



Autocuidado e risco cardiometabólico em pessoas com hipertensão arterial em seguimento na atenção primária

Self-care and cardiometabolic risk in people with high arterial pressure following primary care

Caroline Cristina de Menezes Sergio¹, Uiara Aline de Oliveira Kaizer², Marília Estêvam Cornélio³, Roberta Cunha Matheus Rodrigues⁴, Thais Moreira São-João⁵

¹Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela USP. Enfermeira clínica em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital PUC-Campinas, Brasil; ²Doutora em Ciências da Saúde pela Unicamp/SP. Estomaterapeuta tiSobest pela Sobest. Responsável técnica pelo ambulatório de feridas e pé Diabético da Prefeitura de Sorocaba/SP, Brasil; ³Enfermeira. Pós doutorada em Ciências da Saúde pela Unicamp. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), Brasil; ⁴Enfermeira. Pós doutorada em Ciências da Saúde pela Unicamp. Docente da Faculdade de Enfermagem da Campinas (SP), Brasil; ⁵Enfermeira. Pós-doutorado em Ciências da Saúde pela Unicamp. Professor associado. Colégio de Enfermagem. Universidade de Rhode Islan, Estados Unidos.

* **Autor correspondente:** Uiara Aline de Oliveira Kaizer. E-mail: uiara_oliveira@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o autocuidado e o risco cardiometabólico em pessoas com hipertensão arterial (HA) em seguimento clínico regular na atenção primária à saúde. Estudo analítico e transversal conduzido entre 86 pessoas com HA no interior do Estado de São Paulo, por meio da aplicação das versões brasileiras da Escala de Autocuidado de Hipertensão e do Escore de Risco Cardiometabólico de Framingham. Os participantes demonstraram níveis satisfatórios de confiança (71,3(14,7)), níveis insatisfatórios para manutenção (59,2(14,5)) e manejo (55,1(20,3)) do autocuidado na Escala de Autocuidado e 34,6% de chance de desenvolver infarto agudo do miocárdio nos próximos dez anos. Os indivíduos com menor idade apresentaram níveis de confiança satisfatórios em relação ao manejo do autocuidado, e observou-se maior risco cardiometabólico entre pessoas com diabetes e angina. Os indivíduos possuem confiança, mas demonstram inadequados manejo e manutenção do comportamento de autocuidado, e quanto menor a idade, melhor o manejo do autocuidado.

Palavras-chaves: Autocuidado. Enfermagem. Hipertensão. Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

This study aimed evaluate self-care and cardiometabolic risk in people with arterial hypertension undergoing regular clinical follow-up in primary health care. Exploratory study conducted among people with hypertension in the interior of the State of São Paulo, through the application of the Brazilian versions of the Hypertension Self-Care Scale and the Framingham Cardiometabolic Risk Score. Participants demonstrated satisfactory levels of confidence (71.3 (14.7)) and unsatisfactory levels for Self-Care maintenance (59.2 (14.5)) and management (55.1 (20.3)), domains of the Scale Self-care; and a 34.6% chance of developing acute myocardial infarction in the next 10 years. The youngest individuals had satisfactory levels of confidence in relation to the management of self-care; and higher cardiometabolic risk was observed among people with diabetes and angina. No significant associations were found between the other variables. Individuals have confidence, but demonstrate inadequate Self-Care management and maintenance and the younger the better self-care management.

Keywords: Hypertension. Nursing. Self-care. Surveys and questionnaires.

Recebido em Março 18, 2020
Aceito em Dezembro 03, 2020

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA), definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg, constitui o maior fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e acidente vascular encefálico (AVE)^{1,2}. Na maioria dos casos, costuma ser assintomática, e tal fato contribui para a falta de adesão ao tratamento, seja medicamentoso, seja não farmacológico, visto que os pacientes tendem não identificar a necessidade e os benefícios dele; conseqüentemente, o aparecimento das complicações é crescente^{3,4}.

A síndrome metabólica (SM), por sua vez, se apresenta atualmente como pandemia e é caracterizada pela combinação de pelo menos três fatores metabólicos de risco cardiovascular, entre os cinco possíveis, a saber: obesidade central, valores considerados indesejáveis da glicemia, dos triglicérides, do HDL-colesterol e da pressão arterial (PA). Eles se relacionam a fatores de risco modificáveis, muitas vezes traduzidos em comportamentos associados ao cuidado em saúde⁵.

O autocuidado, definido como um processo de manutenção da saúde por meio de práticas de promoção dela, bem como do manejo da doença, ainda é pouco conhecido no que diz respeito à população com HA. De acordo com a teoria do autocuidado em

doenças crônicas, adotada como referencial teórico para o desenvolvimento deste estudo, ele é dividido em três domínios: manutenção, monitorização e manejo do autocuidado⁶. Do modo como é entendido, pode ser considerado uma relevante ferramenta com vistas a prevenir os agravos advindos do não tratamento da HA, reduzir a mortalidade e deficiência relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), melhorar a qualidade de vida e diminuir os custos com cuidados de saúde⁴.

Com relação ao impacto da HA e da baixa adesão ao tratamento, e ainda levando-se em conta a importância do autocuidado para o manejo da pessoa com DCNT, se faz premente para a Enfermagem conhecer o processo de autocuidado da pessoa com HA, tendo em vista as ações de prevenção, educação e cura praticadas pelo enfermeiro⁷.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o autocuidado e o risco cardiometabólico em pessoas com hipertensão arterial (HA) em seguimento clínico regular na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal e analítico conduzido entre pessoas com HA em seguimento clínico regular em Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior do Estado de São Paulo. Fizeram parte usuários com HA em seguimento clínico no referido serviço. Foram incluídos participantes com diagnóstico prévio de HA

e que eram capazes de estabelecer comunicação efetiva, demonstrando orientação e cognição aceitáveis. Para análise do Escore de Framingham, foram considerados apenas aqueles com idade superior a 74 anos, como limitado pelo cálculo do escore. Os dados dessas pessoas foram analisados quanto às demais variáveis.

Foram excluídas as pessoas com história prévia de doença arterial coronária, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e insuficiência cardíaca, tendo em vista o elevado risco cardiometabólico e a exacerbação de sintomas.

A amostra foi obtida por conveniência, por meio da inclusão sequencial de todos os pacientes elegíveis para o estudo no período preestabelecido para a coleta de dados (entre abril e outubro de 2018).

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora principal, de forma individual, em ambiente privativo, mediante entrevista e levantamento documental junto a prontuários da UBS, a fim de obter informações que permitissem a confirmação dos diagnósticos e outras comorbidades, medicamentos em uso e resultados de exames prévios. Os participantes foram recrutados em ocasião de busca espontânea à UBS por qualquer demanda e incluídos após a explicação sobre os objetivos do trabalho e assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram aplicados instrumentos de caracterização sociodemográfica e clínica validados em estudos prévios, a Versão Brasileira da Escala de Autocuidado de Hipertensão e o Escore de Risco Cardiometabólico de Framingham para obtenção dos seguintes dados:

- **Caracterização sociodemográfica:** iniciais do nome, idade, data de nascimento, sexo, raça/cor, escolaridade (em anos, sendo considerado o nível mais elevado atingido pelo sujeito), situação conjugal (solteiro, casado, viúvo, desquitado/divorciado, união consensual), vínculo empregatício (ativo, aposentado + trabalho, aposentado compulsoriamente, aposentado por invalidez, recebendo auxílio-doença, desempregado, do lar), renda mensal (\$), procedência e naturalidade;
- **Caracterização clínica:** foram indagados dados como história pregressa de HA (tempo de diagnóstico e estágio), levantamento de sintomas (dispneia, edema, lipotímia, precordialgia, palpitação, cansaço, cefaleia). Informações complementares foram retiradas do prontuário de saúde do participante como outras condições clínicas associadas Diabetes Mellitus, dislipidemia, estenose ou

espessamento de carótida, arteriopatia periférica e obesidade – avaliada por meio do índice de massa corpórea (IMC), hábitos do estilo de vida (etilismo e tabagismo) e lesões de órgão alvo, como acidente vascular encefálico, hipertrofia ventricular esquerda, nefropatia (clearance de creatinina e relação albumina/creatinina) e retinopatia. Foi também investigado o tratamento medicamentoso (número de medicamentos em uso, dosagem e posologia).

- **Versão Brasileira da Escala de Autocuidado de Hipertensão:** a *Self-care of Hypertension Inventory* (SC-HI) foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores dos Estados Unidos responsáveis pelo estudo e construção de diversas escalas com especificidade para avaliar o autocuidado em pessoas com doenças crônicas. Recentemente, pesquisadoras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul fizeram a tradução e adaptação cultural dela para a língua portuguesa do Brasil⁸. O questionário consiste de 23 itens que analisam autocuidado das pessoas com HA nos domínios de manutenção (Seção A), manejo do autocuidado (Seção B) e confiança (Seção C), conforme dita a teoria do autocuidado no qual esses pesquisadores se basearam⁸

(*middle-range theory of self-care of chronic illness*)⁶.

As respostas desse questionário são dadas por meio de escala tipo Likert, e os escores, calculados individualmente entre os domínios anteriormente citados. A base do cálculo é a soma das questões da seção subtraída do total de questões da seção multiplicado pela constante. Sendo assim, para a Seção A: soma (- 11 x 3,03); para a Seção B: soma (- 6 x 5,55); e para a Seção C: soma (- 6 x 5,55). No domínio de manejo do autocuidado (Seção B), existem duas questões que são pontuadas de 0 a 4; caso o participante responda o equivalente a “0” em uma ou duas delas, deve-se usar um total de cinco ou quatro questões desse domínio, respectivamente. O autocuidado é considerado adequado em escores igual ou maior que 70^{8,9}.

- **Escore de Risco Cardiometabólico de Framingham:** O *Framingham Heart Study*¹⁰ é bastante empregado no contexto clínico e epidemiológico, e sua aplicação permite desenvolver práticas de prevenção primária de doenças coronarianas¹¹. Pode ser calculado com base em faixa etária, sexo, valores de PA sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração de lipídios de alta densidade (*High-Density Lipids* – HDL),

presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, tornando possível estabelecer a chance de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos. A avaliação simultânea desses fatores permite identificar pacientes com alta probabilidade e assim modular os esforços para a redução do risco cardiovascular¹². Para análise dos níveis séricos de colesterol, foram utilizados exames coletados nos últimos seis meses anteriores à entrevista. Se havia mais de um resultado disponível, foi utilizado o mais recente.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha eletrônica no *software Microsoft Excel* para Windows e então transferidos para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0, a fim de serem feitas as seguintes análises:

- descritiva – com construção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão) para dados sociodemográficos e clínicos e para escore dos instrumentos de autocuidado e risco cardiometabólico;
- testes de correlação linear – por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman para avaliar

a relação entre as medidas de autocuidado e risco cardiometabólico e as variáveis sociodemográficas e clínicas contínuas;

- testes de comparação – para comparar os escores de autocuidado e de risco cardiometabólico de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas qualitativas.

Foram consideradas satisfatórias correlações próximas de 0,30; de moderada magnitude, entre 0,30 e 0,50; e de forte magnitude, acima de 0,50. Correlações inferiores a 0,30 foram tomadas como de pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significantes¹³. Foi adotado como nível de significância p-valor < 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (parecer 2.501.902/2018).

RESULTADOS

A amostra foi constituída em sua maioria por mulheres (65,1%). Os participantes tinham média de 65,2 anos de idade, cor branca (43,8%), casados (51,1%), média de 5,5 anos de estudo, inativos (51,7%) e renda familiar mensal média de R\$ 2.477,45 (Tabela 1).

A média de tempo de diagnóstico de HA autorrelatado foi de 17,2 anos, e a maioria dos participantes estava no estágio “ótimo, normal ou limítrofe” da HA (60,7%). Dentre os sintomas autorrelatados no último mês, o mais frequente foi cansaço (45,3%), seguido de edema (39,5%), cefaleia (32,5%) e palpitação (27,9%). Das condições clínicas associadas, dislipidemia (62,3%) e DM (48,8%) foram as mais frequentes, seguidas das complicações decorrentes da HA – retinopatia (6,9%) e

nefropatia (3,4%). Foram pesquisadas as incidências de arteriopatia periférica e acidente vascular encefálico (AVE), e somente dois participantes apresentaram tais condições. Quanto aos hábitos e estilo de vida, a maioria (56,9%) negou tabagismo e etilismo (81,4%). OIMC médio encontrado foi de 29,3 kg/m², e a amostra usava em média cinco medicamentos distintos (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização clínica dos sujeitos com hipertensão arterial sistêmica (HA) (n = 86) atendidos em Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Estado de São Paulo, Campinas, 2018

Variáveis sociodemográficas	N	%	Média (DP)	Mediana	Varição
Idade (em anos)			65,2(12,7)	65	16-90
Sexo					
Masculino	30	34,8			
Feminino	56	65,2			
Cor					
Branca	37	43,0			
Preta	17	19,7			
Parda	31	36,0			
Indígena	1	1,2			
Situação conjugal					
Solteiro	7	8,1			
Casado	44	51,2			
Viúvo	22	25,6			
Desquitado/divorciado	10	11,7			
Amasiado	3	3,4			
Situação profissional					
Ativo	26	30,6			
Inativos	44	51,8			
Do lar	15	17,6			
Renda familiar mensal (R\$)			2.477,45(2.217,82)	2.000,00	2.217,82-17.000,00
Escolaridade (em anos)			5,5(4,2)		0-18
Naturalidade					
Campinas, SP	22	25,5			
Outras cidades do Estado de São Paulo	32	37,2			

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Caracterização clínica dos sujeitos com hipertensão arterial sistêmica (HA) (n = 86) atendidos em Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Estado de São Paulo, Campinas, 2018

Variáveis clínicas	N	%	Média (DP)	Mediana	Variação
Tempo de HAS (em anos)			17,2(12,8)		0-66
Estágio da HAS					
Ótima/normal/limítrofe	52	60,7			
Estágio 1	24	27,9			
Estágio 2	10	10,5			
Sintomas (no último mês)					
Precordialgia	19	22,9			
Dispneia	17	19,7			
Palpitação	24	27,9			
Edema	34	39,5			
Lipotimia	16	18,6			
Cansaço	39	45,3			
Cefaleia	28	32,5			
Condições clínicas associadas					
Dislipidemia	53	62,3			
Diabetes Mellitus	42	48,8			
Obesidade – IMC (kg/m ²)			29,3(4,5)		19,7-39,9
Retinopatia	6	6,9			
Nefropatia	3	3,4			
AVE	2	2,3			
Arteriopatia periférica	2	2,3			
Tabagismo					
Nunca	49	56,9			
Atual	11	12,8			
Pregresso	26	3			
Etilismo					
Nunca	70	81,4			
Atual	7	8,1			
Pregresso	9	10,5			
Número de medicações em uso			5(2,5)		1-13

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise descritiva das medidas da Escala de Autocuidado de Hipertensão mostrou que somente no domínio confiança (Seção C) os níveis de autocuidado estão adequados (71,3); foram observados níveis inadequados nos domínios manutenção

(59,2) e manejo (55,1). A avaliação do risco cardiometabólico estimado pelo Escore de Framingham sugere que os participantes têm 34,6% de chance de sofrer um evento coronariano isquêmico agudo nos próximos dez anos (Tabela 3).

Tabela 3. Análise descritiva das medidas da Escala de Autocuidado de Hipertensão e risco cardiometabólico entre os sujeitos com hipertensão arterial sistêmica (HA (n = 86) atendidos em Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Estado de São Paulo, Campinas, 2018

Variáveis	n	Média (DP)	Varição	Mediana
Escala de Autocuidado de Hipertensão				
Escala de manutenção (Seção A)	86	59,2(14,5)	27,2-84,8	87,8
Escala de manejo (Seção B)	86	55,1(20,3)	0,0-94,3	94,4
Escala de confiança (Seção C)	86	71,3(14,7)	33,3-100,0	66,6
Risco cardiometabólico (%)				
Escore de Framingham	72	34,6(15,9)	1- ≥ 56	33,0

Fonte: dados da pesquisa.

As análises de associação, por meio das correlações de Spearman entre os escores da Escala de Autocuidado de Hipertensão, Escore de Framingham e as características sociodemográficas (idade, renda mensal familiar e escolaridade) e clínicas (tempo de diagnóstico de HA, total

de medicações e IMC) estão apresentadas na Tabela 4. Foram encontradas correlações significantes negativas entre a idade e o domínio manejo da escala de autocuidado ($p < 0,005$), evidenciando que quanto maior a idade, menor o manejo de autocuidado.

Tabela 4. Coeficientes de correlação de Spearman entre os escores da Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI), risco cardiometabólico e características sociodemográficas (idade, renda familiar mensal, escolaridade) e clínicas (tempo de HAS, total de medicações e índice de massa corpórea – IMC) dos sujeitos com hipertensão arterial sistêmica (HA) (n = 86) atendidos em Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Estado de São Paulo, Campinas, 2018

Variáveis	Escore de Framingham	Idade	Renda familiar mensal	Escolaridade	Tempo de HAS	Total de medicações	Índice de massa corpórea (IMC)
	r* (p†)	r (p†)	r (p†)	r (p†)	r (p†)	r (p†)	r (p†)
EAC-HI – Manutenção	0,01 (0,90)	0,02 (0,84)	-0,06 (0,59)	-0,07 (0,46)	0,19 (0,07)	0,10 (0,34)	-0,00 (0,97)
EAC-HI – Manejo	-0,07 (0,54)	-0,31 (0,00)	0,06 (0,59)	0,17 (0,10)	0,20 (0,06)	-0,18 (0,08)	-0,09 (0,40)
EAC-HI – Confiança	-0,13 (0,26)	-0,10 (0,35)	0,11 (0,31)	0,00 (0,98)	0,10 (0,33)	-0,11 (0,31)	0,00 (0,98)

r*: coeficiente de correlação de Spearman; p†: p-valor < 0.05

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram realizados testes de comparação entre os escores da Escala de Autocuidado de Hipertensão e do Escore de Framingham entre os participantes com e sem DM e entre aqueles com e sem

precordialgia (Tabela 5). Evidenciou-se que em ambos os grupos o único domínio com escore de autocuidado satisfatório foi a escala de confiança, com a média mais alta entre as pessoas sem DM (73,4). Por outro

lado, indivíduos com essa patologiatêm maior risco de desenvolver um evento coronariano agudo nos próximos dez anos (40,5%), ao passo que os sem diabetes apresentam 29,1% de probabilidade. As comparações entre os participantes com e sem precordialgia sugerem que o

autocuidado se situa em nível satisfatório somente no domínio confiança (72,8 para aqueles com precordialgia X 70,9 para os que negam o sintoma). As pessoas com precordialgia apresentaram maior risco de desenvolver um evento cardiovascular isquêmico nos próximos dez anos (43%).

Tabela 5. Comparação dos escores da Escala de Autocuidado de Hipertensão e do Escore de Framingham entre pessoas com hipertensão arterial (HA) (n = 86) atendidas em Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Estado de São Paulo, Campinas, 2018; com e sem precordialgia ou Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus		n	Média (DP)	Varição
Sim	Escore de Framingham (%)	35	40,5(14,5)	7-56
	EAC-HI – Manutenção	42	59,3(14,1)	27,7-84,8
	EAC-HI – Manejo	42	53,8(19,4)	13,3-94,4
	EAC-HI – Confiança	42	69,1(15,1)	33,3-100
Não	Escore de Framingham (%)	37	29,1(15,4)	1-56
	EAC-HI – Manutenção	44	59,0(15,1)	27,2-87,8
	EAC-HI – Manejo	44	56,3(21,2)	0-88,8
	EAC-HI – Confiança	44	73,4(14,0)	44,4-100
Precordialgia		n	Média (DP)	Varição
Sim	Escore de Framingham (%)	15	43(13,0)	7-56
	EAC-HI – Manutenção	19	61,2(15,1)	33,3-84,8
	EAC-HI – Manejo	19	59,9(18,6)	27,7-94,4
	EAC-HI – Confiança	19	72,8(18,1)	44,4-100
Não	Escore de Framingham (%)	57	32,5(16,0)	1-56
	EAC-HI – Manutenção	67	58,6(14,4)	27,2-87,8
	EAC-HI – Manejo	67	53,7(20,6)	0-88,8
	EAC-HI – Confiança	67	70,9(13,7)	33,3-100

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo avaliar o autocuidado e o risco cardiometabólico de pessoas com HA em seguimento clínico em Unidade Básica de Saúde localizada no interior do estado de São Paulo. A amostra foi composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino, com idade entre

60 e 70 anos, vivendo com companheiro. Esses dados corroboram estudos recentes^{1,14,16,17}, e a prevalência de mulheres com idade superior a 60 anos está possivelmente atrelada ao fato de que a presença de HA é maior nesses indivíduos².

A presente pesquisa também confirma achados de outros trabalhos quanto à escolaridade^{16,17,18}, mas difere com

relação à raça/cor e à renda mensal familiar média^{15,17,18}. Sabe-se que fatores socioeconômicos, como baixa renda familiar mensal e reduzidos níveis de escolaridade, contribuem para a baixa adesão ao tratamento da HA. Isso se deve à má compreensão da gravidade da doença e da relevância do tratamento, bem como à dificuldade de acesso aos serviços de saúde¹⁸, o que mostra a importância de o enfermeiro conhecer as condições da população que atende, frisando as ações de educação em saúde.

Estudos apontam tempo de diagnóstico de HA menor de dez anos, com início do tratamento medicamentoso nesse período¹⁷, e mostram que a maioria dos indivíduos apresenta a PA em níveis ótimo, normal ou limítrofe^{16,17}, o mesmo resultado encontrado no presente trabalho. As comorbidades mais comumente observadas dentre as pessoas com HA são DM e as dislipidemias^{15,17}, entretanto o consumo de bebidas alcoólicas e a prática do fumo foram baixos. Tais comorbidades, bem como a HA, representam importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como IAM, principalmente quando associadas¹⁹, conforme evidenciado no Escore de Framingham. Por outro lado, o baixo consumo de álcool e fumo colabora para o possível controle desse risco e está possivelmente atrelado ao fato de que entre os idosos há maior prevalência de doenças e maior preocupação com a saúde.²⁰ Foram encontrados ainda dados que ratificam o achado de sobrepeso^{17,21}.

O relato de cansaço, edema, cefaleia e palpitações constitui achado que apoia outras pesquisas e, juntamente com as comorbidades predominantes, reforça o perfil multifatorial das DCNT relacionado à necessidade do controle de diversos fatores (adesão medicamentosa e mudança de hábitos não saudáveis de vida) para seu manejo, sugerindo a baixa adesão ao tratamento e reflexo dos baixos níveis de autocuidado²².

A avaliação do autocuidado por meio da EAC-HI evidenciou níveis insatisfatórios nos quesitos de manutenção da saúde no que diz respeito às ações para manter o controle da PA e conseqüentemente dos sintomas e complicações. Também foram observados baixos níveis no domínio manejo da saúde, diante das alterações que possam ocorrer – nesse caso, aquelas associadas aos valores da PA.

Entretanto, os achados mostraram que, quanto à confiança em realizar ações que promovam melhora ou controle dos valores da pressão, os escores foram satisfatórios. Bilal *et al.*²³ afirmam que os indivíduos com HA têm vontade de desenvolver atividades de manutenção e manejo da PA, no entanto não o fazem porque os níveis de conhecimento e conscientização acerca da importância da doença e de seu tratamento adequado ainda são inapropriados, associados principalmente à reduzida escolaridade e ao baixo nível social^{23,24}. Sabe-se que a autoconfiança para agir é o fator mais influente para que de fato os indivíduos

assumam comportamentos de autocuidado²⁵. Com base nisso, faz-se importante o papel do enfermeiro em propor ações de educação em saúde quanto à HA, seus agravos e tratamento, de forma a promover efetivamente a saúde e prevenir complicações. Além disso, deve construir um plano do cuidado de enfermagem para o empoderamento do indivíduo²⁶ a fim de que este se torne participante ativo no cuidado com a própria saúde.

As comparações entre as pessoas com e sem diabetes e pessoas com e sem precordialgia mostram que os escores de autocuidado são satisfatórios somente no quesito de confiança, mostrando que não há diferença importante entre o manejo e a manutenção da condição entre esses grupos. Entretanto, aqueles sem diabetes apresentaram escores maiores, bem como as pessoas com e sem precordialgia, respectivamente.

Assim, fatores comportamentais e emocionais apresentados por indivíduos com diabetes devem ser considerados no planejamento de ações de saúde, pois as dificuldades que apresentam devido à falta de conhecimento para o controle da doença podem influenciar a adesão ao tratamento proposto e o autocuidado em geral²⁷.

Sabe-se que a HA e a DM costumam ser encontradas juntas entre as pessoas com doenças crônicas, e o DM aumenta em três vezes as chances de desenvolver doença cardiovascular²⁸. Isso impõe um enorme desafio aos profissionais de saúde que precisam incentivar a mudança de comportamento visando ao rigoroso

controle metabólico, com programas eficazes e viáveis voltados à prevenção em população de risco para essas complicações¹⁹. Não foram encontrados na literatura dados que corroboram o achado de maior autoconfiança entre indivíduos com precordialgia.

O Escore de Framingham aponta para elevado risco cardiometabólico, com 34,6% de chance de desenvolver um infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos dez anos. Tais dados confirmam o que observaram Berlezi e Schneider²⁹ e Pimenta e Caldeira²¹, porém na presente pesquisa não houve diferença significativa entre sexo, apesar de a literatura apontar o fato de que entre os homens esse risco é maior do que entre as mulheres²⁹. Provavelmente isso ocorre pelo fato de que normalmente elas apresentam maior adesão ao regime terapêutico e buscam mais os serviços de saúde, o que colabora para a conscientização sobre sua condição e tratamento³⁰ e minimiza o risco de desenvolver complicações.

É bem estabelecido que os níveis de autocuidado variam conforme as condições biopsicossociais dos indivíduos. Fatores sociais, como baixa renda familiar mensal e pouca escolaridade, estão fortemente associados aos menores níveis de autocuidado e adesão ao tratamento, pois influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde, ao tratamento e à informação e conhecimento acerca da HA, suas complicações e a necessidade do tratamento, dificultando o controle dos valores pressóricos^{26,30}.

Outro fator que vem sendo discutido tem a ver com idade e autocuidado. No presente estudo, foi encontrada correlação inversa significativa importante entre ela e a escala de autocuidado no domínio manejo. Esse fato corrobora a literatura, pois o autocuidado é maior entre jovens adultos e adultos de meia-idade, possivelmente devido ao fato de que os idosos possuem maior número de comorbidades quando comparados a esses dois outros grupos, demandando um regime de tratamento complexo, principalmente quanto ao aspecto farmacológico e a restrições pelas condições de saúde que apresentam, diminuindo os níveis de adesão ao tratamento como um todo^{26,30}. Sabe-se ainda que quanto mais satisfatório o autocuidado, melhores as condições de saúde, com redução de sintomas e complicações advindas das doenças. A isso se soma uma melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos³⁰.

Este estudo apresenta limitações e vieses relacionados ao uso de medidas autorrelatadas, especialmente quando aplicadas em formato de entrevista, como a memória e a desejabilidade social. Recomendam-se a ampliação do tamanho amostral e o emprego de testes robustos, como análises de regressão, para que os achados possam ser generalizados.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitem concluir que as pessoas com HA atendidas na Unidade Básica de Saúde analisada

possuem autoconfiança para realizar comportamentos de autocuidado, entretanto precisam de maior conhecimento sobre a HA para se engajar nessas ações.

REFERÊNCIAS

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, *et al.* American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 135(10):e135-149. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2016; 107(3):1-32.
3. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015; 23(1):20-7.
4. Jerant AF, Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Educat Couns*. 2005; 57:300-7.
5. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012; 35(3):194-204.
6. Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):225-30.

7. Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER, Ávila CW, Beltrami L, Dickson VVD, Riegel B. Cross-cultural adaptation of the Self-care of Hypertension Inventory into Brazilian Portuguese. *J. Cardiovasc Nurs.* 2018; 33(3):289-95.
8. Dickon VV, Lee C, Yehle KS, Abel WM, Riegel B. Psychometric testing of the Self-care of Hypertension Inventory. *J. Cardiovasc Nurs.* 2016; 24(6):485-97.
9. Friedman GD, Kannel WB, Dawber TR, McNamara PM. An evaluation of follow-up methods in the Framingham Heart Study. *Am J Public Health Nations Health.* 1967; 57(6):1015-24.
10. Lotufo PA. O Escore de Risco de Framingham para doenças cardiovasculares. *Rev Med.* 2008;87(4):232-7.
11. Galvão NI, Vilela RFJTJ, Orlandi BMM, Ferraz RF, Costa FAA, Fagundes DF. Determinação do risco cardiovascular em população de check-up espontâneo através do Escore de Framingham. *Rev Bras Cardiovasc.* 2013; 26(5):356-63.
12. Ajzen, I., & Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
13. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin.* 1992; 112(1):155-9.
14. Mendes CRS, Souza TLV, Felipe GF, Lima FET, Miranda MDC. Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(6):580-6.
15. Silva APA, Oller GASAO, Pompeo DA, Eid LP, Kusumota L. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arq Ciênc. Saúde.* 2016; 23(2):76-80.
16. Mendes CRS, Miranda MDC, Lima FET, Brito EAWS, Freitas I, Matias EO. Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. *Rev Rene.* 2016; 17(1):52-9.
17. Chor D, Ribeiro ALP, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, *et al.* Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of High Blood Pressure: results of the ELSA-Brasil Study. *PLoS One.* 2015; 10(6):e0127382. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127382>.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(6):1-63.
19. Pimenta HB, Caldeira AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(6):1731-9.
20. Rodrigues ESR, Rezende AAB, Moreira RDF, Souza JC, Pereira RO. Perfil dos fatores de risco cardiovascular em pacientes hipertensos. *Rev Cereus.* 2015; 7(2):88-104.
21. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, São-João TM, Martini GG, Nadruz W Júnior, *et al.* Qualidade de vida na Hipertensão Arterial: validade de grupos conhecidos do MINICHAL. *Arq Bras Cardiol.* 2015;

- 104(4):299-307.
22. Bilal M, Haseeb A, Lashkerwala SS, Zahid I, Siddig K, Saad M, *et al.* Knowledge, awareness and self-care practices of hypertension among cardiac hypertensive patients. *Glob J Health Sci.* 2016; 8(2):9-19.
23. Li G, Hu H, Dong Z, Xie J, Zhou Y. Urban and suburban differences in hypertension trends and self-care: three population-based cross-sectional from 2005-2011. *PLoS One.* 2015; 10(2):e0117999. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117999>
24. Chang AK, Lee EJ. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *Int J Nurs Pract.* 2015; 21:584-91.
25. Ma C. An investigation of factor influencing self-care behavior in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung.* 2018; 47(2):136-141.
26. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(3):2001-9.
27. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev Latino-Am Enferm [Internet].* 2014 [cited 2017 Feb 10]; 22(4):547-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>
28. Berlezi EM, Schneider RH. Análise de risco cardiovascular em hipertensos adscritos a uma unidade de estratégia de saúde da família. *Rev Cont Saúde.* 2009; 9(17):45-52.
29. Beltrán-Sanchez H, Drumond-Andrade FC, Riosmena F. Contribution of socioeconomic factors and health care access to the awareness and treatment of diabetes and hypertension among older Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2015; 57(1):S6-14.
30. Lee E, Park E. Self-care behavior and relate factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse.* 2017; 53(6):607-21.