

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR MODIFICÁVEIS EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

MODIFIABLE CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÊMICA

 Fernanda Nardy Cardoso ¹
 Tânia Arena Moreira Domingues ¹
 Sidnei Seganfredo Silva ²
 Juliana de Lima Lopes ¹

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp. São Paulo, SP - Brasil.

² Instituto do Coração - Incor. São Paulo, SP - Brasil.

Autor Correspondente: Juliana de Lima Lopes
E-mail: julianalimalopes@gmail.com

Contribuições dos autores:

Aquisição de Financiamento: Fernanda N. Cardoso, Juliana L. Lopes; **Conceitualização:** Tânia A. M. Domingues, Juliana L. Lopes; **Gerenciamento de Recursos:** Juliana L. Lopes; **Gerenciamento do Projeto:** Tânia A. M. Domingues, Sidnei S. Silva, Juliana L. Lopes; **Metodologia:** Sidnei S. Silva, Juliana L. Lopes; **Redação - Preparação do Original:** Tânia A. M. Domingues, Sidnei S. Silva, Fernanda N. Cardoso, Juliana L. Lopes; **Redação - Revisão e Edição:** Tânia A. M. Domingues, Sidnei S. Silva, Juliana L. Lopes; **Supervisão:** Tânia A. M. Domingues, Juliana L. Lopes; **Validação:** Juliana L. Lopes; **Visualização:** Juliana L. Lopes.

Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Bolsa PIBIC.

Submetido em: 14/12/2018

Aprovado em: 04/12/2019

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores de riscos modificáveis de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e relacioná-los às características sociodemográficas e clínicas. **Métodos:** estudo transversal e correlacional realizado em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Os fatores de risco analisados foram obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, estresse e apneia do sono. A obesidade foi analisada pelo índice de massa corporal e medida da circunferência abdominal, o consumo de sal e o sedentarismo pelo relato dos pacientes, as desordens relacionadas ao consumo de álcool pelo *Alcohol Use Disorders Identification Test*, o tabagismo pelo relato dos pacientes e pelo Questionário de Fagerström, o estresse pela Escala de Estresse Percebido e a apneia do sono pelo Questionário de Berlim. As variáveis sociodemográficas e clínicas analisadas foram idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, renda familiar, moradia, número de filhos e de conviventes e ocupação profissional. **Resultados:** foram avaliados 106 pacientes; 85 eram obesos, 73 sedentários, 71 apresentavam alto risco para apneia obstrutiva do sono e 25 faziam uso de álcool. A média do escore de desordens devido ao álcool foi de 0,83+2,8 pontos, do consumo de sal foi de 3,95 gramas, do estresse foi de 14,2+7,6 pontos e da dependência de nicotina foi de 3,00+1,7 pontos. Obesidade, sedentarismo, uso de bebida alcoólica, consumo de sal e estresse relacionaram-se a algumas variáveis sociodemográficas. **Conclusão:** ações preventivas devem ser adotadas para que haja mudança no estilo de vida desses pacientes e, conseqüentemente, redução de complicações e de outras doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Hipertensão; Fatores de risco; Cardiologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the modifiable risk factors of patients with systemic arterial hypertension and to relate them to sociodemographic and clinical characteristics. **Methods:** cross-sectional and correlational study carried out in patients with systemic arterial hypertension. The risk factors analyzed were obesity, excessive salt consumption, physical inactivity, alcohol consumption, smoking, stress and sleep apnea. Obesity was analyzed by body mass index and measurement of waist circumference, salt consumption and physical inactivity by patients' reports, disorders related to alcohol consumption by the *Alcohol Use Disorders Identification Test*, smoking by patients' reports and Fagerström Questionnaire, stress by the Perceived Stress Scale and sleep apnea by the Berlin Questionnaire. The sociodemographic and clinical variables analyzed were age, sex, race, education, marital status, family income, housing, number of children and cohabitants and professional occupation. **Results:** 106 patients were evaluated; 85 were obese, 73 were sedentary, 71 were at high risk for obstructive sleep apnea and 25 were using alcohol. The average score of disorders due to alcohol was

Como citar este artigo:

Cardoso FN, Domingues TAM, Silva SS, Lopes JL. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. REME – Rev Min Enferm. 2020[citado em ____ _];24:e-1275. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200004

0.83 ± 2.8 points, salt consumption was 3.95 grams, stress was 14.2 ± 7.6 points and nicotine dependence was 3.00 ± 1.7 points. Obesity, physical inactivity, use of alcohol, salt consumption and stress were related to some sociodemographic variables. **Conclusion:** preventive actions should be taken to change the lifestyle of these patients and, consequently, reduction of complications and other cardiovascular diseases.

Keywords: Hypertension; Risk Factors; Cardiology; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo modificables de pacientes con hipertensión arterial sistémica y relacionarlos con características sociodemográficas y clínicas. **Métodos:** estudio transversal y correlacional realizado en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Los factores de riesgo analizados fueron obesidad, consumo excesivo de sal, inactividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, estrés y apnea del sueño. La obesidad se analizó mediante el índice de masa corporal y la medición de la circunferencia de la cintura, el consumo de sal y la inactividad física según los informes de los pacientes, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol mediante el test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT), el tabaquismo según los informes de los pacientes y el cuestionario de Fagerström, estrés por la escala de estrés percibido y apnea del sueño por el cuestionario de Berlín. Las variables sociodemográficas y clínicas analizadas fueron edad, sexo, raza, educación, estado civil, ingresos familiares, vivienda, número de hijos y convivientes y ocupación profesional. **Resultados:** se evaluaron 106 pacientes; 85 eran obesos, 73 eran sedentarios, 71 tenían un alto riesgo de apnea obstructiva del sueño y 25 usaban alcohol. El puntaje promedio de los trastornos debidos al alcohol fue de 0,83 + 2,8 puntos, el consumo de sal fue de 3,95 gramos, el estrés fue de 14,2 + 7,6 puntos y la dependencia de la nicotina fue 3,00 + 1,7 puntos. La obesidad, la inactividad física, el uso de alcohol, el consumo de sal y el estrés se relacionaron con algunas variables sociodemográficas. **Conclusión:** deben tomarse medidas preventivas para cambiar el estilo de vida de estos pacientes y, en consecuencia, reducir las complicaciones y demás enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Hipertensión; Factores de Riesgo; Cardiología; Enfermería.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de internação e de óbito. Em 2016, morreram aproximadamente 17,9 milhões de pessoas no mundo devido às DCVs.¹ Entre essas doenças tem-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A HAS é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis persistentemente elevados da pressão arterial (PA). Pode estar associada a alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, podendo ocasionar alto risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.²

Tem alta prevalência, baixas taxas de controle e é um dos mais importantes problemas de saúde pública.² Essa doença

vem aumentando em países em desenvolvimento, por ser, na maioria dos casos, assintomática e devido à falta de informação sobre seu controle por parte da população. No Brasil, em 2017, essa doença foi responsável por 55.891 casos de internações e, em 2013, por 24.230 óbitos.³

A alta prevalência pode estar relacionada aos diversos fatores de risco associados a essa doença, que podem ser não modificáveis (idade, gênero e etnia) e modificáveis (excesso de peso, excesso de ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, tabagismo, síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono e estresse). Os fatores de risco modificáveis devem ser investigados a fim de que se conheça quais deles têm mais relevância nas diferentes populações, possibilitando intervenções para modificação do estilo de vida dos indivíduos.²

Portanto, os objetivos do estudo foram identificar os fatores de riscos cardiovasculares modificáveis de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos no ambulatório de um hospital da cidade de São Paulo e relacioná-los às características sociodemográficas e clínicas.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal e correlacional realizado no Ambulatório de Lípidos de um hospital público da cidade de São Paulo, no período de agosto de 2016 a dezembro de 2017. A amostra foi constituída por indivíduos com HAS, maiores de 18 anos e sem déficit cognitivo. A seleção da amostra foi feita pela estratégia de amostragem consecutiva, a qual se refere à inclusão dos indivíduos na amostra à medida que estejam no local no período do estudo e atendam aos critérios estabelecidos.⁴

Os fatores de risco avaliados foram obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, uso de bebida alcoólica, tabagismo, estresse e apneia do sono.

A obesidade foi avaliada por meio do índice da massa corporal (IMC) e circunferência da cintura, que foram medidos no momento da coleta. Foram considerados obesos os indivíduos que tiveram IMC igual ou superior a 30 kg/m² e/ou indivíduos com circunferência da cintura superior a 88 cm para mulheres e 102 cm para homens.⁵ Para obtenção do índice da massa corporal os indivíduos foram pesados descalços, em balança digital calibrada e validada pelo Inmetro. A altura foi obtida por meio de fita métrica, com os indivíduos descalços. A circunferência da cintura foi medida em centímetros com fita métrica colocada ao redor do abdômen no ponto médio entre a última costela palpável e a crista íliaca, na linha média axilar.

O consumo excessivo de sal foi avaliado a partir do relato do paciente. Foram considerados excessivos os valores diários

superiores a 5 g de sal, o equivalente a uma colher de chá de sal.⁶

O sedentarismo foi avaliado com base no relato do paciente, em que foram considerados sedentários os indivíduos que não seguiam a recomendação de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividades de intensidade maior em uma semana.⁷

O consumo de álcool foi avaliado por meio do relato do paciente e as desordens relacionadas ao álcool foram avaliadas por meio do instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). O instrumento original foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde e sua validação no Brasil foi realizada por Méndez *et al.*⁸ É constituído por 10 questões, com quatro alternativas cada. As primeiras três questões permitem estimar o consumo de álcool e as restantes avaliam as consequências relacionadas ao seu uso. O escore varia de zero a 40 pontos e os indivíduos são classificados da seguinte forma: zero a sete, baixo risco ou zona de risco I; oito a 15 risco ou zona de risco II; 16 a 19, risco nocivo/alto risco ou zona de risco III; acima de 20, provável dependência ou zona de risco IV.⁸

O tabagismo foi avaliado com base no relato do paciente, sendo considerados tabagistas os indivíduos que fumaram 100 cigarros ou cinco maços nos últimos 12 meses.⁹ Os pacientes que referiram ser fumantes foram avaliados quanto ao nível de dependência do tabaco por meio do Questionário de Fagerström, criado por Fagerström em 1978 e adaptado por Heatherton *et al.* em 1991. Foi traduzido e validado no Brasil por Carmo e Pueyo no ano de 2002.¹⁰ O questionário é composto de seis questões e possui um escore que varia de zero a 10 pontos. O nível de dependência foi categorizado de acordo com o número total de pontos, da seguinte forma: zero a dois, grau muito baixo de dependência; três a quatro, baixo grau de dependência; cinco, grau médio de dependência; seis a sete, alto grau de dependência; oito a 10, grau muito alto de dependência.¹⁰

O estresse foi avaliado por meio da Escala de Estresse Percebido (PSS-10), que mensura o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. Sua tradução para o português foi realizada por Luft *et al.*, em 2007.¹¹ A escala é composta de 10 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As perguntas com conotação positiva (4,5; 7,8) tiveram a pontuação invertida, ou seja, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As restantes foram pontuadas diretamente. O escore pode variar de zero a 40 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior é o estresse dos indivíduos.¹¹

A apneia do sono foi avaliada por meio do Questionário de Berlim e os pacientes foram categorizados em alto ou baixo risco de apresentarem apneia do sono. Originalmente, esse questionário foi desenvolvido em língua inglesa, em

1996, e foi validado por Netzer *et al.*, em 1999. Sua tradução para o português foi feita por Vaz *et al.*¹² Esse questionário inclui 10 itens, organizados em três categorias relacionadas a roncopatia e apneias presenciadas, sonolência diurna e HAS/obesidade e deve-se avaliar cada categoria separadamente. A determinação do alto ou baixo risco é baseada nas respostas de cada categoria, em que duas ou mais categorias positivas significam alto risco. Na primeira categoria é considerada com pontuação positiva os indivíduos que assinalarem a alternativa “a” na questão 1 e 4, “c” ou “d” na questão 2; e “a” ou “b” nas questões 3 e 5. Na segunda categoria são consideradas com pontuações positivas, os indivíduos que responderem duas ou mais das seguintes alternativas “a” ou “b” nas questões 6 e 7 e “a” na questão 8. Na terceira categoria são considerados com pontuação positiva os indivíduos que relatarem ser hipertensos e/ou que apresentarem IMC >30 kg/m².¹²

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram obtidas a partir do relato do paciente e avaliadas por meio de um instrumento elaborado e utilizado em estudo prévio:¹³ idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, renda familiar, moradia, número de filhos e de conviventes e ocupação profissional.

Os indivíduos foram consultados quanto ao desejo de participarem voluntariamente do estudo. Foram esclarecidos os objetivos do estudo, bem como os riscos e benefícios. E os que concordaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (número 1.528.709).

As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas e as quantitativas foram descritas por média, desvio-padrão, mínimo e máximo. Os testes estatísticos utilizados para avaliar a relação dos fatores de risco cardiovascular e as variáveis sociodemográficas e clínicas foram o teste qui-quadrado, o teste exato de Fisher ou da razão de verossimilhança, ANOVA, Kruskal-Wallis, teste t-Student ou o Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman. Foram consideradas significativas as relações que tiveram valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 106 pacientes com média de idade de 63,5±10,2 anos, a maioria do sexo feminino (n=73; 68,9%), não ativos (n=73; 68,9%), da raça branca (n=63, 59,4%) e com média de 6,6±4,6 anos de estudo. Em relação ao estado civil, 64 (60,4%) eram casados, 18 (17%) viúvos, 14 (13,2%) solteiros e 10 (9,4%) divorciados. A maior parte tinha moradia própria (n=81; 76,4%) e recebia um a três salários mínimos (n=91; 85,8%), seguidos de três a cinco (n=11;10,4%), cinco a sete (n=2; 2%) e apenas um (0,9%) com salário menor que um e outro que recebia sete

a nove salários mínimos. Possuíam, em média, 2,6+1,8 filhos e 2,2+1,5 conviventes.

No que concerne aos fatores de risco, 85 (80,2%) eram obesos, com média de IMC de 29,3+5,9 e circunferência abdominal dos homens de 103,4+13,5 e das mulheres de 103,5+13,5. Observou-se que 73 (68,9%) eram sedentários, 71 (67,0%) tinham alto risco para apneia obstrutiva do sono, 25 (23,6%) faziam uso de bebida alcoólica; seis (5,7%) eram tabagistas e 18 (5,7%) ex-tabagistas. A média de consumo de sal foi de 0,79+0,6 colheres de chá (3,95 gramas), com variação de 1,25 a 15 gramas, e 16 (15%) indivíduos consumiam sal além do recomendado. O escore de estresse foi de 14,2+7,6 pontos.

Ao utilizar o AUDIT, constatou-se que o escore médio de desordens relacionadas ao álcool foi de 0,83+2,8 (baixo risco), com variação de zero (baixo risco) a 19 (risco nocivo/alto risco). E ao utilizar o questionário de Fagerström, verificou-se escore médio de dependência de tabaco de 3,00+1,7 (baixo grau de dependência), com variação de um (grau muito baixo de dependência) a seis (alto grau de dependência).

Quanto à relação desses fatores de risco com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se que a obesidade relacionou-se a sexo, estado civil e número de conviventes; e o sedentarismo relacionou-se a ocupação profissional, idade e número de filhos (Tabelas 1 e 2).

Observa-se, na Tabela 1, que as mulheres, os divorciados e viúvos e os com menor número de conviventes eram mais obesos.

Na Tabela 2, os ativos, com menor idade e com menor número de filhos eram mais sedentários.

O uso de bebida alcoólica relacionou-se a sexo ($p < 0,0001$) e ocupação profissional ($p = 0,0372$), em que os homens e os ativos consumiam mais bebida alcoólica do que as mulheres e os não ativos. O consumo de sal relacionou-se ao número de conviventes ($p = 0,0084$, $R = 0,25$), em que quanto maior o número de conviventes, maior o consumo de sal. E o estresse relacionou-se à idade ($p = 0,0236$, $R = -0,22$), sendo que quanto menor a idade, maior o escore de estresse. Nenhuma variável sociodemográfica e clínica relacionou-se a tabagismo e apneia do sono.

DISCUSSÃO

Os fatores de risco mais prevalentes nessa população foram obesidade, sedentarismo e alto risco de desenvolver apneia obstrutiva do sono. Esses fatores de risco estão diretamente relacionados, uma vez que vida sedentária pode contribuir para o ganho de peso excessivo se associada à alimentação inadequada.¹⁴ A obesidade aumenta não somente o risco de HAS, mas também de outras DCVs e metabólicas¹⁴ e também contribui para o aparecimento da apneia obstrutiva do sono.

Estudo mostra que os fatores que podem estar associados ao desenvolvimento da apneia obstrutiva do sono são HAS, altos níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL), IMC elevado e o sedentarismo, fatores estes presentes nesta amostra.¹⁵

No que concerne à relação das características sociodemográficas e clínicas com os fatores de risco cardiovascular estudados, detectou-se que a obesidade se relacionou a sexo, estado civil e número de conviventes; o sedentarismo, a ocupação profissional, idade e número de filhos; o uso de bebida alcoólica, a sexo e ocupação profissional; o consumo de sal ao número de conviventes; e o estresse, à idade.

As mulheres, os divorciados e viúvos e com menor número de conviventes eram mais obesos, resultados que condizem com outros achados na literatura.¹⁶ As mulheres têm facilidade de ganhar massa gordurosa, seja por fatores hormonais, gravidez, estresse, excesso de atividades diárias, falta de tempo para realizar atividade física e alimentação inadequada.¹⁶ A prevalência da obesidade em indivíduos divorciados e viúvos pode estar associada a fatores emocionais desse grupo de indivíduos. Estudo mostra que os casados e indivíduos que moram com maior número de conviventes são propensos a ter melhor saúde mental, com menor índice de estresse e depressão do que aqueles que vivem sozinhos.¹⁷ E assim passam a ter melhor comportamento de busca pela saúde.

Em relação ao sedentarismo, encontrou-se que os indivíduos com mais idade, maior número de filhos e não ativos praticavam mais atividade física. A população idosa e os que não trabalham podem investir em hábitos de vida mais saudáveis devido ao maior tempo livre.¹⁸ E a relação da maior prática de atividade física em indivíduos com maior número de filhos pode ser explicada pelo fato de que os pais estão acompanhando seus filhos em suas atividades e/ou incentivando-os a essa prática.^{19,20}

Indivíduos do sexo masculino e os considerados ativos consomem mais bebida alcoólica e mais desordens relacionadas ao álcool. Estudo revela que, apesar de ter aumentado o consumo entre a população feminina, o uso de bebida alcoólica permanece maior entre os homens e, consequentemente, as desordens relacionadas ao seu uso também são maiores no público masculino, aumentando o risco de desenvolver doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, hepáticas, cânceres e doenças mentais.²¹ Pesquisa apurou que homens que trabalham e possuem uma rotina árdua são mais consumidores de bebida alcoólica, uma vez que relacionam seu consumo a uma forma de reduzir o estresse e socializar com os colegas de trabalho.²²

Observou-se correlação positiva entre o consumo de sal e o número de conviventes, sendo que quanto maior o número de conviventes, maior o consumo de sal. Sabe-se que

Tabela 1 - Relação das variáveis sociodemográficas com a obesidade. São Paulo, 2016-2017

	Obesidade		Total	p-valor
	Não	Sim		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	7 (9,6%)	66 (90,4%)	73 (100%)	0,0001*
Masculino	14 (42,4%)	19 (57,6%)	33 (100%)	
Raça				
Branca	15 (23,8%)	48 (76,2%)	63 (100%)	0,2181†
Negra	4 (21,1%)	15 (78,9%)	19 (100%)	
Parda	2 (8,3%)	22 (91,7%)	24 (100%)	
Estado Civil				
Casado	16 (25%)	48 (75%)	64 (100%)	0,0283†
Divorciado	0 (0%)	10 (100%)	10 (100%)	
Solteiro	4 (28,6%)	10 (71,4%)	14 (100%)	
Viúvo	1 (5,6%)	17 (94,4%)	18 (100%)	
Renda Familiar				
Menos de 3 salários mínimos	19 (20,7%)	73 (79,3%)	92 (100%)	0,7316‡
3 a 9 salários mínimos	2 (14,3%)	12 (85,7%)	14 (100%)	
Ocupação Profissional				
Ativo	9 (27,3%)	24 (72,7%)	33 (100%)	0,1950*
Não ativo	12 (16,4%)	61 (83,6%)	73 (100%)	
Moradia				
Alugada	2 (15,4%)	11 (84,6%)	13 (100%)	0,8343*
Cedida	3 (25%)	9 (75%)	12 (100%)	
Própria	16 (19,8%)	65 (80,2%)	81 (100%)	
Idade				
Média (DP)	63,33 (12,45)	63,58 (9,66)	63,53 (10,21)	0,9227†
Mediana	65	64	64	
Mín-Máx	37-84	35-87	35-87	
Anos de Estudo				
Média (DP)	8,29 (4,89)	6,14 (4,46)	6,57 (4,6)	0,0834§
Mediana	11	5	5	
Mín-Máx	0-16	0-20	0-20	
Número de Filhos				
Média (DP)	2,62 (1,43)	2,6 (1,93)	2,6 (1,83)	0,6217§
Mediana	3	2	2	
Mín-Máx	0-5	0-10	0-10	
Número de Conviventes				
Média (DP)	2,95 (1,8)	1,99 (1,4)	2,18 (1,53)	0,0239§
Mediana	3	2	2	
Mín-Máx	0-8	0-5	0-8	

DP: desvio-padrão; mín-máx: mínimo-máximo; *teste de qui-quadrado; †teste da razão de verossimilhança; ‡teste exato de Fisher; §teste de Mann-Whitney.

Tabela 2 - Relação das variáveis sociodemográficas com o sedentarismo. São Paulo, 2016-2017

	Sedentarismo		Total	p-valor
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	51 (69,9%)	22 (30,1%)	73 (100%)	0,7421*
Masculino	22 (66,7%)	11 (33,3%)	33 (100%)	
Raça				
Branca	45 (71,4%)	18 (28,6%)	63 (100%)	0,5213*
Negra	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100%)	
Parda	17 (70,8%)	7 (29,2%)	24 (100%)	
Estado Civil				
Casado	46 (71,9%)	18 (28,1%)	64 (100%)	0,487†
Divorciado	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)	
Solteiro	9 (64,3%)	5 (35,7%)	14 (100%)	
Viúvo	10 (55,6%)	8 (44,4%)	18 (100%)	
Renda Familiar				
Menos de 3 salários mínimos	62 (67,4%)	30 (32,6%)	92 (100%)	0,5415‡
3 a 9 salários mínimos	11 (78,6%)	3 (21,4%)	14 (100%)	
Ocupação Profissional				
Ativo	28 (84,8%)	5 (15,2%)	33 (100%)	0,0169*
Não ativo	45 (61,6%)	28 (38,4%)	73 (100%)	
Moradia				
Alugada	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)	0,1689 †
Cedida	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)	
Própria	56 (69,1%)	25 (30,9%)	81 (100%)	
Idade				
Média (DP)	61,78 (10,23)	67,39 (9,16)	63,53 (10,21)	0,0081*
Mediana	63	66	64	
Mín-Máx	35-84	53-87	35-87	
Anos de Estudo				
Média (DP)	6,56 (4,54)	6,58 (4,8)	6,57 (4,6)	0,9918§
Mediana	5	5	5	
Mín-Máx	0-20	0-16	0-20	
Número de Filhos				
Média (DP)	2,34 (1,63)	3,18 (2,13)	2,6 (1,83)	0,0263§
Mediana	2	3	2	
Mín-Máx	0-8	0-10	0-10	
Número de Conviventes				
Média (DP)	2,22 (1,46)	2,09 (1,68)	2,18 (1,53)	0,5868§
Mediana	2	2	2	
Mín-Máx	0-8	0-6	0-8	

DP: desvio-padrão; Mín-máx: mínimo-máximo; *teste qui-quadrado; †teste da razão de verossimilhança, ‡teste exato de Fisher, §teste de Mann-Whitney.

grande parte das famílias não prepara diferentes refeições de acordo com as comorbidades de cada indivíduo. Reeducar e conscientizar uma família a fim de mudar seus hábitos trata-se de um processo complexo, uma vez que é preciso compreensão e colaboração de todos os membros envolvidos com o indivíduo portador da comorbidade.²³

Houve também correlação negativa entre idade e estresse: quanto menor a idade, maior o estresse. O estresse é maior na população adulta ativa, fato este que pode estar relacionado à rotina de atividades diárias. A falta de tempo, preocupações, falta de atividade física, alimentação não saudável e o sono prejudicado podem contribuir não só para o aumento do estresse, mas também para outros fatores como obesidade e sedentarismo.^{24,25}

Nesse contexto, intervenções devem ser realizadas com o intuito de reduzir os fatores de risco associados à HAS, como obesidade, sedentarismo e apneia obstrutiva do sono, bem como estratégias devem ser desenvolvidas para que haja mudança no estilo de vida de pessoas com as características sociodemográficas apresentadas neste estudo.

CONCLUSÃO

Os fatores de risco para HAS mais identificados neste estudo foram obesidade, sedentarismo e o alto risco para desenvolver apneia obstrutiva do sono. A obesidade foi mais encontrada em mulheres, divorciados e viúvos e em casas com menor número de conviventes. O sedentarismo foi maior nos que possuem uma ocupação profissional, nos mais jovens e nos que possuem maior número de filhos; o uso de bebida alcoólica foi mais presente em homens e ativos; o consumo de sal foi maior nas casas com maior número de conviventes; e o estresse foi maior nos mais jovens. Nenhuma variável sociodemográfica e clínica se relacionou a tabagismo e apneia do sono. Ações preventivas devem ser realizadas para grupos de pessoas com essas características com o objetivo de reduzir as complicações da HAS.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2017[citado em 2018 dez. 22]. Disponível em: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7TH Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2016[citado em 2019 fev. 05];107(3Supl.3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL_INGLES.pdf
- Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde (TABNET), Epidemiologia e Morbidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[citado em 2018 fev. 05]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br
- Luna BF. Sequência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. *Arq Bras Cardiol.* 1998[citado em 2019 fev. 05];71(6):735-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n6/a01v71n6.pdf>
- World Health Organization. Waist circumference and waist-rip ratio: report of a WHO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2008[citado em 2018 dez. 22]. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. Salt reduction. Geneva: World Health Organization; 2016[citado em 2018 dez. 22]. Disponível em: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction
- World Health Organization. Physical activity. Geneva: World Health Organization; 2018[citado em 2018 dez. 22]. Disponível em: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
- Méndez EB. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 1999.
- Chaves G, Britez N, Munzinger J, Uhlmann L, Gonzalez G, Oviedo G, et al. Education to a Healthy Lifestyle Improves Symptoms and Cardiovascular Risk Factors - AsuRiesgo Study. *Arq Bras Cardiol.* 2015[citado em 2019 fev. 05];104(5):347-55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n5/pt_0066-782X-abc-20150021.pdf
- Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol.* 2009[citado em 2019 fev. 05];35(1):73-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. *Rev Saúde Pública.* 2007[citado em 2019 fev. 05];41(4):606-15. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5932.pdf
- Vaz AP, Drummond P, Caetano MM, Severo J, Almeida J, Winck C. Translation of Berlin Questionnaire to Portuguese language and its application in OSA identification in a sleep disordered breathing clinic. *Rev Port Pneumol.* 2011[citado em 2019 fev.05];17(2):59-65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477567>
- Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014[citado em 2019 fev. 05];22(4):538-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00538.pdf
- Yaniel CT, Richard K. Natriuretic peptides, obesity and cardiovascular diseases. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2015[citado em 2019 fev. 05];61(1):19-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n1/0104-4230-ramb-61-01-0019.pdf>
- Cintra FD, Tufik S, Paola A, Feres MC, Melo-Fujita L, Oliveira W, et al. Cardiovascular profile in patients with obstructive sleep apnea. *Arq Bras Cardiol.* 2017[citado em 2018 fev. 05];96(4):293-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/aop02311.pdf>
- Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Szwarcwald BL, Duncan B, Schmidt MI. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Rev Saúde Pública.* 2017[citado em 2019 fev. 05];51(Suppl.1):12s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000011.pdf
- Martinho PV, Egidio NA, Cardoso SA. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013 [citado em 2019 fev. 05];35(1):55-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n1/a07v35n1.pdf>
- Holstila A, Mänty M, Rahkonen O, Lahelma E, Lahti J. Statutory retirement and changes in self-reported leisure-time physical activity: a follow-up study with three time-points. *BMC Public Health.* 2017[citado em 2018 jan. 25];17(1):528. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4455-9>

19. Basset-Gunter R, Rhodes R, Sweer S, Tristani L, Soltani Y. Parent support for children's physical activity: a qualitative investigation of barriers and strategies. *Res Q Exerc Sport*. 2017[citado em 2019 jan. 02];88(3):282-92. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02701367.2017.1332735>
 20. Dalibalta S, Mirshafiei F, Davison G. Exercise intervention on cardiovascular disease risk factors in a university population in the United Arab Emirates. *Int J Adolesc Med Health*. 2017[citado em 2019 fev. 05];30(6):1-15. Disponível em: <https://www.degruyter.com/view/ijjamh.2018.30.issue-6/ijamh-2016-0132/ijamh-2016-0132.xml>
 21. Ferraz L. The use of alcohol and tobacco among students of a university in Southern Brazil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017[citado em 2019 fev. 05];30(1):79-85. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/bview/5485/pdf>
 22. Nielsena MB, Gjerstada J, Fronc MR. Alcohol use and psychosocial stressors in the Norwegian Workforce. *Subst Use Misuse*. 2018[citado em 2018 dez. 18];53(4):574-84. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4455-9>
 23. Naseem S, Ghazanfar H, Assad S, Ghazanfar A. Role of sodium-restricted dietary approaches to control blood pressure in Pakistani hypertensive population. *J Pak Med Assoc*. 2016[citado em 2019 fev. 05];66(7):837-42. Disponível em: <http://jpma.org.pk/PdfDownload/7823.pdf>
 24. Almojali AI, Almalkia SA, Alothman AS, Masuadi EM, Alaqeel MK. The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *J Epidemiol Glob Health*. 2017[citado em 2019 fev. 05];7(3):169-74. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210600617300412?via%3Dihub>
 25. Lagraauw M, Kuiper J, Bot I. Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. *Brain Behav Immun*. 2015[citado em 2019 fev. 05];50:18-30. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159115004316?via%3Dihub>
-