

ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO ENTRE HIPERTENSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA^a

Vanessa Denardi Antoniassi BALDISSERA^b
Maria Dalva de Barros CARVALHO^c
Sandra Marisa PELLOSO^d

RESUMO

Objetivou-se descrever a adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo entre usuários de um Centro de Saúde Escola (CSE) do município de Umuarama, estado do Paraná. O estudo foi observacional, transversal e descritivo, destinado à totalidade de hipertensos com confirmação diagnóstica de hipertensão arterial primária, cadastrados e acompanhados no CSE em Umuarama até o ano de 2003. A coleta de dados foi feita através de uma entrevista estruturada, contendo questões fechadas quanto ao consumo alimentar, hábito tabagista, hábito etilista, controle de estresse e prática de exercício físico. Identificou-se o percentual de adesão a cada critério do tratamento não-farmacológico investigado, assim como a caracterização dos hipertensos. Conclui-se que a adesão ao tratamento não-farmacológico não aconteceu para a maioria dos entrevistados, especialmente em relação à dieta e ao exercício físico.

Descritores: Hipertensão. Estilo de vida. Cooperação do paciente.

RESUMEN

Propusimos describir la adhesión al tratamiento no farmacológico anti hipertensión entre usuarios de un Centro de Salud Escuela (CSE) del municipio de Umuarama estado de Paraná, Brasil. El estudio fue observacional, transversal y descriptivo, destinado a la totalidad de hipertensos con confirmación diagnóstica de HA primaria, registrados y acompañados en el CSE en Umuarama, hasta el año 2003. Los datos fueron obtenidos a través de una entrevista estructurada, con preguntas cerradas relacionadas al consumo alimenticio, al hábito de fumar y de tomar bebidas alcohólicas, al control del estrés y la práctica de ejercicio físico. Se identificó el porcentaje de adhesión a cada criterio del tratamiento no farmacológico investigado, como también la caracterización de los hipertensos. Se concluye de esta forma que la adhesión al tratamiento no farmacológico no ocurrió en la mayoría de los entrevistados, especialmente con relación a la dieta y al ejercicio físico.

Descriptores: Hipertensión. Estilo de vida. Cooperación del paciente.

Título: Adhesión al tratamiento no farmacológico entre hipertensos de un centro de salud escuela.

ABSTRACT

Our objective was to describe the adherence to the non pharmacological anti hypertensive treatment among users of a school health center (SHC) in the city of Umuarama, Parana state, Brazil. This was an observational, transversal, and descriptive study for all the hypertensive people with a confirmed diagnosis of primary arterial hypertension, registered and accompanied in the SHC in Umuarama, until year 2003. Data were obtained through a structured interview with closed questions related to dietary inputs, smoking and alcoholism, stress, and practice of physical activities. The percentage of adherence to the non-pharmacological treatment was identified, as well as the characterization of the hypertensive patients. It was concluded that the adherence to the non-pharmacological treatment did not occur among most of the interviewed patients, especially concerning to diet and physical activities.

Descriptors: Hypertension. Lifestyle. Patient compliance.

Title: Non-pharmacological treatment among patients with hypertension from a school health center.

^a Trabalho originado da dissertação de Mestrado apresentada em 2005 ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

^b Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paranaense (UNIPAR), Paraná, Brasil.

^c Enfermeira, Professora do Departamento de Medicina e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da UEM, Paraná, Brasil.

^d Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da UEM, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) constitui-se em grave risco para as doenças cardiovasculares, caracterizando-se como importante doença na área da saúde pública.

É conceituada como uma doença sistêmica que envolve alterações nas estruturas das artérias e do miocárdio associada à disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular. A HA atualmente é definida de acordo com valores pressóricos, nas quais níveis iguais ou superiores a 140/90 mmHg, identificados em duas ou mais verificações da pressão arterial, diagnosticam a doença⁽¹⁾.

Como aspectos fisiopatológicos envolvidos com a HA, destacam-se o mecanismo neurogênico desencadeado pelo Sistema Nervoso Simpático, os mecanismos hormonais regulados pelo Sistema Renina-angiotensina, hormônios vasoativos do sistema cinina-caliceína, e ação da vasopressina, mecanismos de disfunção endotelial mediada pelo óxido nítrico e endotelina, fatores ambientais como ingestão de sódio, obesidade, tabagismo, etilismo, sedentarismo⁽²⁾. Acrescenta-se que os mecanismos supracitados possuem características genéticas resultantes da influência do ambiente na expressão de genes que determinam a manifestação da doença⁽²⁾.

A prevalência da doença no Brasil assume números variados, de 5,0% a 49,9%, em diferentes regiões brasileiras⁽³⁾.

Alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HA⁽⁴⁾.

O controle dos níveis tensionais, dependente do tratamento adequado, reduz tanto a mortalidade quanto a morbidade associada à HA. O tratamento da HA consiste basicamente na terapia medicamentosa e tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo, também chamado de não-medicamentoso ou mudança no estilo de vida. Via de regra, o tratamento não-farmacológico deveria ser a primeira proposta terapêutica, especialmente nos casos de hipertensão arterial leve, ou estágio I, quando os níveis tensionais estão entre 140-159/90-99 mmHg⁽⁴⁾; para valores pressóricos superiores, o tratamento farmacológico é associado ao não-

farmacológico⁽⁴⁾, possibilitando a redução dos níveis da pressão arterial para valores inferiores a 140/90 mmHg e conseqüente redução da mortalidade cardiovascular⁽¹⁾.

Há eficácia comprovada dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos, na diminuição do risco para eventos cardiovasculares e para a síndrome metabólica⁽⁵⁻⁷⁾. Destacam-se a redução do peso, restrição do sódio na dieta e a prática regular da atividade física como medidas comprovadas para diminuir a pressão arterial^(8,9).

Contudo, pode-se vivenciar uma prática profissional que valorize sobremaneira o tratamento farmacológico, repercutindo em não adesão às mudanças de estilo de vida e comprometendo o controle pressórico⁽⁴⁾.

Considera-se que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo tenha fatores que a antecedem: relacionados ao paciente, relacionados à terapêutica, relacionados ao sistema de saúde. Ainda, conta com atributos relevantes para sua efetividade, como a participação ativa do portador ao tratamento, o uso correto dos medicamentos, o monitoramento do tratamento, o comparecimento pontual aos encontros e a realização de mudanças no estilo de vida. Como conseqüências da adesão evidenciam-se o controle dos níveis tensionais, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso⁽¹⁰⁾.

Nesta temática, insere-se a presente pesquisa, que teve por objetivo descrever a adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo entre hipertensos usuários de um Centro de Saúde Escola (CSE) do município de Umuarama, estado do Paraná, no ano de 2004.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal e descritivo. Foram sujeitos da pesquisa todos os 72 hipertensos com confirmação diagnóstica de hipertensão arterial primária, cadastrados e acompanhados no CSE em Umuarama, Paraná, até o ano de 2003.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2004 e fevereiro de 2005 por meio de entrevista estruturada contendo questões fechadas quanto ao consumo alimentar, tabagismo, etilismo, controle de estresse e prática de exercício físico. Cada questão possuía cinco alternativas de escolha, utilizan-

do escala de *Likert* que permitia a identificação da menor possibilidade (nunca) até a maior (sempre), com intervalos organizados em percentuais para facilitar a interpretação do entrevistador⁽¹¹⁾.

Os aspectos éticos que envolvem a experimentação humana foram respeitados e a pesquisa iniciou-se após aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, Paraná (Registro nº 051/2004, Parecer nº 096/2004) e mediante Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes.

Considerando a complexidade do conceito de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que envolve fatores anteriores, atributos e conseqüências desta adesão, optou-se por um recorte neste conceito e analisaram-se as mudanças no estilo de vida dos hipertensos⁽¹⁰⁾, utilizando-se do relato do paciente como um indicador subjetivo para estimar estas mudanças.

Em relação à dieta, o formulário de entrevista foi embasado na *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) e nas recomendações das diretrizes nacionais para controle da HA⁽¹⁾, e investigou sobre a ingestão de alimentos hipogordurosos e hipossódicos, considerando que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu: controlar (ingerir ocasionalmente) ou não ingerir alimentos com alto teor de sódio; utilizar aproximadamente seis gramas de cloreto de sódio diariamente para o preparo de alimentos; não ingerir alimentos com alto teor de gordura saturada⁽⁴⁾.

Quanto à prática de atividade física, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu realizar exercício físico com frequência mínima de três vezes por semana pelo tempo de, no mínimo, 30 minutos⁽²⁾.

Para o controle intrínseco de estresse, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu possuir atividade que considerasse lazer, além da autodefinição de possuir comportamento calmo e/ou autocontrole do estresse na maioria das situações cotidianas.

Ao avaliar o hábito tabagista, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu não possuir este hábito.

Em relação ao hábito etilista, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu este hábito ocasional e seguindo a quantidade permitida⁽¹⁾ ou referiu não possuir este hábito.

Na análise dos dados optou-se pela categorização em percentuais de tal modo que se pudesse

visualizar a adesão dos usuários ao tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos dados de identificação dos sujeitos desta pesquisa, descreve-se um grupo composto majoritariamente por: mulheres (86,1%), com faixa etária entre 51 e 60 anos (31,9%), renda familiar *per capita* de 260 reais/mês (61,1%), 1º grau incompleto (30,5%) e tempo de doença igual há 16 anos ou mais (33,3%).

O número maior de mulheres que homens encontrado neste trabalho pode ser respaldado na característica do serviço, e não apenas pela epidemiologia da doença, uma vez que se sabe da sua prevalência maior em homens até os 45 anos, e em mulheres após esta faixa etária⁽³⁾.

O CSE é uma unidade de saúde que tem atendido mulheres na assistência à saúde sexual e reprodutiva. É também centro de referência para exame preventivo de câncer de colo-uterino, por prestar atendimento integral, bem como no período gestacional. Sendo assim, a maioria dos clientes cadastrados é constituída por mulheres. Desta forma, já se previa um número igualmente maior de mulheres entre os hipertensos, seja por busca espontânea desta clientela, ou por detecção de HA por ocasião de atendimento ginecológico e cadastramento no serviço.

Neste sentido, não se pode desconsiderar a presença maior de mulheres neste serviço na faixa etária acima de 40 anos, período vivenciado de climatério, que expõe a mulher a diversas mudanças bio-psico-sociais. É sabido que uma das percepções da mulher neste período é o sentimento de solidão, provocado pelas perdas familiares manifestadas pela emancipação financeira e independência de decisões por parte dos filhos que comumente deixam seu domicílio para constituir a sua família ou afirmar a independência materna; agregadas a isso estão a perda da feminilidade, gerada pela ausência de ciclos menstruais, e mudanças na estrutura do corpo; e ainda, o medo de envelhecer.

Essa condição da mulher é corroborada por uma pesquisa que analisou 254 mulheres pós-menopáusicas atendidas em um ambulatório de climatério, confirmando o percentual de 73,2% de mulheres com melancolia e tristeza associadas ao climatério e visão negativa desta fase da vida⁽⁸⁾. Sendo assim, apóia-se o argumento de que, para mulheres que vivenciam o climatério, existe a ne-

cessidade de procurar um local que possa ouvi-la e ajudá-la no enfrentamento desse período. É possível que as mulheres que fizeram parte deste trabalho tenham encontrado no CSE um espaço para se expressarem, serem apoiadas e encorajadas a estabelecerem novos horizontes e metas para suas vidas, uma vez que a consulta de enfermagem, implantada no serviço, contempla a investigação de necessidades bio-psico-sociais e favorece o vínculo mulher-unidade de saúde, o que pode ser compreendido como ponto positivo para essas mulheres. Contudo, o achado desta pesquisa em relação ao sexo assemelha-se ao trabalho que encontrou 84,4% de mulheres entre os hipertensos cadastrados em uma unidade saúde da família⁽⁹⁾.

Em relação à faixa etária de maior prevalência neste trabalho, infere-se que a transição epidemiológica vivenciada e a perspectiva maior de vida têm repercussão na conduta preventiva em saúde da população idosa, e cada vez mais se presencia a busca pela qualidade de vida e prevenção de doenças como atitudes programadas para se viver mais e com qualidade. Um estudo caracterizou os hipertensos e apontou para percentual maior da faixa etária acima dos 50 anos entre os sujeitos pesquisados, corroborando os dados encontrados por este trabalho⁽⁹⁾. Contudo, não se pode considerar a exposição maior dessa faixa etária a doenças crônicas, além da HA, que pode contribuir para o maior zelo por sua condição de doença. A idade avançada já se mostrou associada a menores taxas de controle da pressão arterial⁽¹⁰⁾, merecendo atenção especial do serviço de saúde para com esta clientela no que se refere ao acompanhamento freqüente.

A baixa escolaridade constatada neste estudo permite que se enfatize a suposta relação direta com o baixo nível socioeconômico, o que por sua vez associa-se a outros fatores de risco para a HA⁽⁹⁾, como o difícil acesso às informações e à rede de serviços de saúde. Além disto, já se indicou a relação inversa de valores pressóricos e escolaridade^(11,12).

A renda *per capita* baixa foi a de maior ocorrência neste trabalho e é mencionada como fator de risco para a HA por estar associada a condições precárias de vida, e difícil acesso a serviços de saúde^(3,12).

A maioria dos entrevistados declarou ter HA há 16 anos ou mais. O maior tempo de diagnóstico da HA pode ser garantia de habituar-se a uma con-

dição patológica, e aquilo que a princípio possa ser temido, passa a ser identificado como controlado e, assim, não são mais necessários tantos cuidados, pois a vivência posiciona o portador da doença como seu manipulador, e as diversas situações cotidianas levam o indivíduo a desafiar a doença e analisar seu resultado.

Para discursar sobre o seguimento de orientações, neste trabalho denominado de adesão, optou-se por caracterizar cada critério de investigação e sua distribuição entre os sujeitos deste estudo. A Tabela 1 demonstra cada critério investigado por esta pesquisa (dieta, tabagismo/etilismo, exercício físico e autodefinição de comportamento calmo) e seu seguimento entre o grupo, em número e percentual.

Tabela 1 – Situação dos hipertensos entrevistados segundo a adesão aos critérios investigados. Umuarama, PR, 2005.

Critérios de adesão	Hipertensos aderentes	
	n	%*
Seguimento de dieta	02	2,8
Não possui hábito tabagista	67	93,0
Não possui hábito etilista	50	69,4
Prática regular de exercício físico	28	38,8
Autodefinição de comportamento calmo	48	66,6

* Considerando N = 72.

Dentre os critérios de adesão, observou-se que a dieta apresenta a maior dificuldade para seguimento, representando o menor percentual. Esta realidade pode estar associada ao entendimento de que as restrições parecem castigo⁽¹¹⁾ por estarem ligadas ao prazer em degustar tais alimentos, ou ainda, associado ao fator econômico que cerceia a liberdade em escolher os alimentos mais adequados. De maneira geral, a alimentação é um problema atual da população mundial, e até mesmo fator de risco para muitas doenças⁽¹³⁾. Considerando a importância do controle dietoterápico para o tratamento da HA⁽¹⁾, infere-se a problemática existente neste grupo.

Hábito tabagista e etilista, pouco significativos neste estudo, se assemelha a outro trabalho publicado no Brasil no ano de 2003, onde foram encontrados 90,6% de sujeitos que não faziam uso de álcool e 84,4% que não fumavam⁽¹⁴⁾. No ano de 2004, outra pesquisa demonstrou, ainda, que a escolari-

dade é inversa ao hábito tabagista, e identificou fumantes em proporção maiores a este trabalho⁽¹⁵⁾.

Sobre o consumo de álcool, os estudos têm sido contraditórios entre benefício e malefício para a pressão arterial. O efeito positivo do álcool na redução da pressão arterial, em média 3,31 mmHg e 2,04 mmHg para a pressão arterial sistólica e diastólica respectivamente, relacionando efeito dose-resposta e considerando o consumo moderado de álcool como positivo para a redução pressórica, já foi descrito pela literatura⁽¹⁰⁾. Há de se considerar, porém, estudos observacionais que apontam para a elevação da pressão arterial a partir de determinado limite⁽¹⁰⁾ e comprovam a redução pressórica provocada pela restrição de etanol⁽¹⁰⁾. O consumo diário e semanal está relacionado à maior incidência da HA, respectivamente, de 63,2% e 47,2%⁽¹⁶⁾. O consumo de vinho, por ação dos flavanóides presentes na uva, possui ação vasodilatadora benéfica⁽⁴⁾. Entretanto, parece importante considerar que o álcool provoca outras alterações indesejáveis no organismo, além de relacionar-se com dependência e, portanto, sua prática é sempre desestimulada.

O hábito tabagista é desaconselhado para o tratamento da hipertensão arterial por considerar que eleva os valores pressóricos⁽²⁾.

Outro critério de adesão analisado, o exercício físico, também se apresentou de difícil seguimento. Quanto a esta prática, não se pode desconsiderar a prevalência da inatividade física na população em geral já demonstrada por percentual de 80,7%⁽¹⁷⁾. Sendo assim, a ausência do hábito de exercício físico é uma condição da atualidade e que possui estreita relação com a incidência da HA e com seu controle⁽¹⁸⁾. Mais uma vez, trata-se de um critério do tratamento que precisa ser observado no grupo a que se destinou esta pesquisa.

A autodefinição de possuir comportamento calmo e/ou autocontrole do estresse foi um critério deste trabalho, considerando a importância do estresse psicoemocional para o descontrole dos níveis pressóricos⁽¹⁹⁾ e para o enfrentamento da doença. O ambiente em que vivem os hipertensos pode proporcionar condições de vida estressora que o impulsionam para a vivência de emoções negativas capazes de desviar ou desmotivá-los para o controle de sua doença. Este fato pode estar sendo vivenciado pelos hipertensos desta pesquisa e supostamente impulsionando-os para a não adesão ao tratamento não-farmacológico.

CONCLUSÕES

O Centro de Saúde Escola é uma unidade de saúde que possui, entre os cadastrados e acompanhados por hipertensão arterial, em sua maioria: mulheres, faixa etária entre 51 e 60, renda familiar *per capita* de 260 reais/mês, escolaridade de 1º grau incompleto e tempo de doença igual há 16 anos ou mais.

Em relação ao tratamento não-farmacológico da hipertensão pelos critérios propostos no estudo, observou-se que a dieta foi o critério de menor adesão. Esta constatação leva a questionar que questões culturais estejam intimamente ligadas a este fato. Os hábitos alimentares estão enraizados em simbologia social por tratar-se de momento de interação entre as pessoas; na maioria das culturas o alimento é fonte de agregação e desempenha função social. Deste modo, as mudanças na dieta que exigem a substituição de alimentos com sabores diferentes podem ser tão sofridas que acabam provocando o isolamento social e, em última instância, dificulta a adesão a este tratamento.

O segundo critério de menor adesão revelado pelos sujeitos foi o exercício físico, situação esta considerada um grande problema no mundo contemporâneo. O hábito de não praticar exercícios físicos prejudica o controle da HA e está diretamente relacionada ao aumento de peso. O sedentarismo é uma atitude da modernidade que necessita de um comprometimento para a superação deste problema, haja vista que interfere tão profundamente na qualidade de vida das pessoas e, especificamente, na qualidade de vida do portador de HA.

Desta forma, faz-se necessário o empenho dos profissionais de saúde e dos enfermeiros, em especial, para a compreensão destas condições, no sentido de buscar estratégias para seu enfrentamento.

Infere-se que as limitações deste estudo centram-se na impossibilidade de elencar as causas da não-adesão, sugerindo que pesquisas futuras favoreçam a compreensão dos fatores relacionados, assim colaborando com ações que aumentem a eficácia dos programas de controle da HA.

Neste sentido, este estudo permitiu reflexão sobre a atuação do profissional enfermeiro e a necessidade de espaços coletivos em que exista participação ativa do portador de HA em todas as esferas de seu tratamento, evitando uma postura passiva e alheia.

REFERÊNCIAS

- 1 Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2006;13(4):260-312.
- 2 Irigoyen MC, Csolim-Colombo FM, Krieger EM. Controle cardiovascular: regulação reflexa e papel do sistema nervoso simpático. Rev Bras Hipertens. 2001; 8 (1):55-62.
- 3 Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
- 4 Lopes HF, Barreto-Filho JAS, Riccio GMG. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado São Paulo. 2003;13(1):148-55.
- 5 Piovesana PM, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Pacientes hipertensos e fatores de risco relacionados ao exercício físico e nutrição. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2006 [citado 2008 out 21];27(4): 557-63. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69332006000400010&lng=pt&nrm=isso.
- 6 Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. N Engl J Med. 2001; 344(1):3-10.
- 7 Brandão RMU, Alves MJ, Braga AM, Teixeira OT, Barreto AC, Krieger EM, et al. Postexercise blood pressure reduction in elderly hypertensive patients. J Am Coll Cardiol. 2002;39(4):676-82.
- 8 De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr. I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(1):7-11.
- 9 Araujo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):368-74.
- 10 Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletrônica Enferm. [Internet] 2006 [citado 2008 out 13]; 8(2): 259-72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista8_2/v8n2a11.htm.
- 11 Baldissera VDA. Análise da adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo entre usuários de um centro de saúde escola [dissertação]. Maringá: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá; 2005.
- 12 Pierin AMG, Mion Jr. D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(1):11-8.
- 13 Bonomo E, Caiaffa WT, Cesar CC. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1461-71.
- 14 Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(3):415-22.
- 15 Carvalhaes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. Rev Bras Epidemiol. [Internet] 2008 [citado 2008 set 10]; 11(1):14-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/02.pdf>.
- 16 Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. Arq Bras Cardiol. [Internet] 2007 [citado 2008 set 10];88(4):441-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/13.pdf>.
- 17 Dias-Da-Costa JS, Hallal PC, Wells JCK. Epidemiologia da atividade física no lazer: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):275-82.
- 18 Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 2002;136 (7):493-503.
- 19 Lipp MEM. Blood pressure reactivity to social stress in an experimental situation. Rev Ciênc Méd. 2005; 14(4):317-26.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Paranaense (UNIPAR), Campus Sede
Praça Mascarannas de Moraes, s/n, Centro
87502-210, Umuarama, PR
E-mail: vane@unipar.br

Recebido em: 23/08/2008

Aprovado em: 10/10/2008