



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Débora Dada Martineli Torres

**Conhecimento e Associação com o Etilismo na
Hipertensão Arterial**

São José do Rio Preto

2015

Débora Dada Martineli Torres

**Conhecimento e Associação com o Etilismo na
Hipertensão Arterial**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto
para obtenção do Título de Mestre no
Curso de Pós-Graduação em
Enfermagem, Eixo Temático: Tópicos
Avançados no trabalho e Saúde.

Orientador(a): Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino

São José do Rio Preto

2015

Ficha Catalográfica

Torres, Débora Dada Martineli.

Conhecimento e Associação com o Etilismo na Hipertensão Arterial,
São José do Rio Preto, 2015/ Débora Dada Martineli Torres.

São José do Rio Preto, 2015

56 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto – FAMERP

Eixo Temático: Tópicos avançados no Trabalho e Saúde

Orientador(a): Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino

1.Hipertensão; 2.Controle e Prevenção; 3.Pressão Arterial; 4.Etilismo;
5.Doença Cardiovascular; 6.Prevalência.

Débora Dada Martineli Torres

**Conhecimento e Associação com o Etilismo na
Hipertensão Arterial**

BANCA EXAMINADORA

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE**

Presidente e Orientador: Prof^a. Dra. Claudia Bernardi Cesarino

1º Examinador: Daniela Comelis Bertolin

2º Examinador: José Paulo Cipullo

1º Suplente: Jomara Brandini Gomes

2º Suplente: José Fernando Vilela Martin

São José do Rio Preto, 16/12/2015.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas e Quadros.....	vi
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Resumen.....	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	5
2.1. Manuscrito 1.....	7
2.2. Manuscrito 2.....	19
3. CONCLUSÕES.....	33
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	38

Dedico este trabalho à minha mãe Helena, maior exemplo de perseverança na busca do conhecimento e que apesar das dificuldades soube transmitir sua sabedoria e apoio constante. Ensinando-me sempre a buscar proteção e forças em Deus nos momentos bons e difíceis com perseverança e fé, alcançando assim, a vitória.

*Ao meu amado esposo, Marcelo, por ter estado ao meu lado, incentivando e estendendo a mão nas dificuldades, companheiro inseparável, fonte de sabedoria e compreensão.
Amor para toda a vida;*

Ao Pedro, meu querido filho, que ainda não conheço o rostinho, mas já é o motivo do meu viver e o maior amor do mundo.

*“Quando se ama não é preciso entender o que se passa lá
fora, pois tudo passa a acontecer dentro de nós”
(Paulo Coelho)*

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus que me deu a vida, saúde e determinação para atingir meus objetivos.

Aos meus pais Helena e Antonio (in memoriam) que são a base da minha sustentação, agradeço pelo constante amor, carinho, compreensão e incentivo ao estudo, indispensáveis na trajetória deste trabalho e da minha vida.

Ao meu esposo, Marcelo, pelo amor e carinho durante a realização desta pesquisa e pela compreensão em razão das horas que deixei de estar presente por razões de dedicação aos estudos.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Claudia Bernardi Cesarino, pela orientação, paciência, dedicação, carinho e amizade, mesmo envolvida com inúmeras responsabilidades e afazeres. Você é minha eterna mentora, a enfermeira-docente que me inspira com seu profissionalismo, dedicação, conhecimento e amor ao próximo.

Ao Dr. Vilela por toda sua ajuda, oportunidade e apoio durante a condução do trabalho.

Ao Dr. Cipullo por sua inspiração, conhecimento e dedicação.

À Gisela por toda sua dedicação e ajuda no desenvolvimento do trabalho.

Aos demais professores da FAMERP, agradeço os valiosos ensinamentos em sala de aula e as contribuições para minha formação profissional e pessoal.

Aos amigos, a amizade e a torcida, por me apoiarem e acreditarem que eu seria capaz de concluir mais esta etapa.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, berço da minha graduação e, agora, acesso ao qualificado programa de Mestrado em Enfermagem;

Aos docentes que aceitaram ser examinadores na banca de qualificação e defesa, pelas contribuições;

A todos que de alguma forma contribuíram para conclusão desta etapa do meu aprendizado;

*“O tempo muito me ensinou:
Me ensinou a amar a vida,
Não desistir de lutar,
Renascer na derrota,
Renunciar às palavras e pensamentos negativos,
Acreditar nos valores humanos,
E a ser otimista.
Aprendi que mais vale tentar do que recuar,
Antes acreditar do que duvidar,
Que o que vale na vida,
Não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.”*

Cora Coralina

Lista de Figuras

Manuscrito 1

- Figura 1.** Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto quanto á percepção da própria saúde de acordo com as faixas etárias, São José do Rio Preto-SP, 2005..... 12

Manuscrito 2

- Figura 1.** Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto quanto ao consumo de álcool, São José do Rio Preto-SP, 2005..... 28
- Figura 2.** Distribuição do consumo de álcool segundo escolaridade, São José do Rio Preto-SP, 2005..... 28
- Figura 3.** Distribuição do consumo de álcool segundo classe social, São José do Rio Preto-SP, 2005..... 29
- Figura 4.** Distribuição do consumo de álcool na população hipertensa segundo gênero, São José do Rio Preto-SP, 2005 29
- Figura 5.** Distribuição do consumo de álcool segundo o nível de HDL - C, São José do Rio Preto-SP, 2005..... 29

Lista de Tabelas e Quadros

Manuscrito 1

Tabela 1.	Prevalência de hipertensão de acordo com a faixa etária (em anos), e odds ratio (OR) em relação ao grupo 18 a 39 anos de idade, São José do Rio Preto-SP, 2005.....	10
Tabela 2.	Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto de acordo com o conhecimento da hipertensão, São José do Rio Preto-SP, 2005.....	11
Tabela 3.	Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto de acordo com o hábito de medir a Pressão Arterial, São José do Rio Preto-SP, 2005.....	13

Manuscrito 2

Tabela 1.	Prevalência do consumo de álcool na população classificado como hipertensos e normotensos de São José do Rio Preto– SP, São José do Rio Preto, 2005.....	28
Tabela 2.	Distribuição percentual da amostra de indivíduos hipertensos e normotensos de acordo com a faixa etária e o consumo de bebida alcoólica, São José do Rio Preto-SP, 2005	28
Tabela 3.	Fatores sociodemográficos e controle da PA de hipertensos de São José do Rio Preto – SP, 2005.....	30

Lista de Abreviaturas e Símbolos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DALY	Disability-Adjusted Life Years
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cerebrovasculares
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	Pressão Arterial

Resumo

Introdução: As doenças crônicas são problemas de saúde que persistem com o decorrer do tempo e necessitam de cuidados permanentes e mudanças de hábitos de vida. Dentre as principais doenças crônicas não transmissíveis encontra-se a hipertensão arterial. O consumo de álcool, considerado um fator de risco para hipertensão arterial quando em baixas doses tem mostrado um benefício cardiovascular. **Objetivos:** analisar os indivíduos hipertensos e normotensos da população, quanto ao conhecimento da HAS, o conceito de saúde, a medição da PA; e avaliar a associação entre o etilismo e a hipertensão arterial na população adulta de São José do Rio Preto/SP. **Métodos:** Estudo transversal, em amostra de 1.717 indivíduos (hipertensos e normotensos) estratificada por faixa etária representativa da população adulta (≥ 18 anos) e urbana da cidade de São José do Rio Preto/São Paulo, Brasil. Os participantes responderam entrevista semi-estruturada com dados sóciodemográficos, escolaridade, controle de pressão arterial, conhecimento de ser hipertenso, conceito de saúde, a monitorização da pressão arterial e consumo de bebida alcoólica. A análise estatística foi feita por meio dos programas Minitab versão 12.22, Maple 9.03, R 2.4.1, utilizando-se os seguintes testes estatísticos: teste t de Student, teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 762 classificados como hipertensos, na faixa etária de 18 a 39 anos, 33% não tinham conhecimento da hipertensão arterial, sendo que o conhecimento aumentou com o avançar da idade. Quanto ao conceito de saúde observou-se um decréscimo nas respostas boa/excelente nos jovens para regular/péssima nos idosos, maioria dos hipertensos relatou que monitorizava a pressão arterial, sendo a última aferição da pressão arterial foi há menos de um mês. O estudo mostrou associação do etilismo e a hipertensão arterial na população adulta analisada, sendo que os indivíduos que relataram mais consumir bebida alcoólica foram os do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade e pertencentes a classes sociais mais baixas. Evidenciou proteção cardiovascular nos indivíduos que consomem moderadamente álcool ($p=0,035$). **Conclusão:** Esses dados referem à população de São José do Rio Preto e reforçam a necessidade da implementação de intervenções na saúde, promovendo o conhecimento da sua condição de saúde, melhoria da qualidade de vida e diminuindo, assim as taxas da morbimortalidade.

Palavras-chave: 1.Hipertensão; 2.Controle e Prevenção; 3.Pressão Arterial; 4.Etilismo; 5.Doença Cardiovascular; 6.Prevalência

Abstract

Introduction: Chronic diseases are health problems that persist over time and require constant care and changes in lifestyle. The main chronic disease is high blood pressure. Alcohol consumption is considered a risk factor for high blood pressure in low doses has shown a cardiovascular benefit. **Objectives:** analyze the hypertensive and normotensive population, as the knowledge of hypertension, the concept of health, the measurement of PA; and evaluate the association between alcohol consumption and high blood pressure in the adult population of Sao Jose do Rio Preto / SP. **Methods:** Cross-sectional study in a sample of 1,717 individuals (hypertensive and normotensive) stratified by age group representative of the adult population (≥ 18 years) and urban city of São Jose do Rio Preto / São Paulo, Brazil. The participants answered a semi-structured interview with sociodemographic data, education, blood pressure control, aware of being hypertensive, health concept, monitoring of blood pressure and alcohol consumption. Statistical analysis was done through the Minitab software version 12.22, Maple 9:03, R 2.4.1, using the following statistical tests: Student t test, chi-square test or Fischer's exact test and the significance level adopted was $p < 0.05$. **Results:** Of 762 classified as hypertensive, aged 18-39 years old, 33% were unaware of hypertension, and the knowledge increased with advancing age. The concept of health there was a decrease in good / excellent responses in young for regular / bad the elderly, most hypertensive reported that would monitor blood pressure, the last blood pressure measurement was less than a month. The study showed association of alcohol consumption and high blood pressure in the adult population analyzed, and the individuals who reported consuming more alcohol were male, with low education level and belonging to lower social classes. It showed cardiovascular protection in individuals who consume alcohol moderately ($p = 0.035$). **Conclusion:** These data refer to the population of São José do Rio Preto and reinforce the need to implement health interventions, promoting the knowledge of their health condition, improving the quality of life and thus reducing the rates of morbidity and mortality.

Keywords: 1.Hypertension; 2.Control and Prevention; 3.Blood pressure; 4.Alcoholism; 5.Cardiovascular disease; 6.Prevalence

Resumen

Introducción: crónicas enfermedades son problemas de salud que persisten en el tiempo y requieren un cuidado constante y los cambios de estilo de vida. Las principales enfermedades crónicas es la presión arterial alta. El consumo de alcohol se considera un factor de riesgo para la hipertensión arterial en dosis bajas ha demostrado un beneficio cardiovascular. **Objetivos:** analizar la población de hipertensos y normotensos, ya que el conocimiento de la hipertensión, el concepto de salud, la medición de la PA; y evaluar la asociación entre el consumo de alcohol y la hipertensión arterial en la población adulta de Sao José do Rio Preto / SP. **Métodos:** Estudio transversal en una muestra de 1.717 individuos (hipertensos y normotensos) estratificados por grupos de edad representativa de la población adulta (≥ 18 años) y urbano de la ciudad de Sao José do Rio Preto / São Paulo, Brasil. Los participantes respondieron a una entrevista semi-estructurada con datos sociodemográficos, la educación, el control de la presión arterial, conscientes de ser hipertenso, el concepto de salud, monitoreo de la presión arterial y el consumo de alcohol. El análisis estadístico se realizó a través de la versión de software Minitab 12.22, Arce 09:03, R 2.4.1, utilizando las siguientes pruebas estadísticas: prueba t de Student, la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fischer y el nivel de significación adoptado fue $p < 0,05$. **Resultados:** De 762 clasificados como hipertensos, con edades entre 18-39 años de edad, el 33% no tenían conocimiento de la hipertensión, y el conocimiento aumenta con la edad. El concepto de salud se observó una disminución en buenas excelentes respuestas / en los jóvenes de ordinario / mal los ancianos, la mayoría hipertensos informaron que sería controlar la presión arterial, la última medición de la presión arterial fue de menos de un mes. El estudio mostró asociación de consumo de alcohol y la hipertensión arterial en la población adulta analizado, y los individuos que reportaron consumir más alcohol eran varones, con un bajo nivel de educación y perteneciente a bajar las clases sociales. Mostró protección cardiovascular en personas que consumen alcohol moderadamente ($p = 0,035$). **Conclusión:** Estos datos se refieren a la población de São José do Rio Preto y refuerzan la necesidad de implementar intervenciones de salud, promoviendo el conocimiento de su estado de salud, el mejoramiento de la calidad de vida y reduciendo así las tasas de morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: 1.Hipertensión; 2.Control y Prevención; 3.Presión arterial; 4.Alcoholismo; 5.La enfermedad cardiovascular; 6.Prevalencia

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são problemas de saúde que persistem com o decorrer do tempo e necessitam de cuidados permanentes e levam a incapacidades físicas e anos de vida perdidos exigindo tratamento em longo prazo e mudanças de hábitos de vida.¹

A morbimortalidade causada pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é maior na população mais pobre² e observa-se que vários países em desenvolvimento estão enfrentando um aumento de fatores de riscos e mortes por essas doenças.³ As doenças crônicas desempenham uma função importante em relação ao número de anos de vida perdidos por incapacidade. Pesquisa baseada no indicador DALY (Disability-Adjusted Life Years: anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidade) mostrou que em 1990 as DCNT representavam 41% do total de DALY no mundo; em 2020, corresponderão por até 73% dos totais de óbitos e 60% de DALY no mundo.⁴

As DCNT são de etiologia multicausal associadas a diversos fatores de risco e entre as mais importantes estão as doenças cardiovasculares (DCV), hipertensão arterial, diabetes mellitus, neoplasias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas.²

Dentre as DCNT as DCV têm papel indiscutível na morbimortalidade do mundo ocidental. A cardiopatia isquêmica e o acidente vascular cerebral (AVC) são e serão, de acordo com as projeções para o ano 2020, as principais causas de morte, e de anos de vida perdidos com incapacitação.⁵

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco para as DCV e frequentemente associa-se ao aumento do risco de eventos fatais e não-fatais. No mundo a prevalência de hipertensos é de um bilhão, sendo a HAS responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano, já no Brasil, a prevalência de HAS variou em estudos de 22,3% a 43,9% e as DCV têm sido a

principal causa de morte, contribuindo com cerca de 30% de todas as mortes por causas definidas.⁶

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são idade, sexo, raça, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, etilismo, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética, entre outros.⁶ O consumo de álcool por longos períodos de tempo associa-se com o aumento da prevalência de HAS.⁶⁻⁷

No entanto, estudos atuais mostram que o consumo moderado de bebida alcoólica está associado com a redução do risco para DCV.⁸ A ação favorável do álcool esta relacionada principalmente ao aumento do HDL colesterol, ação antioxidante, antiinflamatória e diminuição do fibrinogênio.⁹ Por outro lado devemos observar que existem riscos relacionados ao consumo indevido de álcool como o alcoolismo.⁹ E que o uso nocivo resulta em 2,5 milhões de mortes anualmente.¹⁰

Nos países americanos a prevalência de HAS varia 14% e 40%, sendo uma doença geralmente desconhecida por metade dos pacientes, e entre aqueles que conhecem sua condição, somente a metade deles recebe algum tipo de assistência médica para seu controle, deixando quase 75% de todos os casos sem nenhum tipo de atenção ou serviços médicos. No Brasil, acredita-se que 30% da população geral acima dos 40 anos de idade possam apresentar pressão arterial (PA) elevada.¹¹

Os indivíduos hipertensos tem o hábito de medir a PA com maior frequência em relação aos não hipertensos e quando questionados sobre o conhecimento da doença, eles consideraram a HAS menos grave do que os não hipertensos.¹² É importante levar em consideração o modo como indivíduo avalia sua condição de saúde, pois isto sinaliza o impacto que a doença gera no seu bem-estar físico, mental e social.¹³

Estudo realizado utilizando os dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) com o objetivo de determinar a prevalência, conhecimento, tratamento e controle da HAS nos Estados Unidos entre os anos de 1988 e 2000 mostrou que 28,7% dos indivíduos eram hipertensos, 68,9% tinham conhecimento de serem portadores da doença, 58,4% recebiam tratamento e 31% tinham a PA controlada.¹⁴

A adesão ao tratamento é a principal medida para controlar e tratar a HAS¹⁵ e o trabalho da equipe multiprofissional é muito importante orientando quanto à aferição da PA e medidas não farmacológicas no tratamento do hipertenso.¹⁶

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos: analisar os indivíduos quanto ao conhecimento da PA, a autoavaliação de saúde, a medição da PA; e avaliar a associação entre o etilismo e a hipertensão arterial na população adulta de São José do Rio Preto/SP.

2 ARTIGOS CIENTÍFICOS

2 ARTIGOS CIENTÍFICOS

Os achados do presente estudo deram origem a dois manuscritos e submetidos á publicação em revistas indexadas.

2.1. MANUSCRITO 1

Título: Conhecimento e monitorização da pressão arterial nos indivíduos de uma população urbana do noroeste paulista.

Autores: Débora Dada Martineli Torres, Claudia Bernardi Cesarino, José Paulo Cipullo, Gisela Cipullo Moreira, José Fernando Vilela Martin.

Periódico: Revista Eletrônica de Enfermagem

2.2 MANUSCRITO 2

Título: Associação do Etilismo na População Adulta Hipertensa de São José do Rio Preto/SP

Autores: Débora Dada Martineli Torres, José Fernando Vilela Martin, Jpsé Paulo Cipullo, Gisela Cipullo Moreira, Claudia Bernardi Cesarino.

Periódico: Arquivos Brasileiros de Cardiologia

2.1 Manuscrito 1

Conhecimento e aferição da pressão arterial nos indivíduos de uma população urbana do noroeste paulista

Débora Dada Martineli Torres, Enfermagem, Especialista, Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, deboramartineli.cip@gmail.com

Claudia Bernardi Cesarino, Enfermagem, Professora Doutora, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, claudiacesarino@famerp.br

José Paulo Cipullo, Medicina, Professor Doutor, Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, cipullo@famerp.br

Gisela Cipullo Moreira, Farmacêutica, Doutora, Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, gcipullomoreira@gmail.com

José Fernando Vilela Martin, Medicina, Professor Doutor, Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, vilelamartin@uol.com.br

Resumo

Estudo transversal com objetivo de analisar o conhecimento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), conceito de saúde e monitorização da pressão arterial (PA) em uma amostra de 1717 indivíduos na população adulta de São José do Rio Preto, em que 762 indivíduos foram classificados como hipertensos. Os dados foram obtidos por entrevista e análise estatística realizada utilizando-se programa *minitab* versão 12,22 e considerou nível de significância $p < 0,05$. Dos 762 hipertensos, na faixa etária de 18 a 39 anos, 33% não tinham conhecimento da HAS, sendo que o conhecimento aumentou com o avançar da idade. Quanto ao conceito de saúde observou-se um decréscimo nas respostas boa/excelente nos jovens para regular/péssima nos idosos, maioria dos hipertensos relatou que monitorizava a PA, sendo a última aferição da PA há menos de um mês. Com o aumento da idade os indivíduos passam ter mais conhecimento da HAS, pior conceito de sua saúde e maior cuidado em aferir a PA.

Descritores: Hipertensão; Controle e Prevenção; Pressão Arterial.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) têm papel indiscutível na morbimortalidade do mundo ocidental, tanto nos países desenvolvidos quanto nos

em desenvolvimento⁽¹⁾. Um dos principais fatores de risco é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e frequentemente se associa com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. No mundo a prevalência de hipertensos é de um bilhão, sendo a HAS responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano, já no Brasil, a prevalência de HAS varia de 22,3% a 43,9% e as DCV têm sido a principal causa de morte, contribuindo com cerca de 30% de todas as mortes por causas definidas⁽²⁾.

A mortalidade por DCV aumenta com elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear e contínua⁽²⁾, assim como desenvolvimento de outras complicações como insuficiência renal, acidente vascular cerebral e problemas visuais⁽³⁾.

A cardiopatia isquêmica e o acidente vascular cerebral são e serão, de acordo com as projeções para o ano 2020, as principais causas de morte, e de anos de vida perdidos com incapacitação⁽¹⁾. Em 2007 ocorreram 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo aproximado de R\$ 165.461.644,33⁽²⁾. O tratamento da HAS reduz as complicações cardiovasculares, mesmo que de forma discreta (redução 5 a 6 mmHg)⁽⁴⁾.

A prevenção de DCV é facilitada pela adesão ao tratamento de HAS, aumentando o número de indivíduos com controle pressóricos e hábitos de vida saudáveis⁽⁵⁾. Existe uma estreita correlação entre HAS e o estilo de vida, desta forma a doença pode ser evitada, minimizada ou tratada adotando-se hábitos saudáveis⁽⁶⁾.

HAS é uma doença multifatorial⁽²⁾ e em geral é assintomática, determinada por diversos fatores genéticos (idade, raça, sexo, história familiar) e de riscos associados (tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal)⁽⁷⁾.

O diagnóstico da HAS é feito pela detecção de níveis elevados e sustentados da medida da PA⁽²⁾. Por se tratar de uma doença crônica assintomática e evolução lenta, frequentemente o diagnóstico é tardio⁽⁸⁾. Quanto mais precoce for investigada e diagnosticada a HAS, mais eficazes serão as condutas para controlar a PA, reduzir as complicações e a mortalidade⁽⁹⁾. O Hábito de medir a PA é o primeiro passo para o diagnóstico adequado da HAS e para sua prevenção⁽¹⁰⁾.

Algumas medidas não farmacológicas são eficazes na diminuição da PA, como a redução do estresse, eliminação do tabagismo, prática regular de exercício físico, perda de peso, restrição da ingestão de álcool, dentre outros fatores associados ao estilo de vida⁽¹¹⁾.

Considerando a importância epidemiológica da HAS no contexto de vida, é importante levar em consideração o modo como o sujeito avalia sua condição de saúde, pois sinaliza o impacto que a doença gera no seu bem-estar físico, mental e social⁽¹²⁾. O conceito de saúde indica como cada grupo social compreende seu estado de saúde e também auxilia no reconhecimento das necessidades em saúde da população. As doenças crônicas tem relação com a percepção ruim de saúde⁽¹³⁾.

Assegurar a adesão do paciente ao tratamento é o principal passo para o sucesso⁽¹⁴⁾. A população hipertensa cresce a cada dia e o trabalho da equipe multiprofissional é muito importante ao orientar quanto à aferição da PA e medidas não farmacológicas no tratamento do hipertenso⁽¹⁵⁾.

Considerando que a HAS é um dos principais fatores de risco para DCV, responsável por prejuízos de saúde e socioeconômico objetivou-se analisar nos indivíduos hipertensos e normotensos na população de São José do Rio Preto quanto ao conhecimento da HAS, o conceito de saúde e a aferição da PA.

Métodos

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), protocolo 2087/2004. Todos os participantes foram informados e instruídos sobre os resultados do teste e assinaram o termo de consentimento informado antes da sua inclusão no estudo.

O presente trabalho foi realizado a partir de um estudo transversal⁽¹⁶⁾, de base populacional, com processo de amostragem aleatória simples e estratificada por faixa etária em amostra representativa da população urbana e adulta de São José do Rio Preto, composta por 1717 indivíduos ≥ 18 anos, efetuado no período de 2004 a 2005. No cálculo do tamanho da amostra foram considerados: número de habitantes, prevalência esperada de HAS em cada faixa etária, erro máximo permitido e intervalo de confiança de 95%. As faixas etárias avaliadas foram as seguintes: 18 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69 e > 70 anos. Foram classificados hipertensos na população de São José do Rio Preto 762 indivíduos (25,2% da população de São José do Rio Preto).

A cidade foi dividida em cinco regiões, de acordo com a proporcionalidade da população. Em cada região sorteavam-se o bairro, a rua, o domicílio e um indivíduo adulto morador há mais de seis meses. Em caso de recusa, sorteava-se um morador da residência vizinha e, após a primeira visita, alternava-se o lado da rua, saltando duas residências. Os critérios de exclusão foram: gravidez, doenças

consuptivas e doenças psiquiátricas graves, déficit ou retardo mental e pacientes acamados.

A técnica de aferição da PA foi a padronizada pelo VII *Joint National Committee*⁽¹⁷⁾. Calculou-se a média de três aferições da PA na posição sentada, após 5 a 10 minutos de repouso. O indivíduo foi classificado como hipertenso quando PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos.

A análise estatística foi feita por meio dos programas *Minitab* versão 12.22, *Maple* 9.03, R 2.4.1. As estimativas de percentuais na população adulta normotensa e hipertensa foram efetivadas a partir das frequências em cada faixa etária, com ajustamento levando em conta os tamanhos dos estratos na população. O ajustamento baseou-se no fato de que a probabilidade de um evento na população é decomposta na soma, em relação aos estratos etários, da probabilidade do evento no estrato multiplicada pela fração do estrato na população; as frações dos estratos na população foram obtidas de boletim do IBGE relativo à época da coleta dos dados. A prevalência da HÁ em cada faixa etária foi verificada utilizando-se odds ratios (OR).

Resultados

Na amostra de 1717 indivíduos, 762 hipertensos da população de São José do Rio Preto, a maioria (69,8%) era da faixa etária acima de 70 anos (Tabela 1). Entre os classificados normotensos a maioria, 301 indivíduos, pertenciam à faixa etária produtiva de 40 a 49 anos.

Tabela 1. Prevalência de hipertensão de acordo com a faixa etária (em anos), e odds ratio (OR) em relação ao grupo 18 a 39 anos de idade, São José do Rio Preto-SP, 2005.

Grupos etários	Amostra			População		
	Normotensos	Hipertensos	% Hipertensos	Número de pessoas ¹	Número esperado de hipertensos [IC95%]	OR [IC95%]
18 a 39	196	24	10,9 [7,1 - 15,8]	145.938	15.900 [10.400; 23.100]	
40 a 49	301	94	23,8 [19,7 - 28,3]	48.637	11.300 [9.600; 13.800]	2,54 [1,55 - 4,32]
50 a 59	246	203	45,2 [40,5 - 49,9]	32.416	14.700 [13.100; 16.200]	6,72 [4,19 - 11,18]
60 a 69	128	247	65,9 [60,8 - 70,7]	21.602	14.200 [13.100; 15.300]	15,67 [9,65 - 26,44]
≥ 70	84	194	69,8 [64,0 - 75,1]	15.133	10.600 [9.700; 11.400]	18,72 [11,25 - 32,26]
Total	955	762	25,2 [22,7 - 27,7]	263.768	66.700 [59.900; 73.100]	

¹ - número de habitantes para cada grupo etário.

Fonte: Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC, et al. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(4):488-94. ⁽¹⁶⁾

Em relação ao conhecimento de ser ou não hipertenso, dos indivíduos classificados com HAS, verificou-se que a faixa etária de 18 a 39 anos de idade houve maior porcentagem (33%) de indivíduos que relatou não ter conhecimento de ter HAS. A faixa etária em que os indivíduos hipertensos disseram ter mais conhecimento de ser hipertenso foi de 60 a 69 anos com 79,35%. Entre normotensos os que mais tinham conhecimento dos níveis pressóricos foram os indivíduos acima de 70 anos de idade e os indivíduos com menos conhecimento da doença eram os da faixa etária de 60 a 69 (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto de acordo com o conhecimento da hipertensão, São José do Rio Preto-SP, 2005.

Faixa Etária (anos)	Conhecimento da Hipertensão					
	Hipertensos (%)			Normotensos (%)		
	Sim	Não	Não Sabe	Sim	Não	Não Sabe
18 – 39	50,00	33,30	16,70	2,55	88,78	8,67
40 – 49	65,96	27,66	6,38	1,99	89,70	8,31
50 – 59	76,35	17,24	6,40	2,85	89,84	7,32
60 – 69	79,35	17,81	2,83	0,78	97,66	1,56
70 ou >	75,26	21,65	3,09	4,76	89,29	5,95

Observou-se neste estudo que os indivíduos hipertensos e normotensos apresentaram classificações semelhantes quanto ao conceito de saúde e que entre os indivíduos hipertensos verificou-se um decréscimo da avaliação de Boa/Excelente para Regular/Péssima. Os indivíduos que melhor classificaram sua saúde foram os de 18 a 39 anos de idade e os que pior classificaram foram os da faixa etária mais alta de 70 anos ou mais. Os 762 indivíduos que foram classificados como hipertensos tinham idade média de $53,8 \pm 4,3$ anos, sendo que

na faixa etária de 50 a 59 anos a maioria do sexo feminino considerava sua saúde Regular/Péssima (71,96%) e do sexo masculino Boa/Excelente (52,08%)(Figura 1).

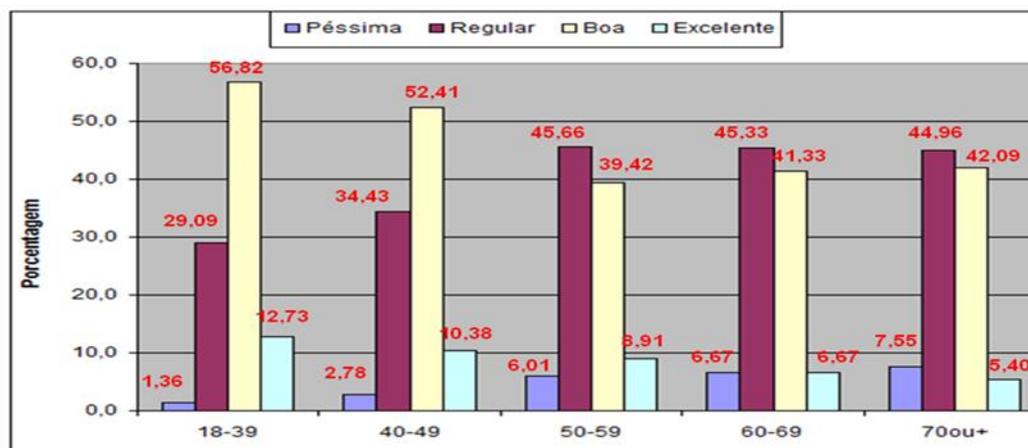


Figura 1. Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto quanto á percepção da própria saúde de acordo com as faixas etárias, São José do Rio Preto-SP, 2005.

Os indivíduos classificados como hipertensos aferem mais a PA que os normotensos, e quanto maior a idade, maior o cuidado na aferição da PA da população. Dos hipertensos de 18 a 39 anos (58,33%) afirmaram não medirem a PA, enquanto que os que mais aferem estão na faixa etária de 60 a 69 anos (71,26%). Nos normotensos a faixa etária de 70 anos ou mais (45,24%) foram os que mais relataram ter o hábito de aferir a PA e os que menos tinham este hábito eram os indivíduos de 18 a 39 anos (85,71%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto de acordo com o hábito de medir a Pressão Arterial, São José do Rio Preto-SP, 2005.

Faixa Etária (anos)	Hábito de Aferir a Pressão Arterial			
	Hipertensos		Normotensos	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
18 - 39	41,67	58,33	14,29	85,71
40 - 49	55,32	44,68	26,58	73,42
50 - 59	69,95	30,05	30,49	69,51
60 - 69	71,26	28,74	44,53	55,47
70 ou >	68,04	31,96	45,24	54,76

Quanto ao tempo da última medição da PA, a maioria dos hipertensos em todas as faixas etárias analisadas relatou que aferiu pela última vez a PA há menos de um mês. Observou-se que os idosos (acima de 60 anos) possuem hábito de medir a PA com maior frequência. O intervalo há menos de um mês da aferição da PA encontrado nos hipertensos de acordo com a faixa etária foi: 18 a 39 anos (55%), 40 a 49 anos (50%), 50 a 59 anos (57,53%), 60 a 69 anos (62,72%) e 70 anos ou mais (59,43%). Dentre os indivíduos considerados normotensos 31,68% relataram que a última aferição foi há menos de um mês e os que menos aferiram a PA neste intervalo foram os indivíduos na faixa etária de 18 a 39 anos, sendo apenas 22,64%.

Discussão

No presente estudo observou-se que os jovens classificados com HAS, 33,3% relataram desconhecimento de serem hipertensos, o que corrobora com os resultados de uma pesquisa que verificou a hipertensão auto referida. A minoria dos jovens (23,1%) dos indivíduos com mais de 18 anos de idade referiram diagnóstico médico de HAS, sendo maior nas mulheres (25,5%) do que entre os homens (20,3%)⁽¹⁸⁾.

Em Pequim, pesquisa mostrou que a taxa de conhecimento de HAS foi 70,0% e de controle da PA foi de 29,6% entre os hipertensos e verificou que a taxa de controle da HAS foi maior, quando as taxas de conhecimento HAS eram maiores⁽¹⁹⁾. Outro estudo mostrou que 17,7% dos entrevistados possuíam conhecimento insatisfatório sobre a HAS⁽²⁰⁾.

Quanto ao conhecimento do indivíduo frente à HAS, observou-se que as crenças e mitos que os pacientes têm sobre sua doença, a desmotivação para controlá-la, a inabilidade para associar seu comportamento com o manejo de situações adversas e as baixas expectativas no resultado do tratamento influenciam negativamente a adesão aos tratamentos da HAS⁽²¹⁾.

Em relação ao conceito de saúde destes indivíduos observou-se um decréscimo da classificação de Boa/Excelente para Regular/Péssima conforme aumento da idade. Mostrando Observou-se também que os indivíduos classificados como hipertensos com maior faixa etária tem maior consciência da sua saúde e da condição de hipertensos. As pessoas com maior faixa etária merecem uma atenção especial, já que em ambos os gêneros, a frequência da HAS se torna mais comum com o aumento da idade⁽¹⁸⁾. Deve-se atribuir atenção especial aos indivíduos com maior faixa etária, pois com o aumento da idade, tem-se maior frequência da HAS, em ambos os gêneros.

Na região metropolitana de Maringá, estudo realizado com objetivo de verificar a autopercepção de saúde entre os pacientes com DCV, verificou que o conceito de saúde mais referido foi o bom (42,9%), seguido dos níveis regular (26,9%), muito bom (11,2%), excelente (10,3%) e ruim (8,7%). Os níveis de autopercepção de saúde estavam assim associados: o regular à HAS, o ruim à insuficiência cardíaca, ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio⁽¹³⁾. Estudo sobre a percepção da gravidade da doença em pacientes hipertensos hospitalizados evidenciou que para os hipertensos, a HAS não é grave e consideram a sua saúde como boa, sendo que esta visão pode prejudicar o sucesso do seu tratamento e reabilitação⁽²²⁾.

Quanto à medida da PA, a maioria dos hipertensos em nosso estudo aferiu a PA há menos de um mês, com uma média de 56,9% dentre todas as faixas etárias. A periodicidade de monitorar a PA encontrada nesta pesquisa está de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽²⁾. Estudo verificou a importância da participação em grupos educativos dos indivíduos hipertensos na monitorização da PA, em que houve associação estatisticamente significativa dos hipertensos que frequentavam as reuniões educativas com relação aos números de medidas da PA e a realização das atividades físicas⁽²³⁾. Apesar de não ter sido objetivo do nosso estudo, a participação de grupos de conveniência, pode ter influenciado nos nossos resultados, pelos hipertensos medirem mais a PA que os normotensos.

Em nosso estudo observou que quanto maior a faixa etária, menor o tempo da última medida da PA. Outro estudo mostrou associação positiva entre o saber ser hipertenso e o tempo decorrido desde a última medida da PA, pois dos que tinham aferido a sua PA pela última vez a menos de um ano, 87,5% sabiam ser hipertensos⁽²⁴⁾, sendo que estes resultados estão de acordo com nosso estudo.

Os profissionais da saúde precisam estimular os pacientes hipertensos a valorizar as suas experiências, saberes e próprias limitações e implementarem ações singulares que ofereçam condições para que ocorram mudanças comportamentais efetivas e os indivíduos possam adotar estilos de vida mais saudáveis prevenindo os fatores de risco para DCV⁽²⁵⁾.

A autopercepção de saúde é muito importante ser observada, pois pode divergir na população, de acordo com a presença ou não da doença. Os profissionais de saúde precisam conhecer o conceito que os indivíduos hipertensos têm do processo saúde e doença, a maneira como enfrentam a HAS e como esta repercute em sua vida, favorecendo assim, o autocuidado, adesão aos tratamentos e a prevenção de complicações das DCV⁽¹³⁾.

O enfermeiro como profissional capacitado deve prestar assistência por meio de ações de promoção da saúde, prevenção da HAS e controle da PA, buscando estratégias que promovam o controle da hipertensão arterial, na construção de significados e conceitos de saúde, doença e atitudes para o autocuidado. Desta forma, transformando os hábitos de vida dos indivíduos e familiares para que sejam saudáveis, que garantam a adesão aos tratamentos, prevenindo ou amenizando suas complicações, proporcionando uma maior longevidade com melhor qualidade de vida.

Conclusão

Os resultados revelaram que os indivíduos mais jovens foram os que menos tinham conhecimento da HAS e este cenário mudou com o aumento da faixa etária.

Com o envelhecimento, o indivíduo passa a classificar o conceito de sua saúde como Regular/Péssima, sendo que a maioria das mulheres considerava sua saúde como Regular/Péssima e os homens já classificavam melhor a sua saúde. Este resultado pode não estar relacionado somente ao diagnóstico de HAS, mas também aos demais problemas de saúde e social que os idosos tendem a enfrentar. Os indivíduos hipertensos que menos medem a PA são os da menor faixa etária estudada e os que mais aferem a PA são os indivíduos acima de 60 anos.

Os resultados mostraram que quanto maior a idade, maior o cuidado na aferição da PA, pois com o avançar da idade os indivíduos procuram mais atendimentos nos serviços de saúde e conseqüentemente aumenta o conhecimento da HAS e a monitorização da PA.

Referências

1. Mattos MFD, Silva NAS, Pimenta AJM, Cunha AJLA. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobras. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(1):1-4.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010;13(1):1-3.
3. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data [homepage na Internet]. WHO; 2015 [Acesso em 2014 Maio 12]. Raised blood pressure; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
4. Barretto AC. Manual de hipertensão. Entra a evidencia e a prática clínica. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.

5. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(1):31-5.
6. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol* [periodico na Internet]. 2013 Fev [acesso em 2014 Maio 11];100(2):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10002/pdf/10002009.pdf>
7. Román Alemany O, Badilla SM, Valenzuela CA, Cumsille Garib F, Rodríguez SN. Perfil del hipertenso adulto mayor tratado. *Rév Med Chile*. 2002;130(6):616-22.
8. Arcuri EA, Rosa SC, Scanavini RM, Denzin GS. Arm and forearm blood pressure measurements as a function of cuff width. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):37-42.
9. Pierin AMG. Enfermagem e a pesquisa em hipertensão arterial. *Acta Paul. Enferm*. [periódico na Internet]. 2010 [acessado em 2015 June 7] ; 23(5): vii-viii. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500001>.
10. Ribeiro CCM, Lamas JLT. Comparação entre as técnicas de mensuração da pressão arterial em um e em dois tempos. *Rev Bras Enferm*. [periódico da Internet]. 2012 [acessado em 2015 June 7] ; 65(4): 630-636. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400012>
11. Stipp MDC, Leite JL, Cunha NM, Assis LS, Andrade MP, Simões RD. The consumption of alcohol and the cardiovascular diseases – an analysis under the nursing view. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(4):581-5.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2015 jun. 07]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf
13. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic

- characteristics with cardiovascular diseases in adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):61-8.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(4):260-312.
 15. Berusa AAS. Hipertensão arterial: o que saber? *Rev Paul Enferm*. 2000;19(3):32-40.
 16. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC, et al. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(4):488-94.
 17. Joint National Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII). National Institutes of Health of United States. December 2003.
 18. Muraro AP, Santos DF, Rodrigues PRM, Braga JU. Factors associated with self-reported systemic arterial hypertension according to VIGITEL in 26 Brazilian capitals and the Federal District in 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1387-98.
 19. Jiang B, Liu H, Ru X, Zhang H, Wu S, Wang W. Hypertension detection, management, control and associated factors among residents accessing community health services in Beijing. *Sci Rept*. 2014;4:4845. doi: 10.1038/srep04845.
 20. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Rev Latinoam Enfermagem* [periódico na Internet] 2014 Maio-Jun [acesso em 2015 Abr 7];22(3):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf
 21. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion-Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):38-43.
 22. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e qualidade de vida. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;9(3):51-7.
 23. Magnabosco P, Nogueira MS. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 jan/mar;13(1):110-7
 24. Oliveira PG. Hipertensão arterial e percepção do conhecimento entre idosos

do município de Jaborandi – SP, 2005. Araraquara: UNES; 2005.

25. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev Latinoam. Enferm [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2015 Abr 4];22(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf em 04 abr 2015.

2.2 Manuscrito 2

Prevalência do etilismo na população e associação com a HAS

Alcoholism prevalence in the population and association with hypertension

Associação do etilismo na população adulta urbana e hipertensa

Association of alcohol consumption in the urban adult population and hypertension

Descritores: Hipertensão, etilismo, doença cardiovascular, controle, prevalência.

Key words: hypertension, alcoholism, cardiovascular disease, control, prevalence.

Resumo

Fundamento: No consumo de bebida alcoólica existe uma controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como ação nefasta do álcool na sociedade. **Objetivo:** Avaliar associação do etilismo com a hipertensão arterial na população adulta de São José do Rio Preto/SP. **Métodos:** Estudo transversal, em amostra 1.717 indivíduos (hipertensos e normotensos) estratificada por faixa etária representativa da população adulta (≥ 18 anos) e urbana da cidade de São José do Rio Preto/São Paulo, Brasil. Os participantes responderam entrevista semi-estruturada com dados sócio-demográficos, escolaridade, controle de pressão arterial e consumo de bebida alcoólica. A análise estatística foi feita por meio dos programas Minitab versão 12.22, Maple 9.03, R 2.4.1 e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** Verificou-se que os indivíduos hipertensos possuem grande ingestão de álcool quando apresentam menos de sete anos de estudo, de nível sócio econômico baixo e do gênero masculino. Evidenciou proteção cardiovascular nos indivíduos que consomem moderadamente álcool ($p=0,035$). O grande ou moderado consumo de álcool proporcionou um aumento do HDL-colesterol. **Conclusões:** Esses dados referem à população de São José do Rio Preto e reforçam a necessidade da implementação de intervenções na saúde na melhoria da qualidade de vida e diminuição das taxas da morbimortalidade.

Abstract

Background: The consumption of alcohol there is a controversy regarding the safety and cardioprotective effect of low doses, as well as harmful action of alcohol on society. **Objective:** To evaluate the association of alcohol consumption with high blood pressure in the adult population of Sao Jose do Rio Preto / SP. **Methods:** Cross-sectional study in a sample 1,717 individuals (hypertensive and normotensive) stratified by age group representative of the adult population (≥ 18 years) and urban city of Sao Jose do Rio Preto / São Paulo, Brazil. The participants answered a semi-structured interview with sociodemographic data, education, blood pressure control and consumption of alcohol. Statistical analysis was done using Minitab version of programs 12:22, Maple 9:03, R 2.4.1 and the level of significance was $p < 0.05$. **Results:** It was found that hypertensive individuals have a large intake of alcohol when they have less than seven years of education, low socioeconomic level and male. It showed cardiovascular protection in

individuals who consume alcohol moderately ($p = 0.035$). The large or moderate alcohol consumption resulted in an increase in HDL-cholesterol. **Conclusions:** These data refer to the population of São José do Rio Preto and reinforce the need to implement health interventions in improving the quality of life and decrease the morbidity and mortality rates.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) frequentemente se associa com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Em 2001, elevação da PA foi responsável por 7,6 milhões de mortes no mundo, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% doença isquêmica do coração. No Brasil, prevalência de HAS varia de 22,3% a 43,9% e DCV têm sido principal causa de morte¹.

A HAS geralmente assintomática, determinada por fatores não modificáveis (idade, raça, sexo, genética) e modificáveis (tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e dieta)¹.

Revisão sobre a associação do alcoolismo e a HAS mostrou relação entre ingestão alcoólica, elevação da PA e aumento da prevalência HAS em indivíduos que consomem álcool excessivamente².

O hábito de ingerir álcool foi considerado saudável por vários estudiosos durante séculos. Atualmente estudos apontam para uma relação inversa entre o consumo moderado e a morbimortalidade cardiovascular. A ação favorável do álcool está relacionada principalmente ao aumento do HDL colesterol, ação antioxidante, antiinflamatória e diminuição do fibrinogênio. No entanto, devemos considerar que existem riscos associados à ingestão alcoólica, como alcoolismo³.

Estudo realizado em Sinop-MT mostrou que a variável relacionada à HAS foi o consumo de bebidas alcoólicas, sendo protetor para as mulheres que consumiam até 15 g de etanol/dia e deletério para os homens que consumiam > 30 g /dia⁴.

Outro estudo incluindo 2.096 indivíduos de dez anos ou mais de idade avaliou o conhecimento populacional sobre as associações de quatro fatores comportamentais (sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada) com oito morbidades (diabetes, HAS, AIDS, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio). Mostrou que cerca de 80% mencionaram corretamente a existência de associação entre consumo abusivo de álcool e HAS ou infarto agudo do miocárdio⁵.

O uso nocivo do álcool resulta em 2,5 milhões de mortes anualmente. Em 2005, o consumo mundial total foi de 6,13 litros de álcool/pessoa com 15 anos ou mais⁶. A ingestão de etanol em excesso eleva PA e associa-se a morbimortalidades cardiovasculares. Por outro lado, evidências de correlação entre pequena ingestão alcoólica e consequente redução PA ainda são frágeis e necessitam de comprovações¹.

Este estudo teve como objetivo verificar a associação entre etilismo e a hipertensão arterial na população adulta de São José do Rio Preto/SP.

Materiais e Método

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior sobre a prevalência da HAS realizada nos anos de 2004 e 2005 em São José do Rio Preto e trata-se de uma pesquisa transversal em uma amostra 1.717 indivíduos (amostra representativa) da população de São José do Rio Preto por faixas etárias. A amostra foi estratificada por faixa etária representativa da população adulta (≥ 18 anos) e urbana da cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil, com população de 370.000 habitantes (na época do estudo). Os parâmetros utilizados para calcular as dimensões das amostras estratos foram número de habitantes, prevalência esperada de hipertensão para cada grupo etário, máximo permitido de 95% de confiança amplitude semi intervalo de 3%.

A cidade foi dividida em cinco regiões, de acordo com a proporcionalidade da população. Em cada região sorteava-se o bairro, a rua, o domicílio e um indivíduo adulto morador há mais de seis meses. Em caso de recusa sorteava-se um morador da residência vizinha e, após a primeira visita, alternava-se o lado da rua saltando duas residências. Foram critérios de exclusão: gravidez, doenças consuptivas e doenças psiquiátricas graves, déficit mental ou retardo mental e pacientes acamados.

A técnica de aferição da PA foi a padronizada pelo VII *Joint National Committee*. Calculou-se a média de três aferições da PA na posição sentada, após 5 a 10 minutos de repouso. O indivíduo foi classificado com hipertensão quando PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos. Da amostra de 1.717 indivíduos, 762 foram classificados hipertensos. Foi considerado controle da PA quando PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

Os entrevistadores foram devidamente treinados e supervisionados por um coordenador de campo. Os participantes responderam entrevista semiestruturada com dados pessoais, nível

socioeconômico (sexo, idade e classe social), escolaridade, etilismo e conhecimento ou não da HAS. O nível socioeconômico foi classificado em A, B, C, D ou E (com base na renda familiar e ativos, com A e B sendo o mais alto). Os níveis A e B foram consideradas de acordo com a renda familiar acima de dez salários mínimos, o nível C entre três e cinco e D / E níveis abaixo de três salários mínimos. O nível de escolaridade foi definido pelo número de anos de estudo: de 0 a 7 anos, mais de 7 a 10 anos e mais de 10 anos. O etilismo foi classificado conforme o consumo de álcool: beber muito de 210 g/semana ou mais de bebida alcoólica, beber moderado até 210 g/semana e não beber. Considerou-se o HDL-colesterol >40 mg/dl (sexo masculino) e >50 mg/dl (sexo feminino).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – protocolo 2087/2004 e todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido.

A análise estatística foi feita por meio dos programas Minitab versão 12.22, Maple 9.03, R 2.4.1 e Microsoft Office Excel 2003. As estimativas de percentuais (com intervalos de confiança 95%) na população adulta e hipertensa foram efetivadas a partir das frequências em cada faixa etária e ajustadas levando em conta os tamanhos dos estratos na população, a média e desvio padrão de idade foram estimados pelo método *bootstrap*.

Resultados

Nesta pesquisa verificou-se que dos 1717 indivíduos da amostra de São José do Rio Preto 10,1% afirmaram consumir 210 g ou mais de bebida alcoólica (beber muito), 23,1% até 210 g (beber moderadamente) e 66,8% referiram não beber (Figura 1).

Figura 1

Quanto à prevalência de consumo de bebida alcoólica entre os indivíduos classificados como hipertensos e normotensos, houve a diferença significativa entre os que referiram beber muito ($p=0,0026$) (Tabela 1). Mostrando que o número de normotensos que consomem mais de 210 g de etanol por dia é maior do que os hipertensos para esta categoria.

Tabela 1

Com relação ao etilismo com o controle da hipertensão na população geral houve evidência de associação entre consumo de álcool e controle da PA ($p<0,0005$), mostrando o impacto negativo do consumo de álcool no controle da PA (Tabela 2).

Tabela 2

Quanto à prevalência de HAS observou-se que na categoria beber muito (210 g ou >) 30,0 % eram hipertensos, beber moderadamente (até 210 g) 20,3% e não beber 26,4% tinham HAS. Constatou evidência de associação estatística ($p=0,001$) que contrapõe não beber ou beber muito com a hipertensão.

O gênero masculino faz um consumo maior de álcool (Figura 2), demonstrando uma diferença significativa com gênero feminino com relação aos indivíduos classificados como hipertensos ($p<0,0005$).

Figura 2

Comparando-se os indivíduos normotensos com os hipertensos em relação ao hábito de beber segundo a faixa etária houve diferença significativa nas faixas etárias de 40-49 anos ($p=0,001$) e 70 anos ou mais ($p=0,006$) (Tabela 3).

Tabela 3

Perante a amostra populacional foi possível constatar que na variável escolaridade existe grande consumo de bebida alcoólica em pessoas com menos de 7 anos de estudo ($p=0,003$) (Figura 3).

Figura 3

O consumo de bebida alcoólica foi maior nas classes sociais mais baixas D e E (Figura 4). Houve uma associação da hipertensão, baixa escolaridade e maior consumo de álcool ($p=0,003$). (evidência de associação: $p=0,011$)

Figura 4

Verificou-se que quanto maior o consumo de álcool, maior é a produção de HDL. Os níveis de HDL se mostraram maiores entre os indivíduos que relataram ingerir bebida alcoólica em comparação com aqueles que não consumiam álcool (Figura 5).

Figura 5

Discussão

Estudo realizado com 54.369 adultos residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal verificou que 38,1% da população total ingerem bebidas alcoólicas, destes, 16,2% consomem de forma abusiva⁷.

Estudo que teve como objetivo identificar a prevalência da hipertensão referida na cidade de São Paulo evidenciou que os hipertensos referidos tinham o hábito de medir a pressão

arterial com maior frequência em relação aos não hipertensos. Quando questionados sobre o conhecimento da doença, estes consideraram a HA uma doença de menor gravidade, já os não hipertensos consideravam mais graves ($p < 0,05$). Em relação às complicações da HA os hipertensos tinham mais informação e que o tratamento é durante a vida toda. O estudo ainda mostrou que os principais motivos para os hipertensos deixarem de tomar os medicamentos foram esquecimento, custo, efeitos indesejáveis e que só tomam quando se sentem mal. Este comportamento relacionou-se ($p < 0,05$) com a maior quantidade de cigarros fumados por dia, a ingestão de álcool e a não realização de acompanhamento em serviço de saúde. 23,0% dos indivíduos que referiram HAS apresentavam elevado índice de falta de controle da PA (45,8%)⁸.

No estudo NHANES dos indivíduos classificados como hipertensos 68,9% sabiam serem portadores da doença e apenas 31% tinham a PA controlada⁹.

Pesquisa mostrou que a prevalência de HA foi de 32,7%, sendo maior entre os homens (35,8%) do que entre as mulheres (30,9%). O gênero feminino representou fator de proteção para o risco de desenvolver HA. Quanto ingerir bebida alcoólica a população relatou este hábito em 33,3%, havendo diferença significativa entre homens (51,1%) e mulheres (23,1%). No entanto, nesta pesquisa observou-se associação negativa entre HA e etilismo ($p < 0,001$)¹⁰.

As diferenças das peculiaridades fisiológicas que tornam as mulheres mais vulneráveis aos efeitos do álcool levou hoje a tendência para começar a consumir álcool em uma idade mais jovem, ocorrendo um crescente número de mulheres bebendo excessivamente, aumentando assim, os riscos relacionados do álcool para as mulheres. Porém comparado aos homens às mulheres ainda consomem menos bebidas alcoólicas do que eles¹¹.

No estudo realizado nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal o consumo de álcool foi maior entre os homens, a faixa etária de maior ingestão esta entre 18 e 44 anos de idade. Neste estudo observou-se que o consumo aumenta conforme o aumenta o nível de escolaridade⁷.

Diferentemente da nossa pesquisa, que mostra a relação de beber muito com pessoas que tem até sete anos de estudo, outros estudos comprovam que estudantes de universidades australianas fazem consumo do álcool regularmente, os estudantes estavam mais propensos a beber muito. Nesse estudo foi mostrado que o consumo do álcool foi significativamente maior nos estudantes, em homens e naqueles com história de início precoce de ingestão de bebida alcoólica¹².

Em um estudo que analisou a associação entre o uso pesado de álcool entre estudantes e os fatores familiares, pessoais e sociais, mostrou associação entre relações ruins ou regulares com pai e mãe e o uso pesado de álcool. Houve maior prevalência de uso pesado de álcool entre os estudantes que trabalhavam, ou seja, de um nível social mais baixo¹³. Condizendo com a nossa pesquisa, em que as pessoas de nível social mais baixo, da classe D e E, fazem maior ingestão de álcool.

Existe a redução do risco de doenças cardiovasculares (DCV) associado com o consumo usual de bebida alcoólica. Entre homens bebedores habituais, cardioproteção foi concedida apenas para grupos de meia-idade e mais velhos. Os benefícios do consumo regular foram observados apenas no grupo etário mais jovem entre as mulheres. A categoria de consumo maior estava associada a uma diminuição do risco de doenças cardiovasculares nos homens. Beber pesado esporadicamente aumentou o risco de doença cardíaca coronariana em homens de meia idade e foi significativa em mulheres de meia idade. Risco de hipertensão arterial estava elevada em homens mais velhos com beber pesado episódico. Em ambos os sexos, no entanto, esses efeitos benéficos do uso de álcool são negados quando o álcool é consumido em um padrão de beber pesado episódico, particularmente para os homens de meia-idade e mais velhos¹⁴.

Revisões sistemáticas e meta-análises mostraram que o consumo de 2,5 - 14,9 g de álcool por dia representa proteção cardiovascular em comparação aos que não ingerem álcool. No entanto, aqueles que consumiram mais de 60 g/dia tinham um risco significativamente aumentado de acidente vascular cerebral em comparação com os abstêmios. O consumo leve a moderado de bebida alcoólica está associado com um risco reduzido de doença cardiovascular¹⁵.

Estudo mostrou que apesar dos perigos do consumo excessivo de álcool, a ingestão de até 7 bebidas/semana no início da meia idade pode estar associado a um menor risco de insuficiência cardíaca¹⁶.

Pesquisa que comparou os efeitos do álcool entre indivíduos consumidores de bebida alcoólica e abstêmios mostrou que os níveis de HDL colesterol eram significativamente maiores entre os bebedores¹⁷. Esta associação do consumo do álcool com aumento do HDL também foi observado em estudos grandes como na revisão de *Framingham Heart Study*¹⁸. Estes estudos afirmam o que esta pesquisa diz, tem uma maior produção do HDL com o consumo de álcool.

Estudos de caso-controle epidemiológicos e meta-análises têm mostrado uma relação do consumo leve a moderado de álcool (especialmente de vinho ou cerveja) com associação a diminuição da morbi-mortalidade em comparação aos indivíduos que não ingerem bebida alcoólica¹⁹.

A adesão do indivíduo com HAS ao tratamento é um desafio para a saúde pública, uma vez que o seu controle necessita da cooperação do paciente, e uma forma de conseguir essa adesão é facilitar o acesso às informações acerca da hipertensão arterial e detectar hipertensos, para aumentar o número de indivíduos com controle pressórico, hábitos de vida saudáveis, melhorando, assim, a prevenção de doenças cardiovasculares²⁰. E isso é demonstrado nessa pesquisa onde foi identificada uma maior porcentagem da população que conhece que é hipertenso e não adere o tratamento e nem controlam seus níveis pressóricos.

Quando cruzamos a escolaridade e o consumo etílico na população, podemos observar que há aumento de baixa ingestão (>210g) com a escolaridade, conforme aumenta os anos de escolaridade aumenta a porcentagem de indivíduos que fazem baixa ingestão. Existe uma redução do número dos que não bebem conforme aumenta os anos de escolaridade, enquanto que na ingestão pesada (> 210g) fica estável até maior que sete anos e menor que dez anos de estudo, reduzindo a porcentagem em mais de 11 anos. Neste nível há evidência de uma transferência de não beber ou beber muito para beber moderadamente.

Neste estudo observou associação da classe social com o consumo de álcool na população, sendo que há maior consumo de álcool na classe social mais baixa (DeE) e uma baixa ingestão quanto maior for o nível social, classe AeB. Já os que não bebem ocorre uma diminuição da porcentagem de indivíduos da classe AeB e aumento na classe mais baixa.

Na relação sexo e consumo etílico foi clara a conclusão de que há maior consumo etílico em homens, tanto na baixa ingestão como na ingestão pesada. Já na porcentagem dos que não fazem consumo etílico a porcentagem maior foi entre mulheres.

Conclusões

Os resultados deste estudo verificaram associação do etilismo e a hipertensão arterial na população adulta de São José do Rio Preto/SP, sendo que os indivíduos que relataram mais consumir bebida alcoólica foram os do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade e pertencentes a classes sociais mais baixas.

O estudo afirmou que o álcool ingerido com moderação, até 210 gramas/semana aumentou significativamente os níveis de colesterol HDL, sugerindo que o consumo moderado de álcool tem efeitos benéficos, no entanto, deve-se alertar que beber mais do que quantidades razoáveis de álcool não oferece nenhuma proteção e podem causar morbimortalidade DCV ou outras doenças. Esses dados reforçam a necessidade da implementação de medidas objetivas em âmbito nacional, visando combater esses agravos à saúde, com vistas à redução da morbidade e mortalidade por DCV.

Tabelas e Gráficos

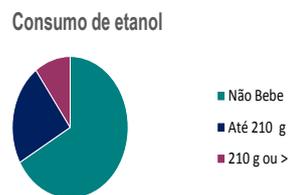


Figura 1. Distribuição percentual da amostra da população de São José do Rio Preto quanto ao consumo de álcool, São José do Rio Preto-SP, 2005

Tabela 1. Prevalência do consumo de álcool na população classificado como hipertensos e normotensos de São José do Rio Preto- SP, São José do Rio Preto, 2005.

Variáveis	Não beber	Beber moderado (até 210g)	beber muito(> 210g)	IC95%
Hipertensos	22,9	3,8	2,9	49,2 a 60,0
Normotensos	53,5	20,2	7,7	40,0 a 50,8
valor-p	0,044*	0,245	0,0026*	

Tabela 2. Fatores sociodemográficos e controle da PA de hipertensos de São José do Rio Preto – SP, 2005

Variáveis	Não beber	Beber moderado (até 210ml)	Beber muito (>210ml)	IC95%
Sexo		valor-p<0,0005		
Feminino	42,2	8,4	1,1	49,2 a 60,0
Masculino	23,3	15,6	9,5	40,0 a 50,8
Escolaridade		valor-p=0,003		
de 0 a 7 anos	68,8	18,8	12,4	60,7 a 71,5
mais de 7 a 10 anos	65,0	22,6	12,4	8,0 a 17,4
mais de 10 anos	62,8	29,1	8,1	16,6 a 25,7
Classe social		valor-p=0,011		
AB	62,0	27,8	10,2	15,0 a 22,2
C	64,8	26,6	8,6	35,1 a 45,9
DE	68,3	18,4	13,3	35,5 a 46,3
Controle da PA		valor-p<0,0005		
Sim	25,1	5,7	1,0	32,5 a 42,2
Não	38,9	14,7	14,6	30,9 a 69,3

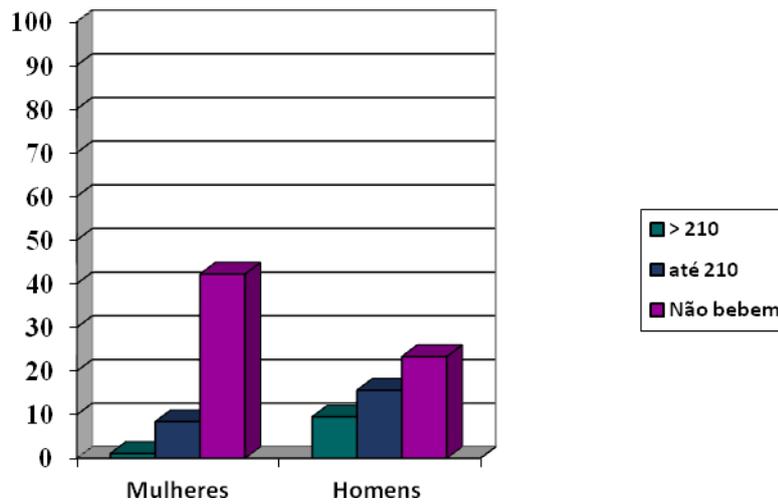


Figura 2. Distribuição do consumo de álcool na população hipertensa segundo gênero, São José do Rio Preto-SP, 2005

Tabela 3. Distribuição percentual da amostra de indivíduos hipertensos e normotensos de acordo com a faixa etária e o consumo de bebida alcoólica, São José do Rio Preto-SP, 2005

Faixa Etária (anos)	210 ou > Hipertenso (%)	Normotenso (%)	Até 210 Hipertenso (%)	Normotenso (%)	Não Bebe Hipertenso (%)	Normotenso (%)
18 - 39	20,83	10,71	20,83	22,45	58,33	66,84
40 - 49	18,09	6,64	18,09	31,23	63,83	62,13
50 - 59	7,88	5,69	21,67	28,86	70,44	65,45
60 - 69	6,48	7,81	19,03	25,00	74,49	67,19
70 ou >	4,64	13,10	10,31	17,86	85,05	69,05

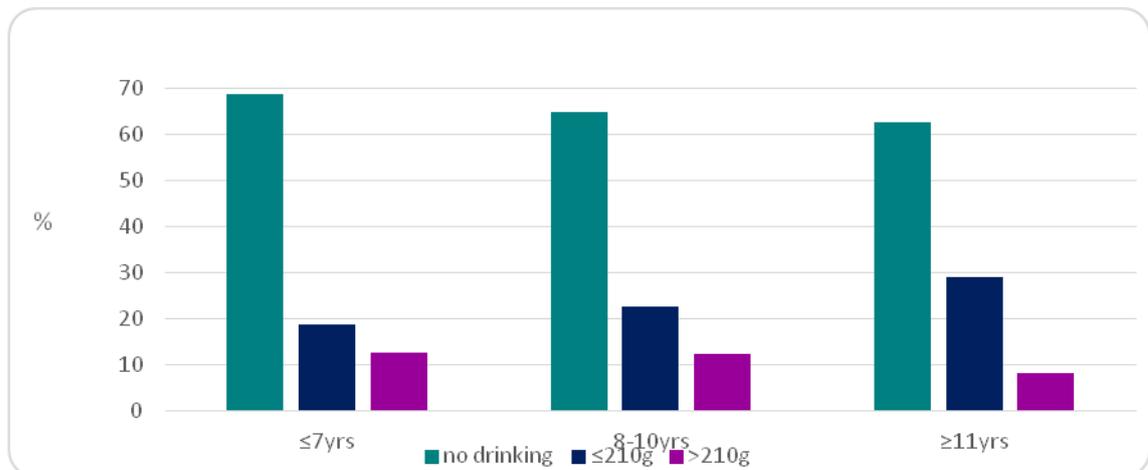


Figura 3. Distribuição do consumo de álcool segundo escolaridade, São José do Rio Preto-SP, 2005

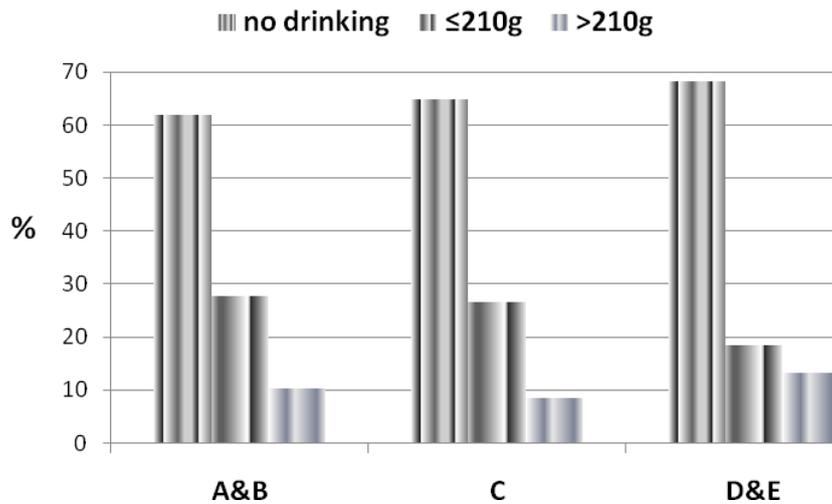


Figura 4. Distribuição do consumo de álcool segundo classe social, São José do Rio Preto-SP, 2005

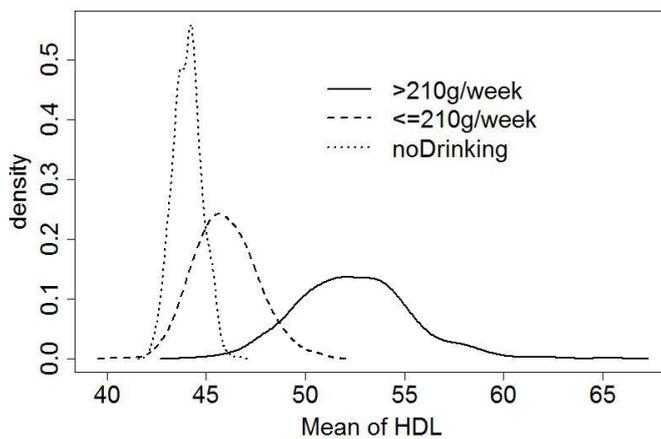


Figura 5. Distribuição do consumo de álcool segundo o nível de HDL - C, São José do Rio Preto-SP, 2005

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1):1-3.
2. Musachio RS, Antonello ICF. Álcool e hipertensão. Acta Méd. (Porto Alegre). 2007;28:307-13.
3. Souza WKS, Amaral GF. Alcohol, Hypertension and Cardiovascular Disease. Rev Bras Hipertens. 2004;11(2):112-4.
4. Martins MSAS, Ferreira MG, Guimarães LV, Vianna LAC. Hypertension and lifestyle in Sinop, a municipality in the legal amazon region. Arq Bras Cardiol. 2010;94(5):639-44.

5. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Knowledge on risk factors for chronic diseases: a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1511-20.
6. World Health Organization [homepage na internet]. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [acesso em 12 maio 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>.
7. Moura EC, Malta DC. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 (supl. 1):61-70.
8. Mion Jr D, Pierin AMG, Bensenor IM, Marin JCM, Costa KRA, Oliveira HLF, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1):99-106.
9. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *Jama*. 2003;290:199-206.
10. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(4):502-9.
11. Mancinelli R, Vitali M, Ceccanti M. [Women, alcohol and the environment: an update and perspectives in neuroscience](#). *Funct Neurol*. 2009;24(2):77-81.
12. Reavley NJ, Jorm AF, McCann TV, Lubman DI. Alcohol consumption in tertiary education students. *BMC Public Health*. 2011;11:545.
13. Galduróz JCF, Sanchez ZM, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PLS, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):267-73.
14. Neve WM, Murray R, Ekuma O, Tyas SL, Barnes GE. Alcohol use and cardiovascular health outcomes: a comparison across age and gender in the Winnipeg Health and Drinking Survey Cohort. *Age Ageing* 2009;38(2):206-12.
15. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d671.
16. Gonçalves A, Claggett B, Jhund PS, Rosamond W, Deswal A, Aguilar D, et al. Alcohol consumption and risk of heart failure: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Eur Heart J*. 2015;36(15):939-45.

17. Luz PL, Coimbra S, Favarato D, Albuquerque C, Mochiduky RI, Rochitte CE, et al. Coronary artery plaque burden and calcium scores in healthy men adhering to long-term wine drinking or alcohol abstinence. *Braz J Med Biol Res.* 2014;47(8):697-705.
18. Djoussé L, Himali JJ, Beiser A, Kelly-Hayes M, Wolf PA. Apolipoprotein e, alcohol consumption, and risk of ischemic stroke: the Framingham Heart Study revisited. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2009;18(5):384-8.
19. Fernández-Solà J. Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(10):576-87.
20. Jardim PCB. Hipertensão arterial. In: Porto CC. *Doenças do coração: prevenção e tratamento.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 453-6.

3 CONCLUSÕES

O estudo nos mostra que os indivíduos mais jovens foram os que menos tinham conhecimento da HAS e este cenário mudou com o aumento da idade. As mulheres consideravam sua saúde como Regular/Péssima e os homens já classificavam melhor a sua saúde. Com o envelhecimento o indivíduo tem um conceito pior de sua saúde.

Quanto ao hábito de medir a PA os hipertensos de 18-39 anos foram os que menos mediam a PA. Mostrando que os jovens se preocupam menos com sua condição de saúde. Os resultados mostraram que quanto maior a idade, maior o cuidado na aferição da PA, pois com o avançar da idade os indivíduos procuram mais atendimentos nos serviços de saúde e conseqüentemente aumenta o conhecimento da HAS e a monitorização da PA.

A associação do etilismo e a HAS foi significativa nos indivíduos do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade e de classes sociais mais baixas. O estudo afirmou que consumo moderado de álcool tem efeitos benéficos nas DCV, aumentando significativamente os níveis de HDL. No entanto, deve-se alertar que beber mais do que quantidades razoáveis de álcool não oferece nenhuma proteção e podem causar morbimortalidade DCV ou outras doenças.

O presente estudo apontou a necessidade de estratégias para conscientizar a população sobre a importância de conhecer sua condição de saúde, manter o tratamento adequado para a HAS e ainda criar o hábito de aferir sua PA. Os profissionais de saúde devem buscar conhecer como o indivíduo considera sua saúde para favorecer o autocuidado, adesão aos tratamentos e prevenção das complicações das DCV.

Esses dados reforçam a necessidade da implementação de medidas objetivas em âmbito nacional, visando combater esses agravos à saúde, com vistas à redução da morbidade e mortalidade por DCV.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, DF: OMS, 2003.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília, DF:OMS, 2005.
4. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva; WHO: 2002. 248 p.
5. Mattos MFD, Silva NAS, Pimenta AJM, Cunha AJL. A. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobras. *Arq Bras Cardiol*. 2010;82(1):1-4.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010;13(1):1-3.
7. Musachio RS, Antonello ICF. Álcool e hipertensão. *Acta Méd. (Porto Alegre)*. 2007;28:307-13.
8. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d671

9. Souza WKSB, Amaral GF. Alcohol, Hypertension and Cardiovascular Disease. *Rev Bras Hipertens.* 2004;11(2):112-4.
10. World Health Organization [homepage na internet]. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [acesso em 12 maio 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Unidade Técnica. Doenças transmissíveis e não transmissíveis: hipertensão arterial. [Internet]. [acesso em: 14 nov 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=397:hipertensao-arterial&Itemid=539
12. Mion Jr D, Pierin AMG, Bensenor IM, Marin JCM, Costa KRA, Oliveira HLF, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1):99-106.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2015 jun. 07]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf
14. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *Jama.* 2003;290:199-206.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(4):260-312.
16. Berusa AAS. Hipertensão arterial: o que saber? *Rev Paul Enferm.* 2000;19(3):32-4

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 057/2004

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 2087/2004 sob a responsabilidade de José Paulo Cipullo, com o título "Avaliação da PA e fatores de risco na população de São José do Rio Preto" está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 12 de abril de 2004.


Prof.ª Dr.ª Patrícia Maluf Cury
Coordenadora do CEP/FAMERP

*Agradecimentos
Lina - Abstract*

ANEXO II - Comprovante de Submissão do Manuscrito 1

Aos autores:

Débora Dada Martineli Torres, Claudia Bernardi Cesarino, José Paulo Cipullo, Gisela Cipullo Moreira, José Fernando Vilela Martin

Informamos que o artigo intitulado **“Conhecimento e monitorização da pressão arterial nos indivíduos de uma população urbana do noroeste paulista”** foi protocolado na Revista Eletrônica de Enfermagem em **07 de julho de 2015**, recebendo o protocolo nº 36616, estando na fila para início do seu processo de análise. **O fato de o artigo estar protocolado não garante sua publicação**, que só é indicada após a conclusão do processo de análise e revisão do texto.

O Conselho Editorial da Revista Eletrônica de Enfermagem agradece a sua contribuição colocando-se à disposição para responder a eventuais dúvidas sobre aspectos da publicação e, também, lembra a necessidade de manter endereços de e-mail dos autores atualizados para que possamos estabelecer comunicação que, preferencialmente, devem acontecer por via eletrônica.

Cordiais saudações,

Marcelo Medeiros.

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Editor REE/FEN/UFG

ANEXO III - Comprovante de Submissão do Manuscrito 2



ABC

para claudiacesarino, mim ▾

09:12 (Há 1 minuto) ☆



Prezadas, bom dia.

Reencaminho e-mail de recebimento do artigo 7313 abaixo.

Qualquer dúvida, estou à disposição.
Atenciosamente,

Itiene Gama
Assistente Editorial
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
Gerência de TIC – Núcleo de Publicações
Arquivos Brasileiros de Cardiologia
www.arquivosonline.com.br
Tel.: (21) 3478-2705
(21) 99386-3961

-----Mensagem Original----- From: Arquivos Brasileiros de Cardiologia
Sent: Monday, November 16, 2015 8:59 AM
To: claudiacesarino@famerp.br
Cc: abc@cardiol.br
Subject: Publicação de Artigos - 7313

Prezado(a) Dr(a). Claudia Bernardi Cesarino

Seu manuscrito "Associação do Etilismo na População Adulta Hipertensa de São José do Rio Preto/SP" foi recebido pelos Arquivos Brasileiros de Cardiologia e encaminhado para avaliação do Conselho Editorial do periódico

Por favor, aguarde nosso posicionamento acerca da possibilidade de inclusão do trabalho no processo de revisão da revista.

Cordialmente,

Os Editores

Para entrar na área de autores do Sistema de Envio de Artigos clique no link: http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/login_autor.asp.