

Caracterização de pacientes hipertensos resistentes frente adesão terapêutica na baixada litorânea do Rio de Janeiro

Characterization of resistant hypertensive patients facing therapeutic adherence in coastal lowlands of Rio de Janeiro

Caracterización de pacientes hipertensos resistentes frente la adherencia terapéutica en la región costera del Río de Janeiro

Rammi Damiani Fabricio¹

ORCID: 0000-0002-3493-7286

Lizandra Daubt Brancalhão²

ORCID: 0000-0002-2722-6056

Bárbara Belchior Costa Ribeiro²

ORCID: 0000-0002-8392-8220

Giselle Barcellos Oliveira

Koepe²

ORCID: 0000-0002-4821-1021

Patrícia Britto Ribeiro de Jesus³

ORCID: 0000-0003-4523-3740

Bruno Wilnes Simas Pereira⁴

ORCID: 0000-0002-6317-7538

Luciana da Costa Nogueira

Cerqueira²

ORCID: 0000-0003-1339-6828

¹Universidade Norte do Paraná.
Paraná, Brasil.

²Universidade Veiga de Almeida. Rio
de Janeiro, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense.
Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Universidade Federal de Minas
Gerais. Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Fabricio RD, Brancalhão LD, Ribeiro
BBC, Koepe GBO, Jesus PBR, Pereira
BWS, Cerqueira LCN. Caracterização de
pacientes hipertensos resistentes
frente adesão terapêutica na baixada
litorânea do Rio de Janeiro. Glob Acad
Nurs. 2021;2(1):e72.
<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200072>

Autor correspondente:

Luciana da Costa Nogueira Cerqueira
E-mail:
luciana.nogueira7@hotmail.com

Editor Chefe: Caroliny dos Santos
Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos
Armada de Oliveira

Submissão: 20-01-2021

Aprovação: 01-02-2021

Resumo

Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes hipertensos resistentes no que se refere a adesão terapêutica. Estudo descritivo, transversal com 100 pacientes assistidos em um Centro de Atenção em Cabo Frio-RJ. Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2019. Foram analisadas as informações contidas em instrumento de coleta de dados referente a dados sociodemográficos e clínicos. Identificou-se uma predominância do gênero feminino 70(70%); idosos 77(77%); aposentados 43(43%); diagnosticados com HAS há mais de 30 anos 24(24%); tendo comorbidades associadas, sendo a principal, Diabetes Mellitus 61(61%); sobrepeso 32(32%). Na rotina relacionada a terapia farmacológica identificou-se que (85-85%) dos pacientes utilizam as medicações fielmente, 91(91%) sem reação a mesma. Os resultados evidenciam limitações no que tange a adesão não farmacológica, em destaque o controle do peso, manutenção do planejamento alimentar e controle do estresse.

Descritores: Enfermagem; Hipertensão; Adesão ao Tratamento; Resistência; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The aim was to characterize the sociodemographic and clinical profile of resistant hypertensive patients regarding therapeutic adherence. Descriptive, cross-sectional study with 100 patients assisted at an Attention Center in Cabo Frio-RJ. Data were collected between September and October 2019. The information contained in a data collection instrument related to sociodemographic and clinical data was analyzed. A predominance of the female gender was identified 70 (70%); elderly 77 (77%); retired 43 (43%); diagnosed with SAH for more than 30 years 24 (24%); having associated comorbidities, the main one being Diabetes Mellitus 61 (61%); overweight 32 (32%). In the routine related to pharmacological therapy, it was identified that (85-85%) of the patients use the medications faithfully, 91 (91%) without the same reaction. The results show limitations regarding non-pharmacological adherence, especially weight control, maintenance of food planning and stress control.

Descriptors: Nursing; Hypertension; Adherence to Treatment; Resistance; Primary Health Care.

Resumen

El objetivo fue caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes hipertensos resistentes en cuanto a la adherencia terapéutica. Estudio descriptivo, transversal con 100 pacientes atendidos en un Centro de Atención en Cabo Frio-RJ. Los datos fueron recolectados entre septiembre y octubre de 2019. Se analizó la información contenida en un instrumento de recolección de datos relacionados con datos sociodemográficos y clínicos. Se identificó un predominio del género femenino 70 (70%); ancianos 77 (77%); jubilados 43 (43%); diagnosticado de HSA por más de 30 años 24 (24%); tener comorbilidades asociadas, siendo la principal Diabetes Mellitus 61 (61%); sobrepeso 32 (32%). En la rutina relacionada con la terapia farmacológica, se identificó que (85-85%) de los pacientes utilizan fielmente los medicamentos, 91 (91%) sin la misma reacción. Los resultados muestran limitaciones en cuanto a la adherencia no farmacológica, especialmente el control de peso, el mantenimiento de la planificación dietética y el control del estrés.

Descritores: Enfermería; Hipertensión; Adherencia al Tratamiento; Resistencia; Primeros Auxilios.



Introdução

Segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo. Desses óbitos, estima-se que 7,5 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares e 6,7 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais (AVCs), o que representa, aproximadamente, 12,8% do total de óbitos anuais onde a hipertensão é o maior fator de risco¹.

Com elevada prevalência e baixas taxas de controle, a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A HAS é uma doença crônica, não transmissível, de origem multifatorial, caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea nas artérias. É chamada de sistêmica, pois pode atingir órgãos e sistemas, associando-se, frequentemente, a alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo como o coração, o encéfalo, rins, vasos sanguíneos, e outros^{2,3}.

No contexto brasileiro, 32% da população adulta, ou o equivalente a 36 milhões de indivíduos são hipertensos. OMS revelou que a doença provoca um impacto socioeconômico grande. No Brasil, esse impacto gerou uma perda de produtividade no trabalho e de renda familiar que totalizou US\$ 4 bilhões no período de 2006 a 2015².

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a classificação da HAS em adultos dá-se da seguinte maneira, considerando as médias de pressões sistólicas e diastólicas, sequentemente: Estágio I Hipertensão leve > 140 a 159 x 90 a 99 mmHg; Estágio II – Hipertensão moderada > 160 a 179 x 100 a 109 mmHg; Estágio III – Hipertensão grave > Maior ou igual a 180 x 110 mmHg. Existe também a hipertensão arterial resistente (HAR) onde os níveis pressóricos se mantêm elevados mesmo com o uso de três ou mais agentes anti-hipertensivos³.

Por essas variações, a meta do tratamento varia para cada paciente, depende do estágio da HAS e doenças associadas, porém a meta usualmente utilizada na prática clínica é manter a PA (Pressão Arterial) máxima entre 120 x 75 a 130 x 85 mmHg^{3,4}.

Existe um conjunto de causas potencialmente determinantes para a ocorrência a HAS, no qual se destacam a idade, a obesidade, os hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo, fatores genéticos, entre outros. O tratamento tem como principal aliado hábitos de vida saudáveis além de uma grande variedade de tratamentos medicamentosos, como diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores de receptores da angiotensina e betabloqueadores^{1,5}.

Uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes ao programa de tratamento terapêutico instituído pela equipe de saúde. Considera-se adesão a um tratamento, o grau de vínculo entre a prescrição farmacológica e não farmacológica e o comportamento adotado concretamente pelo paciente. Logo, é importante identificar nas unidades de saúde a

existência ou não dessa adesão para contribuir na melhoria da qualidade de vida desses pacientes^{6,7}.

Nesse contexto, é indispensável a presença do Enfermeiro atua como educador ao conscientizar o paciente sobre a sua condição de saúde e firmar com eles metas e planos de como seguir o cuidado, tornando o tratamento mais facilitador possível^{7,8}.

Dada a magnitude da HAS e considerando a sua dificuldade de adesão ao tratamento, percebe-se a necessidade de agregar evidências no sentido de redução da morbidade, melhoria da qualidade de vida e prevenção de agravos dos portadores da doença. Dessa forma, a caracterização dos pacientes hipertensos resistentes da região do município de Cabo Frio poderá subsidiar padronização de processos de enfermagem aplicados a essa população, bem como disponibilizar dados atuais para comunidade científica acerca da temática.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes hipertensos resistentes no que se refere a adesão terapêutica.

Metodologia

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado Centro de Atenção ao Hipertenso e Diabético (CAHDI), situado no Município de Cabo Frio, tendo como sujeitos os Hipertensos resistentes atendidos nesse local.

O cenário de estudo trata-se de uma unidade especializada no tratamento de Hipertensão arterial resistente e Diabetes Mellitus, contando com uma equipe multidisciplinar com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e assistente social.

Como critério de inclusão deu-se pacientes maiores de 18 anos com hipertensão Arterial Resistente (HAR) atendidos no CAHDI. E foram excluídos da pesquisa, aqueles que não concordaram com a realização da mesma e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo assim foi encontrado 100 pacientes, sendo todos selecionados, não havendo nenhum paciente excluído. A coleta de dados foi feita no período de setembro a outubro de 2019, através de um instrumento de coleta de dados com perguntas abertas e fechadas, elaborados pelo autor da pesquisa. Essa coleta deu-se após o convite realizado ao paciente, que foi escolhido de forma aleatória na sala de espera do consultório multidisciplinar, onde foram fornecidas aos mesmos, informações sobre o objetivo da pesquisa, benefícios e riscos. Sendo a autorização firmada, mediante a assinatura do TCLE.

Observando os princípios éticos, a pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução CNS n.º 466/12 do Ministério da Saúde, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida, com o parecer de n.º 3.630.142\2019.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram digitados e assim elaborada uma planilha com informações mais relevantes nos softwares *Word* e *Excel*, posteriormente sendo geradas tabelas para análise descritiva por porcentagem.



Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição sociodemográfica dos pacientes hipertensos resistentes sendo identificada uma predominância do gênero feminino

70 (70%), idosos 77 (77%), com ensino fundamental 67 (67%), aposentados 43 (43%), com renda de até dois salários-mínimos 33 (33%), residentes da periferia do Município de Cabo Frio 68 (68%).

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica dos pacientes hipertensos resistentes atendidos no CADHI. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019 (N=100)

Gênero	n	%
Masculino	30	30%
Feminino	70	70%
TOTAL	100	100%
Faixa etária	n	%
18 - 49 anos	6	6%
50 - 59 anos	17	17%
60 ou mais	77	77%
TOTAL	100	100%
Escolaridade	n	%
Analfabeto	8	8%
Ensino fundamental	67	67%
Ensino médio	20	20%
Ensino Superior	5	5%
TOTAL	100	100%
Ocupação	n	%
Desempregado	3	3%
Aposentado	43	43%
Do lar	25	25%
Comerciante	5	5%
Não registrado	1	1%
Outros	23	23%
TOTAL	100	100%
Renda familiar média R\$	n	%
Não possui renda fixa	8	8%
De 1 a 2 salários-mínimos	43	43%
De 3 a 4 salários-mínimos	27	27%
Acima de 4 salários-mínimos	12	12%
Não registrado	10	10%
TOTAL	100	100%
Município de residência	n	%
Centro	28	28%
Periferia	68	68%
Outras cidades	2	2%
Não registrado	2	2%
TOTAL	100	100%

Na Tabela 2, quanto ao perfil clínico, observou-se uma ascendência de indivíduos diagnosticados com HAS há mais de 30 anos 24 (24%), com comorbidades associadas, sendo a principal delas a Diabetes de Mellitus 61(61%), com

sobrepeso 32 (32%) e obesidade II - severa 29 (29%), com grandes limitações no que tange o controle da pressão arterial diária onde 59 (59%) não realizavam, tendo como principal motivo a falta de aparelho que mensura 32 (32%).

Tabela 2. Distribuição clínica dos pacientes hipertensos resistentes atendidos no CADHI. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019 (N=100)

Comorbidades associadas	n	%
Nega	33	33%
Diabetes	61	61%
ICC	2	2%
DRC	2	2%
AVE	2	2%
TOTAL	100	100%
Tempo de diagnóstico da HAS	n	%
Menos de 5 anos	20	20%
Até 10 anos	11	11%
Até 20 anos	16	16%
Até 30 anos	21	21%
Acima de 30 anos	24	24%
Não informado	8	8%



Caracterização de pacientes hipertensos resistentes frente adesão terapêutica na baixada litorânea do Rio de Janeiro

Fabrizio RD, Brancalhão LD, Ribeiro BBC, Koeppel GBO, Jesus PBR, Pereira BWS, Cerqueira LCN

TOTAL	100	100%
Verificação da Pressão Arterial		
Sim	41	41%
Analógico	12	12%
Digital	29	29%
Não	59	59%
Falta do aparelho	32	32%
Julga desnecessário	18	18%
Esquecimento	2	2%
Apenas quando sente mal estar	5	5%
Medo	2	2%
TOTAL	100	100%
IMC		
Peso normal	21	21%
Sobrepeso	32	32%
Obesidade I	11	11%
Obesidade II – Severa	29	29%
Obesidade III- Mórbida	7	7%
TOTAL	100	100%

Na Tabela 3, quanto a análise dos dados acerca da adesão farmacológica pode-se identificar que 83 (83%) utilizam quatro fármacos anti-hipertensivos, sendo as classes mais comuns: Bloqueadores dos receptores de angiotensina 68 (29,4%), bloqueadores do canal de cálcio 51 (22,0%), betabloqueadores 37 (16,0%), estatinas 37 (16,0%), diuréticos 25 (10,8%), inibidores da enzima conversora da angiotensina 10 (4,3%) e três (1,29%) vasodilatadores. Vale ressaltar que o número de fármacos utilizados sobrepõe o número de sujeitos, uma vez que, um paciente utiliza mais de uma medicação.

Na análise da rotina relacionado a terapia farmacológica pode-se identificar que 85 (85%) dos pacientes utilizaram as medicações de forma diária fielmente, 91(91%) sem reação a mesma, tendo um pequeno público 15(15%) que não seguiam por motivos como esquecimento e falta de recurso financeiro para aquisição. Na análise de terapias adicionais no controle da pressão arterial 83(83%) dos pacientes utilizam somente medicações prescritas.

Tabela 3. Distribuição da adesão farmacológica de pacientes hipertensos resistentes atendidos no CADHI. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019 (N=100)

Quantidade de anti-hipertensivos em uso	n	%
4 fármacos	83	83%
5 ou mais	6	6%
Não registrado	11	11%
TOTAL	100	100%
Descrição dos fármacos utilizados	n	%
Bloqueadores dos receptores de angiotensina	68	29,4%
Bloqueadores do canal de cálcio	51	22,0%
Betabloqueadores	37	16,0%
Estatinas	37	16,0%
Diuréticos	25	10,8%
Inibidores da enzima conversora da angiotensina	10	4,3%
Vasodilatadores	3	1,29%
TOTAL	231	100%
Reações adversas	n	%
Não	91	91%
Sim	9	9%
Tonturas	3	3%
Sonolência	2	2%
Hipotensão grave	2	2%
Tosse	2	2%
TOTAL	100	100%
Adesão da rotina farmacológica diária	n	%
Sim	85	85%
Não	15	15%
TOTAL	100	100%
Terapias adicionais para controle da PA	n	%
Não	83	83%
Sim	17	17%
TOTAL	100	100%



Na Tabela 4, quanto ao tratamento não farmacológico, observou-se uma grande incidência de indivíduos que não possuem controle do seu peso de através de pesagem rotineira 66 (66%), não controlando assim os ganhos ou perdas. A maioria dos pacientes 74 (74%) possui uma dieta prescrita, porém 59 (59%) relatam não seguir o plano alimentar proposto; A maioria diz também possuir uma alimentação com controle de sal 78 (78%), apresentando uma divergência no que tange aos resultados

acerca da condução alimentar. Foi identificado também que 74 (74%) da população são sedentários, com ingestão hídrica diária de 1-2 L em 38 (38%), seguido de até 1L em 35 (35%) e acima de 2 L em 27 (27%). A maioria não tabagista 96 (96%) e não etilista 86 (86%). Quanto ao sono pode-se perceber que 66 (66%) possuem um padrão do sono satisfatório, tendo uma pequena porção de 34 (34%) que diverge por motivos de insônia, micção frequente e dores durante a noite. 50 (50%) declara sofrer estresse.

Tabela 4. Distribuição da adesão não farmacológica dos pacientes hipertensos resistentes atendidos no CADHI. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2019 (N=100)

Frequência do controle do peso	n	%
Frequentemente	34	34%
Raramente	66	66%
TOTAL	100	100%
Dieta	n	%
Não	59	59%
Sim	41	41%
Com principal restrição o Açúcar	16	16%
Com principal restrição o Sódio	10	10%
Com principal restrição a Gordura	9	9%
Com principal restrição o Carboidrato	6	6%
TOTAL	100	100%
Consumo de sal	n	%
Pouco ao paladar	78	78%
Médio ao paladar	21	21%
Muito ao paladar	1	1%
TOTAL	100	100%
Orientações acerca da alimentação	n	%
Sim	74	74%
Não	26	26%
TOTAL	100	100%
Média da ingestão hídrica diária	n	%
Até 1 L	35%	35%
1 - 2 L	38%	38%
Acima de 2 L	27	27%
TOTAL	100	100%
Tabagismo	n	%
Sim	4	4%
Não	96	96%
TOTAL	100	100%
Etilismo	n	%
Não	86	86%
Sim	14	14%
Todo dia	1	1%
Uma vez na semana	1	1%
Duas a três vezes na semana	3	3%
Raramente	9	9%
TOTAL	100	100%
Estresse	n	%
Sim	50	50%
Não	50	50%
TOTAL	100	100%
Padrão de sono adequado	n	%
Sim	66	66%
Não	34	34%
TOTAL	100	100%
Atividade física	n	%
Não	74	74%
Sim	26	26%
Caminhada	16	16%
Hidroginástica	3	3%
Pilates	4	4%
Outros	3	3%

Discussão

A transição demográfica e epidemiológica pela qual o Brasil passou modificou a pirâmide etária da população, acarretando transformações na incidência e prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), devido às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento. Uma das DCNT que possui grande relação com a população idosa trata-se da Hipertensão Arterial Sistêmica, com alta prevalência e baixo controle, impacta diretamente na qualidade de vida desses indivíduos e nos custos relacionados a saúde. Este fator este diretamente relacionado com as mudanças cardiovasculares apresentadas pelo processo do envelhecimento, onde idoso apresenta uma resistência vascular aumentada, elevando assim seus níveis pressóricos de forma sustentada¹¹.

Quanto ao gênero, houve um expressivo número de mulheres¹². O que ao longo do tempo houve uma alteração neste perfil, onde a prevalência de pessoas com HAS se tratava de homens³. Essas mudanças ocorridas nos aspectos epidemiológicos da população devem ser levadas em consideração para implantação de medidas que visem melhoria da adesão e condução da doença.

Outro aspecto relevante no controle da doença trata-se do nível de escolaridade, onde na presente pesquisa a maioria dos indivíduos possuíam níveis baixos, o que já é descrito na bibliografia como fator que pode interferir na adesão ao tratamento, pois tem uma correlação direta com a percepção da doença e autocuidado¹³.

Do mesmo modo a renda também é considerado um fator importante para adesão ao tratamento, pois implica diretamente a melhores acessos aos cuidados da saúde¹⁴, além de possibilitar a aquisição das medicações usadas, geralmente em grande quantidade, que nem sempre são disponibilizadas pelo sistema público. Pode-se perceber na pesquisa os participantes apresentaram uma renda relativamente baixa para os padrões econômicos estabelecidos atualmente, implicando em outras limitações no que tange a adesão. Outro aspecto relevante é que a maioria reside em bairros de periferia onde os acessos são menores comparados aos bairros do centro.

Alguns estudos referem a grande prevalência de indivíduos que possuem duas ou mais DCNT concomitantemente, podendo ser a causa da HAS ou a complicação associada a doença. Na análise das comorbidades, a maioria dos entrevistados possui além da Hipertensão, a Diabetes de Mellitus (DM). Existe uma grande relação do paciente portador da HAS, desenvolver a DM, isto pode ser explicado pelos fatores de risco se apresentarem de forma semelhante nas duas patologias, como hábitos alimentares e de vida¹⁵. Sendo assim, o trabalho de prevenção e conscientização com o objetivo de gerar uma mudança desses hábitos, é uma ferramenta fundamental para reduzir os riscos e os custos assistenciais gerados pela combinação destas doenças.

Para modificação no processo saúde-doença dos doentes crônicos é necessário que os doentes crônicos estejam aderidos a terapêutica proposta, seja ela

farmacológica ou não farmacológica, visto que influenciam na condução da doença, melhoria de vida, redução da morbimortalidade³.

A adesão ao tratamento farmacológico envolve diferentes elementos que constituem esse processo: o indivíduo, o tratamento, a doença, os serviços, os profissionais de saúde, bem como o meio social e cultural do usuário e de sua família. Para que a adesão seja alcançada, são necessários o alinhamento e a organização desses elementos^{16,17}. No presente estudo foi observado que os hipertensos possuem uma certa adesão quanto ao tratamento farmacológico, fator este que pode interferir diretamente no controle pressórico dessa população. Este resultado pode ter sido significativo, visto que o cenário de pesquisa se trata de um centro de referência ao paciente hipertenso resistente, logo extrapola-se a percepção que esses serviços possuem acompanhamento direto e periódico do paciente, facilitando assim o manejo farmacológico.

Em um estudo realizado com 392 hipertensos adstritos em uma UBS de um município do Sul do Brasil, identificou-se que 44,90% não adeririam ao tratamento medicamentoso, e destes, 88,02% não apresentavam valores pressóricos em níveis desejáveis, além disso, os indivíduos não aderentes ao tratamento tiveram 9 (IC95% 6,74 - 12,07) vezes mais chances de apresentar descontrole da pressão arterial, ou seja, os agentes anti-hipertensivos utilizados no tratamento do paciente hipertenso permitem não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos morbidos cardiovasculares fatais e não-fatais¹⁸.

O manejo farmacológico dos pacientes hipertensos envolve fármacos que reduzem a pressão arterial aos níveis basais, bem como fármacos que reduzem a morbimortalidade associada a doença. Sendo os mais comumente utilizados antagonistas do canal de cálcio, diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores coronarianos, inibidores da enzima conversora de angiotensina³. O que corrobora em partes com os dados disponibilizados na pesquisa, onde os principais fármacos utilizados foram antagonistas dos receptores da angiotensina, antagonistas do canal de cálcio, estatinas, betabloqueadores, inibidores de beta I, inibidores da enzima conversora da angiotensina, diuréticos poupadores de potássio, antiarrítmicos, vasodilatadores coronarianos, antiagregantes plaquetários e benzodiazepinas.

Uma completa assistência aos pacientes hipertensos resistentes está relacionada a adesão do mesmo não somente ao tratamento farmacológico, mas também o tratamento não farmacológico. Este último possuindo um grande relevante no controle dos níveis pressóricos, logo na estabilização da doença e redução de agravos a saúde. A adesão não farmacológica envolve controle do peso, padrão alimentar adequado, diminuição no consumo de sal e álcool, cessação do hábito de fumar e prática de exercícios físicos¹⁹.

No estudo, foi identificado que a maioria dos pesquisados estão em sobrepeso e obesidade, é valido lembrar que a perda de peso é uma medida importante no



controle da pressão arterial, pois em geral se associa à redução da gordura visceral, que é a de maior risco cardiovascular. Pequenas reduções no peso (ao redor de 5% do peso inicial) resultam em quedas significativas da pressão arterial. Uma maneira fundamental para perda de peso e controle da obesidade é a aderência a atividade física, pois o sedentarismo torna-se nocivo ao equilíbrio orgânico^{20,21}.

Outra indispensável condução para o manejo do paciente hipertenso é a redução do consumo de sal. Diversos estudos revelam uma relação entre ingestão de sal e pressão arterial, visto que o sal aumenta o volume circulatório, logo, aumentando a pressão na parede da arterial³. A alimentação é condição essencial para a manutenção da vida humana, e é fundamental para a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde²². No presente estudo a maioria dos entrevistados relatavam possuir um baixo consumo de sal. É importante salientar que a coleta de dados foi realizada por meio de questionário ficando restrito às respostas geradas por eles, neste contexto, não se pode afirmar que o consumo de sal verdadeiramente está dentro dos padrões necessários.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, outro passo importante para efetividade do tratamento é encorajar a redução total ou significativa do uso de álcool e abandono do tabagismo. Nos participantes da pesquisa, a maioria não possui hábitos tabagistas e etilistas, contribuindo assim para diminuição de causas modificáveis de morte e eficácia da terapêutica. Ressalta-se a importância da investigação mais direcionada quanto a hábitos de consumo de álcool e tabaco nessa população, pois na pesquisa muitos são pertencentes da população idosa que é a mais acometida pelas doenças crônicas e por isso procura os serviços de saúde^{21,23}.

Outro ponto importante foi o número significativo de participantes que se declaram com um nível de stress

elevado, o que se torna um fator relevante para condução das alterações psicossociais nessa população, haja vista, que o estresse pode causar danos significativos também no físico do paciente.

Dentre as limitações do estudo, foi percebida a dificuldade de encontrar os dados sociais e clínicos dos pacientes nos prontuários.

As contribuições do estudo perpassam pelos campos acadêmicos e profissional de Enfermagem, ao trazer dados quantitativos que serão importantes na abordagem preventiva de ações de promoção da saúde além de orientações em qualidade de vida para simplificar a estratificação de medidas para adesão ao tratamento medicamentoso de doenças crônicas.

Conclusão

Constatou-se que o perfil sociodemográfico e clínico prevalente em pacientes atendidos no CADHi trata-se de idosos, sexo feminino, com ensino fundamental, aposentados, com renda de até dois salários-mínimos, residentes da periferia do Município de Cabo Frio, diagnosticados com HAS há mais de 30 anos e acometidos de outras comorbidades, sendo a principal delas a Diabetes de Mellitus.

Aderidos à terapia farmacológica, porém com pouco controle rotineiro dos níveis pressóricos por não possuírem aparelho adequado. Utilizam até quatro fármacos anti-hipertensivos; quanto as metas não farmacológicas, a maioria apresenta algum grau de obesidade, sedentarismo, sem controle rotineiro do peso, baixa adesão da dieta prescrita e elevado nível de estresse. Concluindo então, o papel fulcral do Enfermeiro como membro da comissão multidisciplinar, através do raciocínio crítico e tomada de decisão.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Doenças cardiovasculares estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; Rev.2017.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). V diretrizes de monitoração ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e III diretrizes de monitoração residencial da pressão arterial (MRPA) [V Guidelines for ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) and III Guidelines for home blood pressure monitoring (HBPM)]. [Internet] 2011 [cited on 2019 Nov 03]; 97(3 Suppl 3):1-24. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2011001800001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet] 2016 [cited on 2019 Nov 05]; 107(3Supl.3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
4. Kohlmann JO, Costa GA, Carvalho MHC, Chaves JHC, Machado CA, Praxedes JN et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 1999 Aug [cited 2019 Sep 23]; 43(4): 257-286. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427301999000400004&lng=en.
5. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro FFF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2003 Sep [cited 2019 Sep 23]; 49(3): 306-311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300036&lng=en.
6. Gouveia Neto JR, Pessoa MSA, Siqueira FAA, Alves KKAF, Almeida TCF, Souza AKA, et al. Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos na atenção primária de saúde. Nursing (São Paulo) [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 06]; 22(249):2598-2603. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/249/pg10.pdf>



7. Cruz LHL, Queiroz XSBA, Pessoa MAS, Almeida TCF, Farias AJA. Fatores relacionados a não adesão medicamentosa no tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)* [Internet] 2018 [cited 2019 Nov 05]; 22(248):2497-2501. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/248/pg12.pdf>
8. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde, São Paulo.* [Internet] 2014 [cited 2019 Nov 12]; 8(4):473-481. Available from http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet] 2013 [cited 2019 Nov 25]; Seção 1. Available from <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Aug [cited 2019 Nov 30];20(8): 2489-2498. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802489&lng=en.
11. Fonseca HAR. Sistema imune, gênero e hipertensão. *Rev Bras Hipertens* [Internet] 2015 [cited 2019 Nov 25]; 22 (4): 126-8. Available from http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881222/rbh_v22n4_126-128.pdf
12. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segriol NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Rev Bras Epidemiol* [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 26]; 19(1): 38-51. Available from <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>
13. Bogossian T. As políticas públicas e educação brasileira: um desafio moderno. *Glob Acad Nurs* [Internet]. 31 de dezembro de 2020 [acesso em 10 de janeiro de 2021];1(3):e62. Disponível em: <http://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/103>
14. Leal CS, Silva DV, Silva MCC, Bastos KAS, Filho DRR. Avaliação epidemiológica dos pacientes diabetes mellitus e hipertensão arterial. *Jorn Inter Bioc.* [Internet] 2018 [cited 2019 Dec 10]; 3 (1): 25-30. Available from <https://revistas.ufpi.br/index.php/jibi/article/view/25/4215>
15. Abreu WA, Portela NLC. Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Rev Interd* [Internet] 2015 [cited 2020 Jan 05]; 8 (3): 50-60. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/726/pdf_236
16. Souza FFR, Andrade KVF, Sobrinho, CLN. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens* [Internet] 2015 [cited 2019 Nov 15]; Available from: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/22-4.pdf>
17. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc Anna Nery* [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 22]; 20(1): 114-120. Available from <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0114.pdf>
18. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
19. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 2016.
20. Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Loyola AI, Souza PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Controle da hipertensão arterial entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet] Set 2018 [cited 2020 Jan 15]; 52 (2): 1-11. Available from https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000646.pdf
21. Departamento de hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Tratamento não medicamento ou modificações no estilo de vida [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 25]. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista.asp>
22. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* [Internet] 2019 [cited 2020 Sept 03]; 10 (3): 112-118. Available from: revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905
23. Santos ATF, Silva ET, Larré MC, Inagaki ADM, Silva JRS, Abud ACF. Prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 em subpopulação do estado de Sergipe. *Enferm Foco* [Internet] 2019 [cited 2020 Sept 03]; 10 (1): 65-70. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1348/497>