eles a inserção numa forte rede social que é a Igreja, favorecendo o enfrentamento de conflitos de ordem pessoal e social que gerassem os sintomas dos transtornos.

Quanto ao apoio social, os hipertensos Adventistas também apresentaram significativamente ($p < 0,05$) maior pontuação na escala em todos os domínios indicando que, de fato, sentir-se apoiado pela família e pelo convívio social e na igreja pode resultar em menor prevalência de hipertensão, embora quanto ao controle, os hipertensos referidos Adventistas tenham se apresentado menos controlados. Acredita-se que o conhecimento do familiar sobre a doença do indivíduo, de alguma maneira, pode influenciar na maior adesão e controle da doença pelo hipertenso.

Para Faquinello *et al.*²¹¹ a família é a primeira rede de apoio que o ser humano busca ao enfrentar crises pessoais. Entretanto, nem sempre a família encontra-se em condições de fornecer apoio eficiente pois, algumas vezes a necessidade do indivíduo relaciona-se com assuntos mais específicos para o qual uma rede formal, representada por profissionais de saúde, pode garantir apoio mais eficaz. O corpo pode ser grandemente afetado quando ocorre rompimento de laços sociais tornando o indivíduo vulnerável a doenças. O envolvimento da família, voltado para a colaboração no controle da pressão arterial do hipertenso, apesar de essencial, ainda se constitui um desafio, pois a sua ausência é capaz de desestruturar todo o

plano de tratamento elaborado para este paciente²²⁷. Os laços sociais auxiliam na conservação da saúde e no enfrentamento de problemas¹⁴⁷. Além disso o envolvimento em atividades religiosas melhora a perspectiva do indivíduo de superar problemas de saúde existentes²²⁸.

Em todos os domínios da religiosidade avaliados, os hipertensos Adventistas apresentaram significativamente ($p < 0,05$) maiores pontuações indicando elevado escore de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca. As diferenças foram evidenciadas nas questões: vai a uma igreja ou templo religioso mais de uma vez por semana (74,4% vs 21,7%); dedica seu tempo às atividades religiosas individuais uma vez por semana (53,8% vs 48,8%); totalmente verdade que as minhas crenças estão por trás da minha maneira de viver (87,2% vs 68,3%); totalmente verdade que eu me esforço muito pra viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida (88,5% vs 62,7%). Neste estudo era esperado que a religiosidade fosse elevada nesta população, entretanto cabe destacar que os não Adventistas também apresentaram elevados escores. Como já dito anteriormente sobre a inter-relação da religiosidade com a saúde, estudo²²⁹ revelou que a religião pode, sim, influenciar no comportamento de saúde por incluírem proibições quanto ao excesso no uso de álcool e tabaco e uso de drogas. Em algumas denominações religiosas até mesmo a alimentação é sugerida pela Igreja. Com isso o papel da Igreja na vida de seu membro transcende questões ligadas a fé e passa a atuar nas orientações de comportamentos positivos, incluindo cuidados preventivos com a saúde, estímulo à prática de atividade física e menor exposição a atividades e situações de risco. A religiosidade extrínseca associa-se a comportamentos religiosos exteriores, voltados para Deus, para o sagrado, sem, contudo, haver desapego do eu. Já a religiosidade intrínseca associa-se a sentimentos nos quais a pessoa tenta harmonizar sua vida, suas necessidades às suas crenças esforçando-se para que elas sejam internalizadas com o objetivo de conseguir segui-las por completo²³⁰.

Quanto ao consumo alimentar dos hipertensos, os grupos se diferenciaram apenas em relação ao consumo de carne com gordura visível

(não Adventistas 60,5% vs Adventistas 23,8%) e frequência no consumo de carnes de 1 a 4 vezes por semana (não Adventistas 44,6% vs Adventistas 29,5%).

Estudo²³¹ prospectivo, de coorte que acompanhou mais de 37 mil homens por 22 anos e mais de 83 mil mulheres por 28 anos mostrou que o consumo de carne vermelha associou-se ($p < 0,05$) com risco aumentado para doenças cardiovasculares, mortalidade e câncer. Os autores complementam evidenciando que a substituição da proteína animal por outras fontes saudáveis associou-se com menor risco de mortalidade. Em contrapartida, outro estudo²³² de coorte com mais de 51 mil japoneses (homens e mulheres) mostrou que o consumo moderado de carne, até aproximadamente 100g/dia não se associou com aumento de mortalidade por doenças isquêmica do coração, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral ou doença cardiovascular em ambos os sexos. Embora não tenha havido diferença entre os grupos, vale ressaltar que a maioria dos hipertensos Adventistas consome mais frutas e hortaliças, enquanto entre os não Adventistas não chega a 50% os que consomem. O menor consumo de carne evidenciado entre os Adventistas pode ser explicado pelas persistentes orientações que os líderes desta denominação dão em seus sermões e atividades ligadas à saúde, uma vez que a Igreja Adventista sugere que a adoção da alimentação vegetariana ou ovolactovegetariana deveria ser preferida pelos seus membros à alimentação onívora. A explicação para isto reside no entendimento deste grupo religioso de que a dieta original dada por Deus era a vegetariana.

6.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL ENTRE OS HIPERTENSOS

Referiram hipertensão arterial, neste estudo, 19,1% de Adventistas e 30,2% de não Adventistas. Não houve diferença entre os grupos em relação ao controle (Adventistas 44,8% e não Adventistas 58,9%). Os Adventistas controlados sabiam há menos tempo sua condição de hipertensos ($p < 0,05$, 3

anos vs 5 anos). Observa-se que o controle em ambos os grupos encontra-se semelhante ao verificado na literatura. Embora neste estudo algumas variáveis que reconhecidamente interferem no controle da pressão não tenham apresentado diferença significativa entre os grupos, elas apresentaram frequência expressiva em ambos os grupos (conhecimento sobre as complicações advindas da falta de controle da pressão, baixa frequência aos serviços de saúde para efetuar medida da pressão, interromper o tratamento e faltar às consultas médicas).

Estudo²³³ feito com 440 hipertensos em unidades básicas de saúde mostrou controle em 45,5% dos pacientes, associando-se, dentre outros, com menor tempo da doença. Jesus et al²¹⁴ avaliaram 511 hipertensos em seguimento ambulatorial e verificaram que 85% dos homens e 74% das mulheres não estavam controlados. Já o estudo de Bastos-Barbosa *et al.*²³⁴, que avaliou a adesão e controle de idosos hipertensos em um serviço público de saúde, verificou que 80% estavam controlados. Esses percentuais estão bem acima do encontrado neste e em outros estudos realizados com hipertensos. Tailakh *et al.*²³⁵ encontraram 46% de hipertensos controlados entre os que faziam uso de terapia anti-hipertensiva. Investigação²³⁶ realizada com mais de cinco mil asiáticos mostrou que o controle foi obtido em apenas 27,1% dos hipertensos sob tratamento. Estudo²³⁷ realizado com migrantes Ganeses que viviam na Holanda mostrou índices baixos de controle. Entre os hipertensos, apenas 22% das mulheres e 5,8% dos homens estavam controlados. Entre os que faziam uso de terapia anti-hipertensiva, 48% das mulheres e 13% dos homens encontravam-se controlados. Verifica-se que o percentual de controle encontrado mantém-se semelhante ao identificado em boa parte dos estudos com população geral. Observa-se que o controle da pressão ainda é um grande desafio para hipertensos e profissionais que assistem esses pacientes.

Quanto à hipertensão referida em relação ao total de hipertensos do estudo, vale destacar a condição de várias pessoas que desconheciam ter pressão alta. O inquérito telefônico VIGITEL 2011³⁷ identificou prevalência

de hipertensão referida variando entre 12,9% e 29,8%. Observa-se que nas capitais de estados menores os percentuais de prevalência referida eram menores que os verificados nas capitais de estados maiores. Silva *et al.*¹⁴² em 264 indivíduos no interior do estado de São Paulo, verificaram prevalência de hipertensos referidos de 20,1%, enquanto estudo²³⁸ com 970 indivíduos em Bambuí, interior do estado de Minas Gerais, encontrou prevalência autorreferida de 27,2%. Estudo PLATINO²³⁹ realizado na região metropolitana da cidade de São Paulo, com amostra de base populacional, identificou prevalência autorreferida, surpreendentemente mais elevada que os achados similares (39,2%). O estudo NHANES III²⁴⁰ encontrou prevalência de hipertensão autorreferida de 27%. O percentual encontrado neste estudo entre os Adventistas (19,1%) e não Adventistas (30,2%) encontram-se dentro da média dos estudos nacionais e internacionais.

Outro ponto que pode ser ressaltado é que embora os Adventistas tenham referido hábitos e estilos de vida um pouco mais saudáveis neste estudo, o efeito não se refletiu plenamente nos hipertensos. Conjectura-se que mesmo recebendo orientações voltadas para um viver saudável provenientes de seus líderes religiosos e dos livros denominacionais sobre saúde, o emprego destas orientações, na prática, não está acontecendo. Com isso, os benefícios atribuídos a um estilo de vida mais saudável não se mostram efetivos entre os hipertensos Adventistas já diagnosticados. É possível que esse menor controle esteja, também, associado ao efeito negativo da religiosidade, já que os indivíduos sabidamente hipertensos neste grupo ‘esperam’ que Deus cuide de sua saúde, ou seja, ‘a minha falta de cuidado não impedirá que Deus, se quiser, me mantenha controlado. Posso deixar nas mãos dEle’. Ao se analisar a presença de transtornos mentais comuns não psicóticos entre os hipertensos Adventistas, observou-se que mesmo referindo significativamente menos sintomas quando comparado aos não Adventistas, estes sintomas estavam presentes. Harrinson *et al.*²⁴¹, 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 como, por exemplo, oração na intenção de ser curado de sua doença. Portanto, às vezes é possível que a ansiedade pela cura acabe atrapalhando o controle da pressão, apesar de ser reconhecida a contribuição da religiosidade no enfrentamento da doença. Depender unicamente da ajuda de Deus pode tornar o indivíduo relapso com o seu autocuidado. O fato dos Adventistas terem um elevado escore de religiosidade, aliado à crença de que hipertensão tem cura, podem ser os principais motivos para o descuido com a saúde.

6.4 MRPA E FENÔMENO DO AVENTAL BRANCO NOS ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA

Assim como observado em outros estudos^{87,242} utilizando a MRPA, a pressão arterial pela monitorização residencial da pressão dos Adventistas foi significativamente ($p<0,05$) menor que a pressão arterial pela medida casual, além da atenuação do efeito do avental branco. Pela MRPA o controle entre os Adventistas foi de 77,1%.

Na década de 90, estudo²⁴³ utilizando a MAPA e a MRPA no monitoramento da evolução da hipertrofia ventricular esquerda em hipertensos sob uso de terapia anti-hipertensiva, revelou que tanto a MAPA quanto a MRPA mostraram melhor poder prognóstico quando comparadas à medida de consultório. O estudo PAMELA²⁴⁴ mostrou que o índice de massa ventricular esquerda e hipertrofia foram igualmente maiores em indivíduos nos quais foram encontrados valores de pressão normal medida no consultório, porém elevadas pela medida residencial e ambulatorial (10% da população). Os autores afirmaram que a medida de consultório (casual) não é suficiente para identificar sujeitos de risco. Tal achado, naquela época, já apontava para as medidas residencial e ambulatorial como auxiliadoras nesta identificação. Estudo²⁴⁵ com 82 hipertensos atendidos em unidades básicas de saúde mostrou diferenças significativamente menores ($p<0,05$)

nos valores sistólicos e diastólicos obtidos pela MRPA quando comparados aos obtidos pela medida na unidade básica (medida casual), confirmando que a MRPA eliminou o efeito do observador sobre os resultados da medida e favoreceu o aumento do controle da pressão nos hipertensos. Pierin *et al.*⁷⁸ evidenciaram o efeito benéfico da MRPA, sendo superior ao da MAPA, na avaliação do controle de hipertensos. Tanto a pressão obtida pela MAPA quanto pela MRPA foram menores que as encontradas na medida de consultório. A revisão de alguns estudos²⁴⁶ renomados na área (*Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni* – PAMELA; Ohasama; *Self-Measurement of Blood Pressure at Home in the Elderly: Assessment and Follow-up* – SHEAF) mostrou que a medida da pressão fora do consultório, possibilitada tanto pela monitorização residencial quanto pela monitorização ambulatorial no período do dia e da noite, foram indicadores de riscos mais precisos associados à hipertensão, contribuindo com a utilização de uma terapêutica mais adequada para o hipertenso e possibilitando a identificação e o precoce tratamento das lesões nos órgãos-alvo.

Entre os Adventistas que realizaram a MRPA (253 pessoas) a prevalência de hipertensão pela medida casual foi de 26,5% e pela MRPA foi de 17%, ratificando os achados na literatura supracitada.

No estudo realizado por Fuchs *et al.*⁸⁷ 32,4% dos pacientes que utilizaram a MRPA como incremento no controle e 16,2% entre o grupo controle estavam com a pressão controlada. O efeito avental branco foi observado em 58,7% dos participantes.

Na comparação das médias da 1ª, 2ª e 3ª medidas da pressão sistólica e diastólica, em cada momento de avaliação e em todos os cinco dias, observou-se diferença significativa em praticamente todos os dias, tanto na sistólica quanto na diastólica, sendo a terceira medida menor que as demais. Essa situação é esperada pois, o estresse e a ansiedade na realização da medida, por menor que seja, podem interferir nos valores, já que a pressão arterial é altamente reativa às alterações físicas e psicológicas. Na medida em que o indivíduo relaxa, as medidas subsequentes tendem ser mais baixas devido o fenômeno da habituação.

Estudos^{75,242,247} recentes com uso da MRPA também evidenciaram essa diferença entre as medidas apontando, em geral, para menores valores da última medida.

Em relação ao efeito do avental branco, Verdecchia *et al.*²⁴⁸ definiram como efeito do avental branco as diferenças entre a medida de consultório e a medida diurna da MAPA. Myers *et al.*²⁴⁹ consideram efeito do avental branco significativo os valores sistólicos maiores que 20 mmHg e diastólicos maiores que 10 mmHg. Estudos^{62,248,250} têm considerado significativo quaisquer diferenças de valores para ambas as medidas.

Na década de 80 Mancia *et al.*²⁵¹ investigaram a interferência da medida da pressão feita pelo médico no aumento da pressão arterial. De acordo com os pesquisadores, o aumento da pressão não era consequência da colocação do manguito, mas a reação de alarme começa quando o médico se coloca ao lado do paciente, antes da realização da medida, presumindo que a visita do médico e a expectativa de ter a pressão sanguínea medida provocam tal reação de alarme no paciente. Análise⁶³ realizada em nosso meio, comparando os valores obtidos pela medida da pressão realizada pelo médico, pela enfermeira e pelo próprio paciente, comparativamente aos valores obtidos pela MAPA e MRPA, mostrou que os maiores valores foram obtidos pela medida do médico. Estudo²⁵² canadense comparando a medida realizada pela enfermeira e pelo próprio paciente, mostrou que os valores obtidos pela medida realizada pela enfermeira foram menores, mesmo com a repetição após cinco minutos. Investigação²⁵³ francesa comparando a medida feita pelo médico e pela enfermeira mostrou que os valores obtidos pelo médico foram entre 6 e 8 mmHg maiores na sistólica e na diastólica em relação à medida feita pela enfermeira. Pode-se notar que a enfermeira, de um modo geral, exerce menor efeito sobre a pressão arterial quando comparada a outro profissional de saúde. Neste estudo essa situação poderia também explicar as diferenças negativas no efeito do avental branco indicando provável efeito inverso, ou seja, medida casual menor que a MRPA. Dessa forma a medida casual, feita pela enfermeira pesquisadora, aparentemente anulou o efeito. O menor efeito do

avental branco, neste estudo, pode ter ocorrido porque a pesquisadora era conhecida da maioria dos Adventistas. O convívio próximo entre a pesquisadora e os participantes pode ter favorecido o relaxamento durante a execução das medidas da pressão, além de contribuir com a diminuição da ansiedade quanto à realização da monitorização residencial.

Em relação ao fenômeno da hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada, este estudo mostrou valores compatíveis aos encontrados na literatura (24,2% e 12,1%, respectivamente). A prevalência da hipertensão do avental branco gira em torno de 20%, tanto nos estudos nacionais como nos internacionais^{62,254,255}.

Ohkubo *et al.*²⁵⁶ analisando mais de mil japoneses na população geral encontrou 13% de hipertensos do avental branco e 17% de hipertensos mascarados. Estudo²⁵⁷ com 1.535 indivíduos não tratados anteriormente com terapia anti-hipertensiva, identificou 17,9% de hipertensão do avental branco e 14,5% de hipertensão mascarada. Os diagnosticados como hipertensos e os hipertensos mascarados apresentaram significativamente ($p < 0,05$) maior massa de ventrículo esquerdo e aumento na espessura da carótida que os normotensos. Os hipertensos do avental branco não apresentaram aumento significativo destas estruturas. Já o estudo realizado por Stergiou *et al.*²⁵⁸ mostrou que os hipertensos do avental branco apresentaram risco maior para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, enquanto o risco não se associou aos hipertensos mascarados. Curiosamente o estudo revelou que tanto a medida de consultório quanto a MRPA demonstraram capacidade semelhante como preditora de risco cardiovascular. De um modo geral, os estudos têm apontado prevalência maior de hipertensão do avental branco em mulheres^{259,260} com idade mais avançada²⁶¹. Em contrapartida, em relação à hipertensão mascarada, de acordo com Lopes *et al.*²⁶² a prevalência é maior em homem, idoso e com PA no limite superior da normalidade. Os autores citam prevalência entre 9% e 23% em hipertensos tratados, observada em grandes estudos (PAMELA E Ohasama), semelhantemente ao encontrado na população geral não tratada. Mancia *et al.*²⁶³ evidenciaram prevalência

maior de mortalidade cardiovascular em indivíduos com hipertensão mascarada quando comparados aos que tinham medida de consultório e MAPA normais.

Mancia *et al.*²⁶⁴ avaliaram indivíduos do estudo PAMELA submetidos à medida de pressão no consultório, MAPA e MRPA e verificaram que um maior número de pessoas que desenvolveram hipertensão sustentada em dez anos de acompanhamento, apresentaram diagnóstico inicial de hipertensão do avental branco (16,1%) ou mascarada (8,9%), comparando aos normotensos, aumentando o risco de morte por evento cardiovascular nestas pessoas.

Verificação de metanálises²⁶⁵ sobre o valor prognóstico da hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada, indicou relação entre estas situações e a maior incidência de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares quando comparada a indivíduos normotensos.

7.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha desta população para a realização do estudo deveu-se, principalmente, à curiosidade relacionada à possível influência dos hábitos e estilos de vida mais saudáveis apregoados pelos Adventistas, que pudessem influenciar na menor prevalência de hipertensão, motivando estudos internacionais com os membros desta denominação religiosa desde a década de 60.

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.

Além disto, após a realização de um estudo sobre a prevalência de hipertensão em Adventistas, realizado com participantes da cidade de São Paulo e do interior do estado, observando-se a baixa adesão dos membros da igreja Adventista na capital comparada à adesão ao projeto manifestada pelos membros da igreja no interior, optou-se pela realização do estudo no interior paulista. Outro fator dificultador do estudo na capital de São Paulo foi o fato de que boa parte dos participantes alegou não ter um conhecido não Adventista com as características solicitadas, *a priori*, para o pareamento, uma vez que o círculo de amizade destes era predominantemente entre Adventistas. Entretanto, essa mesma situação foi encontrada entre os Adventistas no interior do estado, porém em menor proporção. Com isso a pesquisadora necessitou buscar na comunidade, de forma aleatória, indivíduos que se dispusessem participar do estudo.

Curiosamente destaca-se a grande dificuldade para que as pessoas elegíveis para o estudo assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Os indivíduos, de um modo geral, mostravam-se temerosos em assinar o documento. Esse comportamento se repetiu por diversas vezes

dando a impressão de que esse temor era devido ao fato dessas pessoas nunca terem participado de estudos desta natureza. Vários potenciais participantes desistiram da participação devido a esse detalhe, porém, inegociável e de extrema importância para a pesquisa.

Pensando no texto bíblico que norteia as orientações sobre saúde incentivadas pelos Adventistas que diz que “o corpo é templo do Espírito Santo”, entre os hipertensos desta denominação religiosa não se observou cuidado adequado com o ‘templo de Deus’. Ao contrário, o descuido com coisas simples como tomar remédio corretamente, frequentar as consultas, não interromper o tratamento, cuidar da alimentação e praticar atividade física não foram atitudes constantes nesse grupo, embora esses comportamentos também sejam frequentemente observados em boa parte dos hipertensos em geral.

Esperava-se que em se tratando de uma comunidade religiosa no interior do estado de São Paulo, com orientações fornecidas pela igreja e com a possibilidade de uma vida menos estressante, onde a necessidade de locomoção por meio de automóveis fosse menor, as condições favoreceriam a vivência dos hábitos e estilos de vida mais saudáveis refletindo diretamente no cuidado da saúde e no controle de doenças que são influenciadas por estes hábitos. Além disso, o acesso aos serviços públicos de saúde nas cidades participantes do estudo é mais fácil quando comparado ao acesso na capital. A Estratégia de Saúde da Família é bastante ativa na promoção de campanhas informativas, com a parceria de escolas técnicas de enfermagem e cursos de saúde em nível de graduação. Esta autora entende que há um distanciamento razoável entre aquilo que é ‘pregado’ pelos líderes e publicações da igreja e aquilo que, de fato, é vivido por seus membros.

Este estudo de base populacional mostrou-se relevante uma vez que apresenta-se como um dado a mais relativo à prevalência de hipertensão e revela similaridade no comportamento da hipertensão neste grupo específico comparado à população geral.

Cabe também destacar o uso da monitorização residencial da pressão como incremento na observação de fenômenos do avental branco, mostrando que mesmo a medida da pressão tendo sido feita por enfermeira que, em geral, minimiza o efeito, ele ainda persistiu.

8.

Conclusões

8 CONCLUSÕES

Este estudo contou com a participação de 547 indivíduos sendo 304 Adventistas do Sétimo Dia e 243 não Adventistas nas cidades de Itapeva, Itararé e Capão Bonito. A maioria era do sexo feminino (59%), média de idade de 41 anos, etnia referida branca (84,3%). Os valores pressóricos obtidos foram de $121,55 \pm 18,75$ / $74,24 \pm 11,51$ mmHg. Os Adventistas foram diferentes ($p < 0,05$) em relação a: maior escolaridade média (39,8% vs 36,9%), ocupação autônoma (33,6% vs 14,8%), morando com companheiro (a) (72,4% vs 64,2%), em casa própria (66,1% vs 65%) e renda individual entre um e três salários mínimos (97% vs 90,9%). O índice de massa corporal dos homens Adventistas foi significativamente menor ($25,03 \pm 3,09$ Kg/m² vs $26,97 \pm 4,8$ Kg/m², $p < 0,05$) enquanto entre as mulheres não houve diferença ($26,81 \pm 5,38$ kg/m²). Na comparação dos grupos, os Adventistas se diferiram ($p < 0,05$) por terem menor IMC que os não Adventistas ($25,88 \pm 4,7$ Kg/m² vs $27,13 \pm 5,3$ Kg/m²). A circunferência abdominal dos homens Adventistas também foi significativamente menor que a dos não Adventistas ($90,53 \pm 11,63$ cm vs $97,19 \pm 12,69$ cm), ficando na faixa recomendada. Entre as mulheres não houve diferença ($92,19 \pm 13$ cm), embora estejam acima da medida recomendada para o sexo.

Em relação aos hábitos de vida os Adventistas tinham entre si mais indivíduos ovolactovegetarianos e vegetarianos (20% vs 0,8%, $p < 0,05$), maioria de não fumantes (85,5% vs 67,4%, $p < 0,05$), maior tempo de abandono do tabagismo (14 anos vs 7 anos, $p < 0,05$) e mais praticantes de atividades físicas regulares (47,2% vs 25,8%). Predomínio de caminhada (64,5%) e frequência de 1 a 3 vezes por semana (61,8%).

Quanto à hipertensão, 66,2% dos participantes do estudo não tinham hábito de medir a pressão e 53,4% sabiam quando foi a última vez que mediu. A prevalência, pela medida casual, foi significativamente menor entre os Adventistas (25,7% vs 35,4%, $p < 0,05$), embora bastante aproximada da

estimativa da prevalência nacional (30%) e bem aproximada das médias observadas em estudos nacionais, com população geral, em cidades de pequeno porte; 19,1% dos Adventistas e 30,2% dos não Adventistas referiram ter sido informados sobre ser hipertenso ($p<0,05$), o local mais referido para medida foi o posto de saúde (Adventistas 47,9% vs não Adventistas 44,2%, $p<0,05$), com frequência mensal (Adventistas 35,1% vs não Adventistas 52,5%, $p<0,05$).

Em relação às crenças sobre hipertensão, a maioria acreditava que a pressão alta é para toda vida como o diabetes (65,3%), que o tratamento deve durar a vida toda (88,5%), que as principais complicações da hipertensão são o infarto (89,1%) e problema renal (52,7%). Neste item chama atenção que 47,3% não sabiam que problemas renais podem surgir como consequência da hipertensão. Os Adventistas acreditavam mais que a hipertensão tem cura (51,6% vs 32,9%, $p<0,05$), que a pressão alta pode, sim, trazer complicações (99% vs 95,5%, $p<0,05$), porém, os Adventistas identificaram menos que o derrame seja uma complicação da hipertensão (84,1% vs 90,9%, $p<0,05$).

Quanto ao conhecimento sobre hipertensão, a maior parte não sabia que tratar a hipertensão pode evitar diabetes (41%) e impotência sexual (50,7%), porém sabia que tratá-la pode evitar derrame (88,1%). Os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por saberem menos que o tratamento da pressão alta pode evitar infarto (15,4% vs 12%) e problemas renais (58,2% vs 50,9%); por reconhecerem que a prática de exercícios físicos é importante para o controle da pressão (96,1% vs 89,3%), que jovens podem ter pressão alta (84,5% vs 77,8%), que é possível fazer alguma coisa para evitar a pressão alta (90,1% vs 83,1%). Entretanto, os Adventistas reconheceram menos ($p<0,05$) que se o pai ou a mãe tem pressão alta o filho pode ter (59,9% vs 71,6%) e que a pressão é alta quando maior que 140/90 mmHg (76,3% vs 86,4%).

Em relação aos antecedentes pessoais e familiares, a maioria referiu não ter tido derrame (98%) nem colesterol alto (78%); ter na família alguém com pressão alta (76%) e diabetes (52%) e não ter antecedente de derrame

(61%). Os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por referirem não ter diabetes (96,4% vs 88,8%), nem ter tido infarto (99% vs 96,3%) e por terem menos, na família, alguém com problema no coração (39,1% vs 49,6%).

Quanto às mulheres, a maioria referiu não ter tido pressão alta na gravidez (81,3%), não estar na menopausa (72,8%) e não ter feito ou fazer terapia de reposição hormonal (91,7%).

Quanto ao consumo de bebida alcoólica os Adventistas se diferenciaram ($p<0,05$) por referirem nunca ter consumido bebida alcoólica no último ano (100% vs 52,4%).

O *Self-reporting questionnaire* (SRQ20) mostrou que a maioria não apresentava transtornos mentais comuns não psicóticos (76%), porém, ao analisar as 20 questões individualmente, os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por referirem menos sintomas em 100% das questões, embora a diferença esteja em 50% delas. Na comparação dos sexos, entre os não Adventistas homens e mulheres foram semelhantes, porém entre o grupo de Adventistas as mulheres referiram mais sintomas que os homens (25% vs 15,3%, $p<0,05$).

Pela escala de religiosidade Duke-DUREL os Adventistas apresentaram significativamente ($p<0,05$) maior religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca, como era esperado.

A escala de apoio social mostrou que os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por possuírem maior apoio social total (87 pontos vs 83 pontos), principalmente nos domínios material e afetivo.

Quanto à alimentação, a maioria consumia feijão regularmente – cinco ou mais dias na semana (71,8%) e leite integral pelo menos uma vez por semana (66,3%). Os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por consumirem mais frutas e hortaliças (56,3% vs 39%); menos refrigerante e suco artificial (33,2% vs 19,9%) e carne com gordura visível (72,7% vs 39,8%).

Entre os hipertensos evidenciados neste estudo, pode-se observar predomínio do sexo feminino (61,1%), média de idade de 51 anos, etnia referida branca (84,1%), morando com companheiro (72%), renda familiar e individual entre um e três salários mínimos (87,2% e 84,1%). Os hipertensos

Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) dos não Adventistas por possuírem maior escolaridade média (36,8% vs 15,5%); ocupação autônoma e do lar (30,8% e 30,8%) enquanto os não Adventistas possuíam vínculo empregatício (50%).

A maior parte dos hipertensos apresentou valores de pressão arterial sistólica e diastólica na faixa limítrofe ($138,2\pm 21,7$ / $83,2\pm 12,1$ mmHg), índice de massa corporal na faixa de sobrepeso ($29,22\pm 5,38$ kg/m²) e circunferência abdominal entre os homens dentro do recomendado ($98,40\pm 11,0$ cm) enquanto que as mulheres estavam acima do recomendado ($100,0\pm 11,5$ cm).

Em relação aos hábitos de vida, os hipertensos Adventistas tinham entre si mais indivíduos ovolactovegetarianos e vegetarianos (19,2% vs 0%, $p<0,05$), maioria de não fumantes (83,3% vs 66,3%, $p<0,05$) e mais praticantes de atividades físicas regulares (49,4% vs 18,8%). Predomínio de caminhada (87,9%) e frequência de uma a três vezes por semana (55,4%).

Quanto à hipertensão, 74,4% dos Adventistas e 84,3% dos não Adventistas sabiam sua condição de hipertensos por terem sido informados por algum profissional de saúde ($p<0,05$), sendo o médico o profissional mais citado (88,5%). Cabe ressaltar que mais de um quarto dos Adventistas não foram informados de sua condição de hipertensos por nenhum profissional. Entre os hipertensos participantes, 56,7% tinham o hábito de medir a pressão, porém chama atenção que 43,3% dos hipertensos não tinham o referido hábito. A maioria sabia quando foi a última vez que mediu a pressão (74,8%), costumava medir no posto de saúde (52,1%), mensalmente (45,5%), descobriu ser hipertenso após sentir-se mal (46,1%), 62,6% já trataram a hipertensão anteriormente. O acompanhamento da pressão era feito por 63,3% dos hipertensos, porém ainda foi elevado o percentual dos que não acompanhavam (36,7%). O medicamento anti-hipertensivo era tomado por 62,8% dos hipertensos.

Em relação às crenças sobre hipertensão, a maioria acreditava que a pressão alta é para toda vida como o diabetes (61,6%), que o tratamento deve durar a vida toda (88,4%) e que pressão alta pode trazer complicações

(88,4%); que as complicações advindas da hipertensão são o derrame (93,2%) e o infarto (90,1%). Os Adventistas se diferiram ($p<0,05$) por acreditarem mais que hipertensão tem cura (57,7% vs 32,6%) e por identificarem menos que o problema renal seja uma complicação da hipertensão (51,3% vs 71,4%).

Quanto ao conhecimento sobre hipertensão, a maior parte não sabia que tratar a hipertensão pode evitar diabetes (37,4%) e impotência sexual (44,8%), porém sabia que tratá-la pode evitar derrame (91,4%) e infarto (87,8%). A maioria dos hipertensos participantes reconheceu que a prática de exercícios físicos é importante para o controle da pressão (93,3%), que é possível fazer alguma coisa para evitar a pressão alta (81,7%), que jovens podem ter pressão alta (70,7%), que a pressão é alta quando for maior que 140/90 mmHg (82,9%) e que pressão alta não tem sintomas (54,3%). Cabe destacar o elevado percentual de hipertensos que ainda achava que pressão alta tem sintomas (45,1%). Os Adventistas reconheceram menos ($p<0,05$) que se o pai o mãe tem pressão alta o filho pode ter (66,7% vs 84,9%).

Em relação aos antecedentes pessoais e familiares, a maioria referiu: não ter diabetes (84,1%), nem colesterol alto (59,1%) e não ter tido derrame (95,1%); ter na família alguém com pressão alta (84,8%), diabetes (54,9%), problema no coração (50%) e não ter antecedente de derrame (57,3%).

Quanto à interrupção do tratamento, a maioria referiu não ter interrompido (59,3%). Entre os hipertensos que interromperam, ao analisar os motivos, os Adventistas se diferiram ($p<0,05$) por terem interrompido menos por esquecimento (11,8% vs 87,5%), tomar o remédio somente quando se sente mal (36,8% vs 85,7%), não sentir necessidade de se tratar (30% vs 83,3%), achar que está curado (16,7% vs 71,4%), não ser orientado sobre a necessidade de tomar o medicamento (15,8% vs 60%) e por serem caros os remédios (15% vs 60%).

Em relação à falta às consultas médicas a maioria referiu não faltar (59,7%), porém, um elevado percentual ainda faltava às consultas (40,3%). Dentre estes, ao serem analisados os motivos separadamente, os Adventistas faltavam menos por: não sentir necessidade de se tratar (15,4%

vs 80%), para não faltar ao trabalho (8,3% vs 80%), devido ao horário do atendimento (8,3% vs 60%) e por não ter gostado do médico (0% vs 40%).

Quanto ao conhecimento sobre o tratamento da pressão alta, a maioria referiu saber que o tratamento da pressão alta inclui: parar de fumar (94,1%), reduzir peso (94,2%), praticar exercícios (93,4%), reduzir ingestão de álcool (93,2%), reduzir o sal da alimentação (99,2%) e reduzir estresse (95%). Os hipertensos Adventistas referiram usar tratamentos alternativos para a hipertensão (51,8% vs 27,3%, $p<0,05$), sendo o tipo mais referido a oração (72,1%).

Em relação à atitude frente ao tratamento, a maior parte referiu nunca esquecer de tomar os medicamentos (50%), entretanto cabe destacar que a outra metade dos hipertensos esquecia de tomá-los às vezes ou sempre. A maioria sempre tomava o medicamento no mesmo horário (61,2%), levava-os quando viajava (82,8%), providenciava-os antes que acabasse (77,8%), tomava-os mesmo quando a pressão estava controlada (69,4%), nunca faltava às consultas (65,3%), nunca chegava atrasado a elas (90,8%), e às vezes seguia orientações quanto à dieta (51,5%). Os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por, às vezes ou sempre, deixarem de tomar o remédio por conta própria (50% vs 28,9%).

Quanto às mulheres hipertensas, a maioria referiu não ter tido pressão alta na gravidez (64,4%), estar na menopausa (53,9%) e não ter feito ou fazer terapia de reposição hormonal (84,3%).

Os hipertensos Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) em relação ao uso de bebida alcoólica pelo AUDIT, por referirem nunca tê-la consumido no último ano (100% vs 60,7%).

O *Self-reporting questionnaire* (SRQ20) mostrou que a maioria dos hipertensos não apresentava transtornos mentais comuns não psicóticos (65,9%), porém, ao analisar as 20 questões individualmente, os Adventistas referiram menos sintomas na maioria das questões. Os hipertensos Adventistas foram significativamente ($p<0,05$) diferentes por: terem menos dificuldade no serviço (11,5% vs 29,1%), sentir-se menos incapaz de desempenhar um papel útil na vida (10,3% vs 22,1%), sentir-se menos uma

pessoa sem préstimo (7,7% vs 19,8%), terem menos ideia de acabar com a vida (1,3% vs 9,3%) e sentir-se menos cansado o tempo todo (14,1% vs 29,1%).

A escala de apoio social mostrou que os hipertensos Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por possuírem maior pontuação no apoio social total (88 pontos vs 78 pontos) e em todos os domínios.

Pela escala de religiosidade Duke-DUREL os hipertensos Adventistas apresentaram significativamente ($p<0,05$) maior religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca, exceto na questão sobre ser “totalmente verdade que sente a presença de Deus em sua vida”, onde os grupos foram semelhantes.

Quanto à alimentação, a maioria dos hipertensos consumia regularmente frutas e hortaliças (51,6%), feijão (51,6%), leite integral (75%) e refrigerante ou suco artificial (66,5%). Os Adventistas foram diferentes ($p<0,05$) por consumirem menos carne com gordura visível (23,8% vs 60,5%).

Com o uso da MRPA pelos Adventistas, foi possível identificar prevalência de hipertensão do avental branco de 24,2%, hipertensão mascarada de 12,1% e efeito do avental branco na pressão sistólica de 27,5% e na pressão diastólica de 27,9%, considerando-se o fenômeno como quaisquer diferenças nos valores.

Em relação ao controle da pressão entre os hipertensos pode-se verificar que a maioria tinha a pressão arterial controlada pela medida casual (52,7%), entretanto chama atenção os hipertensos não controlados (47,3%). Entre os Adventistas o controle foi menor pela medida casual (44,8% vs 58,9%) e pela MRPA o controle entre os Adventistas foi de 77,1%.

Conclui-se que a prevalência entre os Adventistas foi menor que a verificada entre os não Adventistas, porém bem próxima à encontrada em vários estudos na população geral. Possivelmente a menor prevalência entre os Adventistas, comparada aos não Adventistas, deva-se a indicadores de saúde mais favoráveis entre esta população (alimentação, prática de

atividade física, abstinências de tabaco e álcool), além de maior nível de apoio social e religiosidade positiva.

Considerando que a medida casual é a mais utilizada para avaliação do controle em unidades de saúde e mesmo em domicílio, embora os Adventistas apregoem estilo de vida mais saudável, os benefícios desse estilo de vida não puderam ser plenamente percebidos entre os hipertensos quando se observa o controle insatisfatório.

Referências

REFERÊNCIAS

- ¹ 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.
- ² Bell CN, Bowie JV, Thorpe Jr RJ. The interrelationship between hypertension and blood pressure, attendance at religious service, and race/ethnicity. *J Relig Health* 2012; 51(2): 310-322
- ³ Organização Pan-americana de Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf
- ⁴ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JCN 7. Bethesda: U. S Department of Health and Human Services, National Institute of Health (NIH); 2003. (Publication, n. 03-5233).
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus [on line] Brasília (DF) 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- ⁶ 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): 424-28.
- ⁷ Régulo CA. Epidemiologia de la Hipertensión Arterial no Peru. *Acta Méd Peruana* 2006; 23(2): 69-75.
- ⁸ 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
- ⁹ Heart disease and stroke statistics - update 2009 - a report from the American Heart Association committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation* 2009; 119:e21- e181. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/119/3/e21.full.pdf+html>
- ¹⁰ Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S *et al.* Blood pressure in Canadian adults. *Health reports* 2010; 21(1):1-10

-
- ¹¹ 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
- ¹² 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
- ¹³ 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
- ¹⁴ VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2010.
- ¹⁵ Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):637-642.
- ¹⁶ Borges HP, Cruz NC, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(2): 110-118.
- ¹⁷ Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador(BA) – Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6): 747-756.
- ¹⁸ Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA et.al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1): 59-65.
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ 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.
- ²¹ Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq Bras cardiol* 2007; 89(5): 319-324.

- ²² Carvalhaes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(1): 14-23.
- ²³ 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.
- ²⁴ Rosário TM, Scala LCN, 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.
- ²⁵ 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):639-644.
- ²⁶ Mion Jr D, Pierin AMG, Bensenor 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.
- ²⁷ Mion Jr D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JH, Monteiro JM *et al.* Hypertension in employes of a University General Hospital. *Rev Hosp Clin Med S Paulo* 2004; 59:329-36.
- ²⁸ Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(1): 35-45.
- ²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília; 2001.
- ³⁰ Indicadores de mortalidade. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: 2009 [citado 23 mar. 2011] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2009/c08.def>.
- ³¹ Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF: 2011 [citado em 19 mar. 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.

- ³² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf
- ³³ _____. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf
- ³⁴ _____. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_saude_suplementar_2008.pdf
- ³⁵ _____. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2009_220610.pdf
- ³⁶ _____. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf
- ³⁷ _____. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf
- ³⁸ Nobre F, Ribeiro AB, Mion Jr.D. Control of Arterial Pressure in Patients undergoing Anti-Hypertensive Treatment in Brazil - Controlar Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(5): 663-670.
- ³⁹ Silva, SSBE, Colósimo FC, Pierin AMG. The effect of educational interventions on nursing team knowledge about arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):488-96.
- ⁴⁰ 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
- ⁴¹ 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

- ⁴² 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.
- ⁴³ 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.
- ⁴⁴ Sandoval D, Bravo M, Koch E, Gatica S, Ahlers I, Henríquez O, Romero T. Overcoming barriers in the management of hypertension: the experience of the cardiovascular health program in Chilean primary health care centers. *Int j hypertens*. 2012; 2012: 1-8.
- ⁴⁵ Wu Y, Huxley R, Li L, Anna V, Xie G, Yao C *et al.* Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China : Data from the China National Nutrition and Health Survey 2002. *Circulation* 2008;118:2679-2686.
- ⁴⁶ World Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva: WHO, 2005.
- ⁴⁷ World Health Organization. The impact of chronic disease in Brazil. [S.l.] Disponível em : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/brazil.pdf Acesso em: 01 Jan 2012.
- ⁴⁸ Tulman DB, Stawicki SP, Papadimos TJ, Murphy CV, Bergese SD. Advances in management of acute hypertension: a concise review. *Discov med*. 2012;13(72):375-83.
- ⁴⁹ Campana EMG, Pozzan R, Brandão AA, Magalhães MEC, Freitas EV, Brandão AP. Avaliação do acometimento cardíaco na hipertensão arterial. In: Brandão AA *et al.* Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Cap.8, 171-183.
- ⁵⁰ Massaro AR. Avaliação do acometimento encefálico na hipertensão arterial. In: Brandão AA *et al.* Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Cap.8, 184-189.
- ⁵¹ Almeida FA, Cadaval RAM, Guerra EMM, Rodrigues CIS. Avaliação do acometimento renal na hipertensão arterial. In: Brandão AA *et al.* Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Cap.8, 191-198.
- ⁵² Stamm AMNF, Meinerz G, Silva JC. Systemic Hypertension and Microalbuminuria. *Arq Bras Cardiol* 2007;89(6):415-421

- ⁵³ Pierin AMG, Souza VF, Moraes KH, Gomes MAM, Mion Jr D. A medida da pressão arterial e o diagnóstico hipertensão arterial. In: Pierin AMG, coord. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. Cap. 3, 27-48.
- ⁵⁴ Pierin AMG, Souza VF, Mion Junior D. A medida da pressão arterial e o diagnóstico da hipertensão. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004
- ⁵⁵ Pierin AMG, Alavarce DC, Santos GAS. Medida residencial da pressão arterial em hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. Hipertensão. 2006;9(2):60-4.
- ⁵⁶ Ning ZHU, Minrui BU, Dan CHEN, Tiejun LI, Jianing QIAN, Qin YU, *et al.* A study of the white-coat phenomenon in patients with primary hypertension. Hypertens Res. 2008; 31:37-41
- ⁵⁷ Villeneuve F, Rosenbaum D, Gury C, Girerd X. Influence of blood pressure variability during office visit on the estimation of blood pressure control in treated hypertensive patients. Ann Cardiol Angeiol 2012: 1-5..
- ⁵⁸ García-Donaire JA, Dalfó BA, Sanclemente AC, Urdiales CD, Martínez DF, Ortega LN. Measurement of blood pressure in consultation and automated measurement (BPTRU®) to evaluate the white coat effect. Med Clin (Barc) 2012;138(14):597-601.
- ⁵⁹ Bookstaver DA, Hatzigeorgiou C. Assessment of the White-Coat Effect Among Hypertensive Patients Presumed to Be at Goal. Ann Pharmacother 2011; 45(7/8): 910-915
- ⁶⁰ V Diretrizes para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial e III Diretriz para uso da monitorização residencial da pressão arterial. Arq Bras Cardiol 2011; 97:3 (suplemento III); 1-24.
- ⁶¹ Manios ED, Koroboki EA, Tsivgoulis GK, Spengos KM, Spiliopoulou IK, Brodie FG. Factors influencing white-coat effect. American Journal of hypertension 2008; 21(2): 153- 158.
- ⁶² Segre C A, Ueno RK, Warde KRJ, Accorsi TAD, Miname MH, Chi CK *et al.* White-coat hypertension and normotension in the League of Hypertension of the Hospital das Clínicas, FMUSP: prevalence, clinical and demographic characteristics. Arq. Bras. Cardiol. [online] 2003; 80(2):122-126.
- ⁶³ Pierin AMG, Gusmão JL, Fontes V, Mano G, Ignes EC, Ortega K, Mion JR D. A hipertensão do avental branco e o efeito do avental branco: medida da pressão realizada pelo paciente, enfermeira, médico e medida de rotina em atendimento ambulatorial. Hipertensão 2008;11(3):98-104.

-
- ⁶⁴ Selenta C, Hogan B, Linden W - How often do office blood pressure measurements fail to identify true hypertension? An Exploration of White-Coat Normotension. *Arch Fam Med* 2000; 9:533-540.
- ⁶⁵ Souza WKS, Jardim PCB, Porto LB, Araújo FA, Sousa ALL, Salgado CM. Comparison and Correlation between Self-measured Blood Pressure, Casual Blood Pressure Measurement and Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Arq Bras Cardiol* 2011; 97(2) : 148-155.
- ⁶⁶ Tanaka AHK, Ohkubo T, Kondo T, Kikuya M, Metoki H, Hashimoto T, *et al.* Ambulatory versus home versus clinic blood pressure: the Association with subclinical cerebrovascular diseases: The Ohasama Study. *Hypertension* 2012, 59:22-28
- ⁶⁷ Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, Nagai K, Kato J, Kikuchi N, *et al.* Home blood pressure measurement has a stronger predictive power for mortality than does screening blood pressure measurement: a population-based observation in Ohasama, Japan. *J Hypertens.* 1998;16(7):971-5.
- ⁶⁸ Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B, *et al.* Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *Jama.* 2004;17:291(11):1342-9.
- ⁶⁹ Imai Y, Ohkubo T, Kikuya M, Hashimoto J. Practical aspect of monitoring hypertension based on self measured blood pressure at home. *Internal Medicine.* 2004;43:771-778.
- ⁷⁰ O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G *et al.* European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *Journal of Hypertension* 2003; 21:821–848.
- ⁷¹ Imai Y, Otsuka K, Kawano Y, Shimada K, Hayashi H, Tochikubo O *et al.* Japanese Society of Hypertension (JSH) Guidelines for Self-Monitoring of Blood Pressure at Home. *Hypertens Res* 2003; 26 (10): 771-82.
- ⁷² Rabi DM, Daskalopoulou SS, Padwal RS, Khan NA, Grover SA, Hackam DG *et al.* The 2011 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension: Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, and Therapy. *Canadian Journal of Cardiology* 2011; 27: 415– 433.

-
- ⁷³ Verberk WJ, Kroon AA, Lenders JWM, Kessels AGH, Montfrans GA, Smit AJ, *et al.* Self-measurement of blood pressure at home reduces the need for antihypertensive drugs: a randomized, controlled trial. *Hypertension* 2007; 50:1019–1025.
- ⁷⁴ Bray EP, Holder R, Mant J, McManus RJ. Does self-monitoring reduce blood pressure? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials. *Ann Med* 2010; 42:371–386.
- ⁷⁵ Gomes MA, Pierin AMG, Segre CA, Mion Jr D. Monitorização Residencial da Pressão arterial e monitorização ambulatorial da pressão arterial *versus* medida da pressão arterial no consultório. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71(4):66-78
- ⁷⁶ Pierin AMG, Ignez EC, Jacob Filho W, Barbato AJG, Mion JR D. Blood pressure measurements taken by patients are similar to home and ambulatory blood pressure measurements. *Clinics* 2008; 63(1):43-50.
- ⁷⁷ Parati G, Stergiou SG, Asmar R, Bilo G, Leeuw P, Imai Y, *et al.* European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summarreport of the Second International Consensus Conference on Blood Pressure Monitoring. *Journal of Hypertension* 2008;26:1505-30.
- ⁷⁸ Pierin AMG, Costa KRA, Gusmão JL, Caetano EI, Ortega K, Mion Jr D. O efeito benéfico da medida residencial da pressão arterial (MRPA) na avaliação do controle da hipertensão arterial. *Hipertensão* 2007;10(2):62-5.
- ⁷⁹ Gusmão JL, Mion Junior D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 23-25.
- ⁸⁰ Pierin AMG, Strelec MAAM, Junior DM. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri (SP): Ed. Manole; 2004. p.276.
- ⁸¹ Fuchs SC, Castro MS de, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Hipertensão* 2004; 7(3): 90-93.
- ⁸² World Health Organization/International Society Hypertension statement on management of hypertension. *J of Hypertens* 2003; 21(11):1983-92.
- ⁸³ Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Junior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1): 90-8.
- ⁸⁴ Hozawa A, Shimazu T, Kuriyama S, Tsuji I. Benefit of home blood pressure measurement after a finding of high blood pressure at a community screening. *Journal of hypertension*. 2006;24:1265-71.

-
- ⁸⁵ Halme L, Vesalainen R, Kaaja M, Kantola I. Self-monitoring of blood pressure promotes achievement of blood pressure target in primary health car. *American Journal Hypertension*. 2005;18:1415-20.
- ⁸⁶ Canzanella VJ, Jensen PL, Schwartz, LL, Worra, JB, Klein LK. Improved blood pressure control with a physician-nurse team and home blood pressure measurement. *Mayo Clin Proc*. 2005; 80(1):31-6.
- ⁸⁷ Fuchs SC, Silva ALF, Moreira LB, Neyeloff JL, Fuchs FC, Gus M *et al*. Efficacy of isolated home blood pressure monitoring for blood pressure control: randomized controlled trial with ambulatory blood pressure monitoring – MONITOR study. *Journal of Hypertension* 2012; 30(1): 75-80.
- ⁸⁸ Mion Jr. D, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Rev Bras Hipertens* 2006;13(1): 55-58.
- ⁸⁹ Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Junior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004: 276.
- ⁹⁰ Ross R, Janssen I, Dawson J, Kungl AM, Kuk JL, Wong SL, Nguyen-Duy TB, Lee S, Kilpatrick K, Hudson R. Exercise-induced reduction in obesity and insulin resistance in women: a randomized controlled trial. *Obes Res* 2004;12(5):789-798.
- ⁹¹ Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension* 2006;47:296-308.
- ⁹² Margetts BM, Beilin LV, Vandongen R, Armstrong BK. Vegetarian diet in mild hypertension: a randomized controlled trial. *Br Med J* 1986; 293: 1468.
- ⁹³ Moreira LB, Fuchs FD. Álcool e hipertensão arterial: mecanismos fisiopatológicos. *Rev Bras Hipertens* 2005; 12(1): 52-54.
- ⁹⁴ Freiberg MS, Cabral HJ, Heeren TC, Vasan RS, Ellison RC. Alcohol consumption and the prevalence of the Metabolic Syndrome in the US. *Diabetes Care*. 2004; 27 (12): 2954-2959.
- ⁹⁵ Fuchs FD, Lyoyd EC, Whelton PK, Favier FN, Heiss G. Alcohol consumption and the incidence of hypertension. *Hypertension*. 2001; 37: 1242-1254.

- ⁹⁶ Klein CH, Araújo JWG. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda. *Cad Saúde Pública* 1985; 1 (2): 160-76.
- ⁹⁷ 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.
- ⁹⁸ Sturmer G, Costa JSD, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9): 1727-37.
- ⁹⁹ Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 635-42.
- ¹⁰⁰ 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.
- ¹⁰¹ Wachtell K, Ibsen H, Olsen MH, Borch-Johnsen K, Lindholm LH, Mogensen CE *et al.*,. Albuminuria and Cardiovascular Risk in Hypertensive Patients with Left Ventricular Hypertrophy: The LIFE Study. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139(11): 901-907.
- ¹⁰² Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *European Journal of Public Health* 2004; 14: 235–239.
- ¹⁰³ Conceição TV, Gomes FA, Tauil PL, Rosa TT. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. *Arq Bras Cardiol* 2006; 86(1):26-31.
- ¹⁰⁴ Brasil. Ministério de Estado da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Portaria Nº. 710 de 10 de Junho de 1999. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/710_99.pdf Acesso em: 01 Jan 2011.
- ¹⁰⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Acordo para redução do teor de sódio de alguns alimentos. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3710/162/mais-sete-grupos-de-alimentos-terao-reducao-de-sodio.html>
- ¹⁰⁶ Organização Mundial da Saúde (OMS). 57.^a Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17 8.^a sessão plenária de 22 de Maio de 2004 (versão em português, tradução não oficial). [S.l.], 2004.

-
- ¹⁰⁷ Chobanian AV, Bakris GL, Black HR *et al.*. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-52.
- ¹⁰⁸ 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
- ¹⁰⁹ Fundação Getúlio Vargas. Novo mapa das religiões. Coordenação Marcelo Côrtes Neri. Rio de Janeiro. FGV/CPS. Disponível em: http://www.fgv.br/cps/bd/rel3/REN_texto_FGV_CPS_Neri.pdf Acesso em: 27 mar 2012.
- ¹¹⁰ General Conference - office of archives, statistics, and research of the Seventh-Day Adventist Church. Disponível em: <http://www.adventiststatistics.org/> .
- ¹¹¹ Projeto Vida por Vidas da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Disponível em: <http://www.vidaporvidas.com/> Acesso em: 12 Jan 2012.
- ¹¹² 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>.
- ¹¹³ Igreja Adventista do Sétimo Dia. Centro de pesquisas Ellen White. [citado em 19 jul. 2010]. Disponível em: <http://www.centrowhite.org.br>.
- ¹¹⁴ White EG. Conselhos sobre o regime alimentar. 11ª Ed. Waldvogel IA, Waldvogel L, tradutores. São Paulo: Casa publicadora Brasileira; 2000. 509 p.
- ¹¹⁵ Associação Ministerial da Igreja Adventista do Sétimo Dia. Nisto cremos: 28 ensinos bíblicos dos Adventistas do Sétimo Dia. 9ª Ed. Grellmann HL, tradutor. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira; 2005. 505 p.
- ¹¹⁶ Nakashima IAD, Teixeira AAF, Nakashima PCA. Lar vegetariano: introdução ao vegetarianismo/ filosofia/ nutrição espiritual. 1ª Ed. São Paulo, Editora Cultrix; 2005. 175 p.
- ¹¹⁷ De Biase SG, Fernandes SFC, Gianini RJ, Duarte JLG. Vegetarian diet and cholesterol and triglycerides levels. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1): 35-39.
- ¹¹⁸ Messina MJ, Messina VL. The dietitians guide to vegetarian diets: issues and applications. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1996.

-
- ¹¹⁹ 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.
- ¹²⁰ Teixeira RCMA, Molina MDCB, Zandonade E, Mill JG. Cardiovascular Risk in Vegetarians and Omnivores: A Comparative Study. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(4) : 214-221.
- ¹²¹ Giaquinto S, Spiridigliozzi C. Possible influence of spiritual and religious beliefs on hypertension. *Clin and Experim hypertens* 2007; 29: 457-464.
- ¹²² Butler TL, Fraser GE, Beeson WL, Knutsen SF, Herring RP, Chan J, *et al.*,. Cohort Profile: The Adventist Health Study-2 (AHS-2). *International Journal of Epidemiology* 2008;37:260–265.
- ¹²³ 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.
- ¹²⁴ Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA*. 2002; 288 (20): 2569-78.
- ¹²⁵ 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
- ¹²⁶ Sabate J, Fraser G. The probable role of nuts in preventing coronary heart disease. *Primary Cardiology* 1993;19:65–72.
- ¹²⁷ Singh P, Fraser G. Dietary risk factors for colon cancer in a low-risk population. *Am J Epidemiol* 1998;148:761–74.
- ¹²⁸ 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.
- ¹²⁹ 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.
- ¹³⁰ Fraser GE, Shavlik DJ. Ten years of life: is it a matter of choice? *Arch Intern Med* 2001; 161: 1645-52.
- ¹³¹ Snowdon DA, Phillips RL, Fraser GE. Meat consumption and fatal ischemic heart disease. *Prev Med* 1984;13:490–500.

- ¹³² 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.
- ¹³³ Willet W. Lesson from dietary studies in Adventists and questions for the future. *Am J Clin Nutr* 2003;78(suppl):539S–43S.
- ¹³⁴ 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.
- ¹³⁵ 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
- ¹³⁶ Slavíček J, Kittnar O, Fraser GE, Medová E, Konecná J, Zizka R *et al*. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Cent Eur J Public Health* 2008; 16(4): 161–164.
- ¹³⁷ Weiszflog W. Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos. 2288 p.
- ¹³⁸ Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Rev. Psiqu. Clín.* 2007; (34 supl 1): 105-115.
- ¹³⁹ Steffen PR, Hinderliter AL, Blumenthal JA, Sherwood A. Religious Coping, Ethnicity, and Ambulatory Blood Pressure. *Psychosomatic Medicine* 2001 63:523–530
- ¹⁴⁰ Al-Kandari YY. Religiosity and its Relation to Blood Pressure Among Selected Kuwaitis. *J.Biosoc.Sci.* 2003; 35:463–472
- ¹⁴¹ Alves RRN, Alves HN, Barboza RRD, Souto WMS. The influence of religiosity on health. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4):2105-2111
- ¹⁴² Silva LBE, Silva SSBE, Marcílio AG, Pierin AMG. Prevalence of arterial hypertension among Seventh-Day Adventists of the São Paulo state capital and inner area. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(4):329-337
- ¹⁴³ Portal do Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/trabalhandoporvoce/casa-civil-investimentos> Acesso em 27 mar 2012.
- ¹⁴⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Senso 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 27 mar 2012.

- ¹⁴⁵ 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.
- ¹⁴⁶ Fisberg RM, Colucci ACA, Morimoto JM, Marchioni DML. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. Rev Saúde Pública 2008; 42(3): 550-554.
- ¹⁴⁷ 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.
- ¹⁴⁸ 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.
- ¹⁴⁹ 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.
- ¹⁵⁰ 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.
- ¹⁵¹ 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.
- ¹⁵² Rosner B. Fundamentals of biostatistics. Duxbury Press, 4ª edição New York, 1994, pp. 682
- ¹⁵³ Guedis AG, Souza BDB, Marques CF, Piedra PS, Braga JCMS, Cardoso MLG, Amodeo C *et al.* White coat hypertension and its accurate diagnostic. Is it important? Rev Bras Hipertens 2008; 15(1):46-50.
- ¹⁵⁴ Byrne DG, Espnes GA. Occupational stress and cardiovascular disease. Stress and health 2008; 24: 231-238.
- ¹⁵⁵ Couto HA, Vieira FLH, Lima EG. Work stress and arterial hypertension. Rev Bras Hipertens 2007; 14(2): 112-115.
- ¹⁵⁶ Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, *et al.* Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Arq Bras Cardiol 2007; 88(4) : 452-457

-
- ¹⁵⁷ Pierin AMG, Mion Junior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. The profile of hypertensive patients related to awareness and level of hypertension. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(1): 11-8.
- ¹⁵⁸ Pierin AMG, Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Ortega K, Mion Junior D. Biopsychosocial variables and attitudes towards treatment influence complicated hypertension. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 648-654.
- ¹⁵⁹ 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.
- ¹⁶⁰ 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.
- ¹⁶¹ Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA *et al.* Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1): 59-65
- ¹⁶² 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
- ¹⁶³ Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Oliveira RC, Velásquez-Meléndez G. Association between central obesity, triglycerides and hypertension in a rural area in Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(6): 419-425
- ¹⁶⁴ Cavagioni L, Pierin AMG. Cardiovascular risk among health professionals working in pre-hospital care services. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2012; 46(2): 395-403.
- ¹⁶⁵ Sarno F, Monteiro CA. Relative importance of body mass index and waist circumference for hypertension in adults. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(5): 788-796.
- ¹⁶⁶ Correia MLG. Obesidade e Hipertensão arterial. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. *Hipertensão*. Rio de Janeiro:Elsevier, 2006, 53-58.
- ¹⁶⁷ Galvão R, Kohlmann Jr O. Hipertensão arterial no paciente obeso. *Rev Bras Hipertens*. 2002;9(3):262-7.

- ¹⁶⁸ Neves EB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares do exército brasileiro: associação com a hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(5):1661-1668.
- ¹⁶⁹ Teixeira RCMA, Molina MCB, Flor DS, Zandonade E, Mill JG. Nutritional status and lifestyle in vegetarians and omnivorous individuals – Grande Vitória – ES. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 131-43.
- ¹⁷⁰ Fraser GE. Vegetarian diets: what do we know of their effects on common chronic diseases? *Am J Clin Nutr* 2009; 89(suppl):1607–1612.
- ¹⁷¹ Center for disease control and prevention. Promoting physical activity : a best buy in public health. Washington, 2000.
- ¹⁷² Laterza MC, Rondon MUPB, Negrão CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14(2): 104-111.
- ¹⁷³ Rossi A, Dikareva A, Bacon SL, Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *J Hypertens* 2012; 30: 1-12.
- ¹⁷⁴ Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev Bras Med Esporte* 2004; 10(4): 319-324.
- ¹⁷⁵ 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.
- ¹⁷⁶ Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette Smoking and Hypertension. *Current Pharmaceutical Design* 2010; 16(23):2518-2525.
- ¹⁷⁷ Halperin RO, Gaziano JM, Sesso HD. Smoking and the Risk of Incident Hypertension in Middle-aged and Older Men. *Am J Hypertens* 2008; 21(2): 148-152.
- ¹⁷⁸ 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.
- ¹⁷⁹ 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.

-
- ¹⁸⁰ 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.
- ¹⁸¹ 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.
- ¹⁸² De Oliveira CM, Pereira AC, Andrade M, Soler JM, Krieger JE. Heritability of cardiovascular risk factors in a brazilian population: Baependi Heart Study. BMC Med Genet 2008; 9:32.
- ¹⁸³ 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
- ¹⁸⁴ Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F *et al...* On behalf of the Interheart study investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study). Case-control. Lancet. 2004; 364: 937-952.
- ¹⁸⁵ Pierin AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. Rev Esc Enferm USP 1989; 23: 35-48.
- ¹⁸⁶ 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.
- ¹⁸⁷ 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.
- ¹⁸⁸ 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.
- ¹⁸⁹ 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.
- ¹⁹⁰ Ohira T, Tanigawa T, Tabata M, Imano H, Kitamura A, Kiyama M *et al...* Effects of Habitual Alcohol Intake on Ambulatory Blood Pressure, Heart Rate, and Its Variability Among Japanese Men. Hypertension 2009; 53: 13-19.

- ¹⁹¹ Criqui MH, Wallace RB, Mishke M, Connor EB, Heiss G. Alcohol Consumption and Blood Pressure The Lipid Research Clinics Prevalence Study. *Hypertension*. 1981; 3; 557-565.
- ¹⁹² Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(4): 630-640.
- ¹⁹³ Richardson LK, Amstadter AB, Kilpatrick DG, Gaboury MT, Tran TL, Trung LT *et al*. Estimating Mental Distress in Vietnam: the Use of the SRQ-20. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56: 133.
- ¹⁹⁴ Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo clin proc*. 2001; 76(12):1189-91.
- ¹⁹⁵ McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 2000; 19(3): 211-222.
- ¹⁹⁶ Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiqu. Clín.* 2007; 34 (supl 1): 88-94.
- ¹⁹⁷ Dourado KF, Câmara FA, Campos S, Rojas HF, Simões SKS, Siqueira LP. Estado nutricional, estilo de vida e risco cardiovascular de ovolactovegetarianos e onívoros. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion* 2010; 60(3): 220-226.
- ¹⁹⁸ Lopes HF. DASH diet: a scientific proof that balanced food intake and moderation are important for the health. *Hipertensão* 2007; 10(1): 25–29.
- ¹⁹⁹ 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
- ²⁰⁰ Cassis LA, Police SB, Yiannikouris F, Thatcher SE. Local Adipose Tissue Renin-Angiotensin System. *Curr Hypertens Rep*. 2008; 10 (2): 93-98.
- ²⁰¹ Kannel WB. Framingham Study Insight into Hypertensive Risk of Cardiovascular Disease. *Hypertens Res*. 1995; 18: 181-196.
- ²⁰² Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimdt MI *et al*. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; 14(1) : 41 - 68

-
- ²⁰³ Moreira LB. Álcool e hipertensão. In: Brandão A. *et al.* Hipertensão. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier; 2006. 94-97.
- ²⁰⁴ Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, J. Gaziano M. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension* 2008;51:1080-1087.
- ²⁰⁵ Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):35-38.
- ²⁰⁶ Zhang WZ, Venardos K, Chin-Dusting J, Kaye DM. Adverse effects of cigarette smoke on NO bioavailability. Role of Arginine Metabolism and Oxidative Estresse. *Hypertension*. 2009; 48: 278-285.
- ²⁰⁷ Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Oliveira PV Vitorino *et al...* Arterial hypertension and its correlation with some risk factors in a small brazilian town. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(4): 502-509
- ²⁰⁸ National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. NIH Conference. *Ann Intern Med* 2006; 145: 839-844. Disponível em: <http://www.annals.org/content/145/11/839.full.pdf+html> Acesso em: 06 Jun 2012.
- ²⁰⁹ Shook RP, Lee DC, Sui X, Prasad V, Hooker SP, Church TS *et al...* Cardiorespiratory fitness reduces the risk of incident hypertension associated with a parental history of hypertension. *Hypertension* 2012;59(6):1220-1224
- ²¹⁰ Guedes MVC, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(6): 1038-42.
- ²¹¹ Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm* [online] 2011; 64(5): 849-856.
- ²¹² 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.
- ²¹³ Franceli AB, Figueiredo AS, Fava SMCL. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. *Rev Min Enferm* 2008;12(3):303-308.
- ²¹⁴ 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.

-
- ²¹⁵ Mantovani MF, Ulbrich EM, Pinotti S, Giancomozzi 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(30):336-342.
- ²¹⁶ Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. *Am Psychol* 2003; 58(1): 36-52
- ²¹⁷ Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório referência. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76(5):349-351
- ²¹⁸ Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Latino-americana de Enfermagem* 2006; 14(3): 435-41.
- ²¹⁹ Walden R, Tomlinson B. Cardiovascular Disease. In: Benzie IFF, Wachtel-Galor S, editors. *Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects*. 2nd edition. Boca Raton (FL): CRC Press; 2011. Chapter 16. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92767/> accessed: 05 Jun 2012.
- ²²⁰ Victorio CP, Kuster RM, Moura RS, Lage CLS. Vasodilator activity of extracts of field *Alpinia purpurata* (Vieill) K: Schum and A. zerumbet (Pers.) Burt et Smith cultured in vitro. *Braz. J. Pharm. Sci.* [online] 2009; 45(3):507-514.
- ²²¹ Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med.* 1998;28(2):189-213.
- ²²² 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.
- ²²³ Lubianca JN, Valle FH, Fuchs FD. Menopausa e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2008; 15(4):222-224.
- ²²⁴ 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.

- ²²⁵ 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.
- ²²⁶ Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2603-2610.
- ²²⁷ Costa RS, Nogueira RT. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem* [on line] 2008; 16(5):1-6
- ²²⁸ Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med J Austr* 2007; 186(10): 47-50.
- ²²⁹ Hill TD, Burdette AM, Ellison CG, Musick MA. Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Prev Med* 2006; 42(4): 309-312.
- ²³⁰ Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Rev Psiquiatr clin* 2009; 4(36): 1-16.
- ²³¹ Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Red Meat Consumption and Mortality. *Arch Intern Med*. 2012;172(7):555-563.
- ²³² Nagao M, Iso H, Yamagishi K, Date C, Tamakoshi A. Meat consumption in relation to mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women. *Eur J Clin Nutr* 2012; 66(6):687-93.
- ²³³ 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. *Ciência e saúde coletiva* 2011; 16(supl 1):1389-1400.
- ²³⁴ Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, Lima NK. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. *Arq. Bras. Cardiol*. 2012, [Epub ahead of print].
- ²³⁵ Tailakh A, Menten JC, Morisky DE, Pike NA, Phillips LR, Evangelista LS. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among arab americans *J Cardiovasc Nurs*. 2012; 19 [Epub ahead of print].
- ²³⁶ Wu Y, Tai ES, Heng D, Tan CE, Low LP, Lee J. Risk factors associated with hypertension, awareness, treatment and control in a multi-ethnic Asian population. *Journal of Hypertension* 2009, 27:190–197

- ²³⁷ Agyemang C, Nicolaou M, Boateng L, Dijkshoorn H, Van De Born BJ, Stronks K. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Ghanaian population in Amsterdam, the Netherlands: The Ghaia Study. *Eur J Prev Cardiol* 2012 [Epub ahead of print].
- ²³⁸ Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):637-642.
- ²³⁹ Carvalho AK, Menezes AMB, Camelier A, Rosa FW, Nascimento OA., Perez-Padilla R *et al.* Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the Platino study. *Cad. Saúde Pública* [on line] 2012; 28(5): 905-912.
- ²⁴⁰ Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III 1988-1991. *Prev Med* 1997; 26:678-85.
- ²⁴¹ 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
- ²⁴² Silva, GCA, Pierin AMG. Home blood pressure monitoring: assessment of efficiency in control of hypertensive patients and attenuation of white-coat effect. *Rev Esc Enferm USP*. No prelo. 2012.
- ²⁴³ Mancia G, Zanchetti A, Agabiti-Rosei E, Benemio G, De Cesaris R, Fogari R, *et al.* Ambulatory blood pressure is superior to clinic blood pressure in predicting treatment-induced regression of left ventricular hypertrophy. SAMPLE Study Group. Study on Ambulatory Monitoring of Blood Pressure and Lisinopril Evaluation. *Circulation* 1997;95(6):1464-70.
- ²⁴⁴ Segà R, Trocino G, Lanzarotti A, Carugo S, Cesana G, Schiavina R *et al.* Alterations of cardiac structure in patients with isolated office, ambulatory, or home hypertension : data from the general population (*Pressione Arteriose Monitorate E Loro Associazioni* [PAMELA] Study. *Circulation* 2001;104:1385-1392
- ²⁴⁵ Colósimo FC, Silva SSBE, Pierin AMG. Medida residencial da pressão arterial (MRPA) e programa de educação para hipertensos: ferramentas de incremento do controle. *Hipertensão* 2008; 11(2): 55–60

-
- ²⁴⁶ Drawz PE, Abdalla M, Rahman M. Blood Pressure Measurement: Clinic, Home, Ambulatory, and Beyond. *Am J Kidney Dis*. 2012. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521624>
- ²⁴⁷ Agena, F. Avaliação do comportamento da pressão arterial em pacientes transplantados renais através de três métodos de mensuração [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de medicina da USP; 2010.
- ²⁴⁸ Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I, Gattobigio R, Sacchi N, Porcellati C. White coat hypertension and white coat effect. similarities and differences. *Am J Hypertens* 1995; 8(8):790-798.
- ²⁴⁹ Myers MG, Haynes RB, Rabkin SW. Canadian Hypertension Society guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens* 1999;12(11 Pt 1):1149-57.
- ²⁵⁰ Colosimo FC, Silva SSBE, Toma GA, Pierin AMG. Atuação da enfermeira eleva o controle de hipertensos e diminui o efeito do avental branco. *Rev Esc Enferm USP*. No prelo. 2012.
- ²⁵¹ Mancia, G, Bertineri, G, Grassi, G, Parati G, Pomidossi G, Ferrari A *et al...* Effects of blood pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* 1983; 4(3): 695-698. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6136837>
- ²⁵² Campbell NRC, Milkovich L, Burgess E, McKay DW. Self-measurement of blood pressure: accuracy, patient preparation for readings, technique and equipment. *Blood Press Monit*. 2001;6:133-8.
- ²⁵³ La Batide-Alanore A, Chatellier G, Bobrie G, Fofol I, Ploui PF. Comparison of nurse- and physician- determined clinic blood pressure levels in patients referred to a hypertension clinic: implications for subsequent management. *J Hypertens* 2000;18: 391-8.
- ²⁵⁴ Gosse P, Promax H, Durandet P, Clementy J. 'White coat' hypertension. no harm for the heart. *Hypertension* 1993; 22(5):766-70.
- ²⁵⁵ Cavallini MC, Roman MJ, Pickering TG, Schwartz JE, Pini R, Devereux RB. Is white coat hypertension associated with arterial disease or left ventricular hypertrophy? *Hypertension* 1995; 26(3):413-9
- ²⁵⁶ Ohkubo T, Kikuya M, Metoki H, Asayama K, Obara T, Hashimoto J, *et al*. Prognosis of "masked" hypertension and "white-coat" hypertension detected by 24-h ambulatory blood pressure monitoring. 10-year follow-up from the Ohasama study. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:508-15.

-
- ²⁵⁷ Kotsis V, Stabouli S, Toumanidis S, Papamichael C, Lekakis J, Germanidis G, *et al.* Target organ damage in "White coat hypertension" and "Masked hypertension". *Am J Hypertens* 2008 Apr;21(4):393-399
- ²⁵⁸ Stergiou GS, Baibas NM, Kalogeropoulos PG. Cardiovascular risk prediction based on home blood pressure measurement: The DIDIMA Study. *Journal of Hypertension* 2007; 25(8): 1590-1596
- ²⁵⁹ Myers GM, Reeves RA. White coat effect In treated hypertensive patients: sex differences. *J Hum Hypertens* 1995; 9: 729-733.
- ²⁶⁰ Pickering TG, James GD, Boddie C, Harshfield GA, Blanks S, Laragh JH. How common is white coat hypertension? *JAMA* 1988; 259(2): 225-228.
- ²⁶¹ Kuwajima I, Hoh E, Suzuki Y, Matsushita S, Kuramoto K. Pseudohypertension in the elderly. *J Hypertens* 1990;8(5):429-32.
- ²⁶² Lopes PC, Coelho EB, Geleilate TJM, Nobre F. Hipertensão mascarada. *Rev Bras Hipertens* 2008; 15(4):201-205.
- ²⁶³ Mancia G, Facchetti R, Bombelli M, Grassi G, Sega R. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 2006;47:1-8.
- ²⁶⁴ Mancia G, Bombelli M, Facchetti R, Madotto F, Quarti-Trevano F, Polo Friz H, Grassi G, Sega R. Long-term risk of sustained hypertension in white-coat or masked hypertension. *Hypertension* 2009;54(2):226-232.
- ²⁶⁵ Pierdomenico SD, Cuccurullo F. Prognostic value of white-coat and masked hypertension diagnosed by ambulatory monitoring in initially untreated subjects: an updated meta analysis. *Am J Hypertens*. 2011;24(1):52-58.