Orientações de mudança de estilo de vida em pacientes hipertensos

Guidance for lifestyle change of hypertensive patients

Ignatz Rohrbacher[1], Carlos Junio da Silva Corrêa[1], Guilherme Luiz Pacher Schmitz[1], Milton Cesar Bittencourt Rômulo[1], Patricia Carla Zanelatto Gonçalves[2]

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, multifatorial de alta prevalência no Brasil. A terapêutica inicial indicada para os pacientes é a mudança de estilo de vida (MEV), medida que necessita de plena aderência para ser efetiva. O estudo avaliou a adesão dos pacientes hipertensos à MEV proposta pela Secretaria Municipal de Saúde. **Métodos:** Este é um estudo transversal observacional que utilizou um questionário de mensuração quantitativa para avaliar variáveis socioeconômicas, tempo de participação no Programa de Hipertensão, orientações recebidas, frequência de consultas, hábitos não saudáveis, alterações realizadas, comorbidades, complicações e motivação. Os questionários foram aplicados a 107 participantes em entrevista individual ao final das reuniões do Programa de Hipertensão de quatro Unidades Básicas de Saúde. Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel 2007®, e a análise feita pelos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Binomial. **Resultados:** Antes de entrar no programa, grande parte dos participantes mantinha hábitos não saudáveis (95%), mas modificaram pelo menos um hábito de vida após ingressar no programa (91,6%). A interrupção do tabagismo ($p<0,001$) e redução do consumo de gordura ($p<0,001$) e sal ($p<0,001$) foram os hábitos mais alterados. **Conclusões:** Concluímos que os participantes do estudo aderem à MEV de forma insuficiente. As principais alterações foram a interrupção do tabagismo e a diminuição da ingesta de sal e gorduras, sendo o exercício físico pouco adotado.

UNITERMOS: Hipertensão, Estilo de Vida, Saúde Pública, Educação em Saúde, Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

Introduction: *Systemic hypertension is a chronic, multifactorial disease of high prevalence in Brazil. The initial therapy indicated for patients is lifestyle change (LC), a measure which requires full compliance to be effective. The study evaluated the adherence of hypertensive patients to LC as proposed by the Local Health Department.* ***Methods:*** *This was an observational cross-sectional study using a quantitative measurement questionnaire to assess socioeconomic variables, length of participation in the Hypertension Program, recommendations received, frequency of medical visits, unhealthy habits, changes made, co-morbidities, complications and motivation. The questionnaires were administered to 107 participants in individual interviews at the end of the meetings of the Hypertension Program of four Basic Health Units. Data were tabulated in spreadsheets of Microsoft Excel 2007® and the statistical analysis was performed by Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Binomial tests.* ***Results:*** *Before joining the program, most participants had unhealthy habits (95%), but changed at least one habit of life after joining the program (91.6%). Smoking cessation ($p<0.001$) and reduction of fat intake ($p<0.001$) and salt ($p<0.001$) were the changes most often made.* ***Conclusions:*** *We conclude that participants' adherence to LC was only partial. The main changes made were smoking cessation and decreased intake of salt and fat, and physical exercise was seldom adopted.*

KEYWORDS: Hypertension, Lifestyle, Public Health, Health Education, Eating Habits.

[1] Acadêmico pela Faculdade de Medicina da Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.

[2] Mestrado em Clínica Cirúrgica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Especialização em Medicina Estética pela Associação Internacional de Medicina Estética (2005), Residência Médica em Clínica Médica pelo Hospital Universitário Cajuru da PUCPR e Graduação em Medicina pela PUCPR. Professora Adjunta das Disciplinas de Saúde da Família III e Saúde da Família IV do Curso de Medicina da Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica de etiologia multifatorial, com prevalência em torno de 25 a 30% na população adulta e mais de 50% na população acima de 60 anos no Brasil. É fator de risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), demência, doença renal crônica e insuficiência cardíaca. Embora a principal causa de óbitos no Brasil sejam as doenças cardiovasculares, muitas vezes o tratamento é inadequado ou negligenciado (1,2).

A primeira alternativa terapêutica é a mudança de estilo de vida (MEV), que é indicada no tratamento da HAS com ou sem medicamentos associados (3,4,5). As orientações de MEV variam de acordo com o *Guideline* seguido e dependem, em grande parte, da adesão do paciente (1,6). Ela deve ser sugerida no início do tratamento, encorajada e reforçada periodicamente ao longo do tempo (7,8,9). Uma forma de reforçar a MEV é explicar sua importância ao paciente, estar disponível para responder perguntas, escrever as orientações e, se possível, oferecer material audiovisual (1,4,7). A figura do médico é muito importante na hora de apresentar a MEV, e o reforço das orientações por outros profissionais da saúde, como enfermeiros e nutricionistas, é benéfico e melhora os resultados clínicos (10,11). Diferentemente da terapia com drogas, que pode causar efeitos adversos e reduzir a qualidade de vida, a terapia não farmacológica não tem efeitos danosos conhecidos, melhora o bem-estar, melhora a resposta ao tratamento medicamentoso e possui menor custo (5,6).

Sobre os hábitos de vida, sabe-se que parar de fumar é a MEV mais significativa na prevenção de uma série de doenças cardiovasculares, como o AVE e infarto agudo do miocárdio, e por isso a interrupção do tabagismo deve ser encorajada (6,12,13). A relação entre consumo de álcool, pressão arterial e prevalência de hipertensão arterial é linear (6,12). O excesso no consumo de sódio tem um papel principal na patogênese da HAS e na prevalência de hipertensos, sendo importante encorajar a redução da ingesta diária (2,6,7). Além disso, ele é um fator de risco independente para a hipertrofia de ventrículo esquerdo, fibrose cardíaca e renal (2,12). O aumento do consumo de potássio e a dieta DASH (*Dietary Approches to Stop Hypertension*) têm efeito anti-hipertensivo comprovado (6,12,14). Esta dieta diminui o peso do paciente, frequência cardíaca, risco de diabetes tipo 2, proteína C reativa, apoliproteína B e homocisteína (1). A diminuição do peso é efetiva na redução da pressão arterial em pacientes obesos e com sobrepeso (6,12). Mesmo níveis moderados de exercícios podem diminuir a pressão arterial (12). São recomendadas caminhadas de 30 a 40 minutos na maioria dos dias (8).

O objetivo do estudo foi avaliar a adesão dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica às mudanças de estilo de vida propostas pelo Protocolo de Hipertensão do Programa de Hipertensão Arterial, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e buscar correlações entre as mudanças, para elucidar quais são as mais adotadas.

MÉTODOS

Este é um estudo observacional transversal que utilizou um questionário com escala de mensuração quantitativa para coletar dados sobre condições socioeconômicas, idade, sexo, escolaridade, renda familiar média em salários mínimos, tempo que o paciente participa do Programa de Hipertensão, orientações que recebeu sobre MEV, frequência de consultas ao médico, hábitos de vida não saudáveis que mantinha antes das orientações, mudanças realizadas até o momento, comorbidades, complicações e motivação para a MEV.

Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores em uma entrevista individual ao final das reuniões do Programa de Hipertensão nas Unidades Básicas de Saúde, disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, no período entre julho e setembro de 2012. A amostragem da população estudada foi do tipo não probabilística de voluntários, na qual foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica que participaram das reuniões do Programa de Hipertensão no período descrito. Foram excluídos 4 pacientes menores de 18 anos devido à maior incidência de hipertensão arterial por outras etiologias. O n final foi de 107 participantes distribuídos em quatro Unidades Básicas de Saúde, correspondendo a quatro distritos sanitários da cidade. Os participantes foram informados sobre a pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia do termo.

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel 2007®. Para a comparação de dois grupos em relação a variáveis quantitativas, foi considerado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para comparação de mais de dois grupos em relação a variáveis quantitativas, considerou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para comparação dos fatores avaliados, em relação à probabilidade de mudança de estilo de vida, foi considerado o teste Binomial.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Positivo em maio de 2012 e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná, em junho de 2012. O financiamento do estudo foi feito integralmente pelos próprios pesquisadores.

RESULTADOS

Os dados socioeconômicos obtidos mostraram uma maior prevalência de pacientes do sexo feminino (59,8%), maiores de 50 anos (91,5%), com ensino fundamental incompleto (71,9%) e com renda familiar menor que 5 salários mínimos (97,2%). A maioria dos entrevistados participava dos grupos do Programa de Hipertensão havia mais de 6 meses (90,6%).

Grande parte dos participantes (95,3%) mantinha algum hábito de risco antes de entrar no grupo (Gráfico 1).

A maioria (96,2%) declarou ter recebido orientações para MEV dentro do grupo, e os profissionais mais citados como orientadores foram os médicos (79,4%) e enfermeiros (49,5%). Quando perguntados sobre a adesão à MEV após o ingresso no grupo, quase a totalidade respondeu ter modificado pelo menos um (91,6%) ou mais que um hábito de risco (79,4%), e os principais fatores de incentivo para essa mudança foram o médico e a iniciativa própria.

No que tange às comorbidades, grande parte dos hipertensos afirmou possuir ao menos uma outra doença (78,5%), sendo o *Diabetes Mellitus* tipo II a mais citada. Entre os participantes que afirmaram ser tabagistas e sedentários antes de ingressar no Programa de Hipertensão (n=22), encontramos que foi significativamente maior o índice de interrupção do tabagismo, quando comparado ao início de atividades físicas regulares (p<0,001) (Gráfico 2). Entre os participantes que afirmaram ter uma dieta rica em sal e, ao mesmo tempo, ser sedentários antes de ingressar no Programa de Hipertensão, encontramos que foi significativamente maior o índice de diminuição do consumo de sal na dieta, quando comparado ao início de atividades físicas regulares (p<0,001) (Gráfico 3).

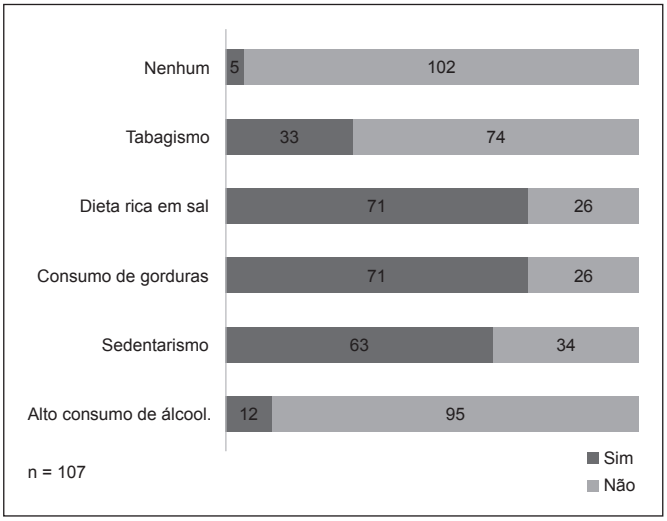


Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos de acordo com a prática de hábitos nocivos antes de entrar no grupo de hipertensos.

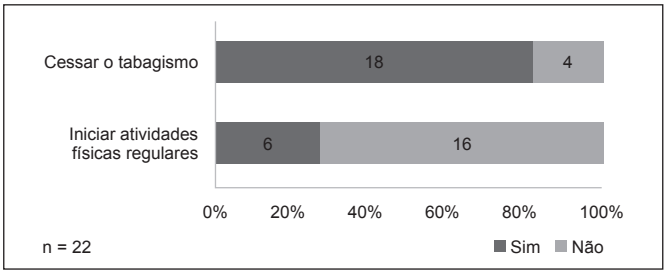


Gráfico 2 – Adesão dos indivíduos fumantes e sedentários em relação a cessar o tabagismo e a iniciar atividades físicas regulares (p<0,001).

Entre os pacientes que afirmaram manter uma dieta rica em gorduras e, ao mesmo tempo, ser sedentários antes de ingressar no Programa de Hipertensão, encontramos que foi significativamente maior o índice de diminuição do consumo de alimentos ricos em gordura, quando comparado ao início de atividades físicas regulares (p<0,001) (Gráfico 4).

Na avaliação do efeito do número de orientadores em relação à proporção de adesão à MEV, a média foi de 63,4% de mudanças para o grupo que contou com nenhum ou um orientador, 77% para o grupo com 2 ou 3 orientadores e 93,8% para o grupo com 4 ou mais orientadores (p<0,027).

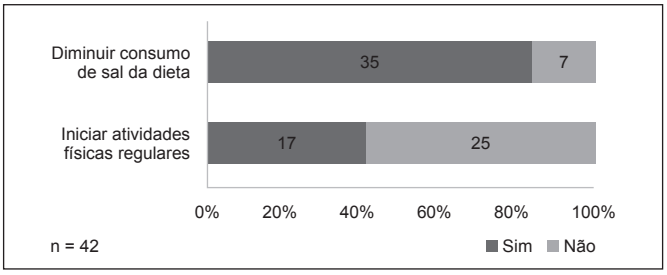


Gráfico 3 – Adesão dos indivíduos que afirmaram ter dieta rica em sal e ser sedentários em relação a diminuir consumo de sal e a iniciar atividades físicas regulares (p<0,001).

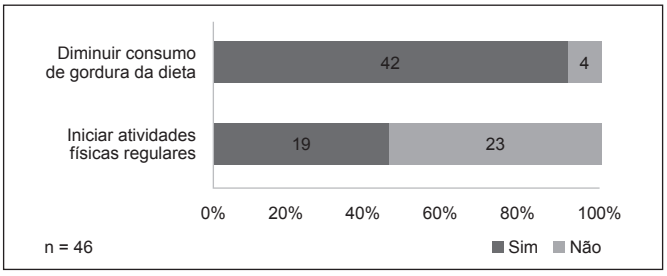


Gráfico 4 – Adesão dos indivíduos que afirmaram ter dieta rica em gordura e ser sedentários em relação a diminuir consumo de gordura na dieta e a iniciar atividades físicas regulares (p<0,001).

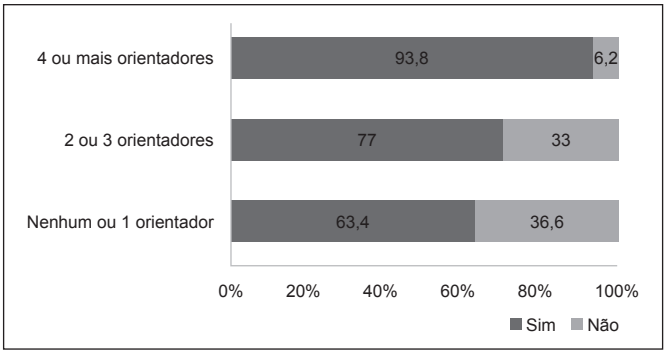


Gráfico 5 – Adesão à MEV de acordo com o número de orientadores (p<0,027).

Outras variáveis, como idade, sexo, escolaridade, renda, tempo de participação no grupo, frequência de consultas médicas, quantidade de hábitos não saudáveis e complicações relacionadas à HAS, não tiveram relações significativas com a adesão da MEV (p>0,05).

DISCUSSÃO

A HAS primária é uma doença crônica de etiologia multifatorial, com prevalência em torno de 30% na população e predispõe a complicações cardiovasculares, principal causa de óbito no Brasil (1,2). A primeira alternativa terapêutica é a mudança de estilo de vida associada ou não à terapia medicamentosa (3,4,5). Existem diversos hábitos não saudáveis que podem ser alterados, sendo que os mais prevalentes mantidos pelos participantes antes de entrar no Programa de Hipertensão neste estudo foram o sedentarismo, a dieta rica em sal e gordura. Tais fatores necessitam de maior ênfase nas orientações sobre o estilo de vida. A dieta DASH, constituída de frutas, vegetais, produtos de baixas calorias, pouco colesterol, gordura saturada e total, tem relevante efeito anti-hipertensivo e é uma forma de tratamento amplamente estudada e validada (14). Além da dieta, é necessário informar sobre os benefícios da atividade física, principalmente aeróbia, pois, mais que diminuir a pressão arterial, reduz o peso e melhora os índices lipídicos. A MEV é, portanto, um significativo modo terapêutico (6,12).

O maior grupo de participantes possuía mais de 50 anos, o que reflete a prevalência da HAS proporcionalmente aumentada de acordo com a idade da população (1,2). Outros dados socioeconômicos destacados são a renda e a escolaridade baixas, fatores que podem dificultar a adesão da MEV, mas não impedem que sejam orientadas (3,11).

Grande parte dos pacientes mantinha hábitos não saudáveis antes de ingressar no Programa de Hipertensão, e, ao entrar no grupo, recebeu orientações de MEV por um profissional de saúde. O principal profissional apontado foi o médico, e o fator de incentivo mais importante para a alteração de hábitos não saudáveis foi a iniciativa própria. Esses dados concordam com as diretrizes do *American Heart Association,* que reconhecem que os médicos podem ter uma influência poderosa sobre a disposição de seus pacientes para fazer alterações no estilo de vida (1).

Verificou-se uma maior adesão à MEV quando mais de um profissional de saúde orientou o paciente. Devido ao fato de a HAS ser uma doença crônica e silenciosa, a abordagem multiprofissional é benéfica para que o paciente compreenda a relevância de sua doença. Os profissionais da área da saúde podem utilizar explicações escritas e verbais claras, incluir os pacientes em grupos de apoio, encaminhar para nutricionistas ou enfermeiras experientes, a fim de aumentar a taxa de sucesso da MEV (1,8,10).

Diminuir o consumo de gordura, reduzir o consumo diário de sal e interromper o tabagismo alcançaram neste estudo uma adesão duas vezes maior quando comparadas a iniciar atividades físicas regulares. Isso reforça a necessidade de orientar periodicamente a importância do exercício físico tanto para combater a HAS quanto para melhorar a função cardiovascular e o condicionamento físico (6,12).

O estudo possui a limitação de ter sido composto por um grupo específico de amostra não probabilística, que o torna sujeito ao viés de seleção. O número reduzido de participantes e o fato de ser um estudo descritivo prejudicam a comparação com outras pesquisas.

CONCLUSÕES

Concluímos que os pacientes hipertensos aderem de modo insuficiente às mudanças de estilo de vida propostas pelo Protocolo de Hipertensão do Programa de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Dentre os hábitos alterados, a diminuição do consumo diário de sal, de gordura e a interrupção do tabagismo foram mais adotados, em comparação com o início de atividades físicas regulares.

REFERÊNCIAS

1. Nicoll R, Henein MY. Hypertension and lifestyle modification: how useful are the guidelines? Br J Gen Pract. 2010, 60(581) : 879-80.
2. Appel LJ, Frohlich ED, Hall JE, Pearson TA, Sacco RA, Seals DR, Sacks FM, Smith SC Jr, Vafiadis DK, Van Horn LV. The Importance of Population-Wide Sodium Reduction as a Means to Prevent Cardiovascular Disease and Stroke : A Call to Action From the American Heart Association. Circulation. 2011, 123(10) : 1138-43.
3. Neutel CI, Campbell N; Canadian Hypertension Society. Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. Can J Cardiol. 2008, 24(3) : 199-204.
4. Fujii H, Muto T, Haruyama Y, Nakade M, Kobayashi E, Ishisaki K, Yamasaki A.Community-Based Lifestyle Modification of Cardiovascular Disease Risk in Middle-Aged Japanese: A 27-Month Update. Tohoku J Exp Med. 2010, 220(4) : 307-18.
5. Ohta Y, Tsuchihashi T, Kiyohara K. Relationship between Blood Pressure Control Status and Lifestyle in Hypertensive Outpatients. Intern Med. 2011, 50(19) : 2107-12.
6. Whitworth JA, World Health Organization, International Society of HypertensionWriting Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003,21(11) : 1983-92.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (UK). NICE clinical guideline 127. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. Disponível em: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56008/56008.pdf. Acesso em janeiro de 2012.
8. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/orientacao_prevencao/arquivos/hipertensao_001.pdf. Acesso em janeiro de 2012.
9. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2013. Disponível em: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497#jsc130010r45. Acesso em fevereiro de 2014.
10. Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS Jr, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al.Hypertension Improvement Project (Hip): Randomized Trial Of Quality Improvement For Physicians And Lifestyle Modification For Patients. Hypertension. 2009, 54(6) : 1226-33.

11. Stewart A, Noakes T, Eales C, Shepard K, Becker P, Veriawa Y. Adherence To Cardiovascular Risk Factor Modification In Patients With Hypertension. Cardiovasc J S Afr. 2005, 16(2) : 102-107.
12. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2007, 28(12) : 1462-1536.
13. Giudice R, Izzo R, Manzi MV, Pagnano G, Santoro M, Rao MA, et al. Lifestyle-related risk factors, smoking status and cardiovascular disease. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2012, 19(2) : 85-92.
14. Lin PH, Yancy WS Jr, Pollak KI, Dolor RJ, Marcello J, Samsa GP, et al. The influence of a physician and patient intervention program on dietary intake. J Acad Nutr Diet. 2013, 113(11) : 1465-1475.

✉ Endereço para correspondência
Ignatz Rohrbacher
Rua Nilo Cairo, 524/306
80.060-050 – Curitiba, PR – Brasil
☎ (41) 9971-8962
💻 ignatz.rohrbacher@gmail.com

Recebido: 24/1/2014 – Aprovado: 1/4/2014