

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

RESEARCH

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12636

FACTORS ASSOCIATED WITH THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG USERS ASSISTED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

*Fatores associados ao controle da hipertensão arterial entre usuários atendidos na estratégia saúde da família**Factores asociados al control de la hipertensión arterial entre los usuarios asistidos en la estrategia de salud de la familia***Ana Paula Ferreira Maciel¹** **Rene Ferreira da Silva Junior²** **Victor Guilherme Pereira³** **Otávio Henrique Oliveira Macedo⁴** **Carla Silvana de Oliveira e Silva⁵** **Antônio Prates Caldeira⁶** 

ABSTRACT

Objectives: to analyze the percentage of patients under antihypertensive treatment who have controlled blood pressure levels and associated factors. **Method:** cross-sectional and analytical study. The selection of patients occurred by probabilistic sampling, by clusters treated descriptively and analytically. A total of 720 individuals participated in the study. **Results:** after logistic regression, the variables gender, adherence to drug therapy, previous history of heart disease and self-medicating remained associated with non-control of blood pressure. **Conclusion:** the prevalence of blood pressure control was 54.3%, the difficulties in antihypertensive treatment are related to factors such as personal aspects, the living environment, access to health care, highlighting as a modifiable variable non-medication adherence. The need to encourage public policies to establish new strategies to address modifiable factors in the management of hypertension is reinforced.

DESCRIPTORS: Hypertension; Comprehensive Health Care; Primary Health Care.

^{1,5,6}Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

²Instituto Federal do Sul de Minas Gerais, Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil.

³Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

⁴Faculdade Santo Agostinho, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Received: 22/03/2023; Accepted: 10/05/2023; Published online: 27/09/2023

Corresponding Author: Rene Ferreira da Silva Junior renejunior_deny@hotmail.com

How cited: Maciel APF, Junior RFS, Pereira VG, Macedo OHO, Silva CSO, Caldeira AP. education of ethnic and racial relationships in nursing: an analysis from the perspective of nurse-professors. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2023 [cited year month day];15:e12636. Available from:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12636>



RESUMO

Objetivo: analisar o percentual de pacientes sob tratamento anti-hipertensivo que apresentam níveis de pressão arterial controlados e fatores associados. **Método:** estudo transversal e analítico. A seleção de pacientes ocorreu por amostragem probabilística, por conglomerados tratados de forma descritiva e analítica. Participaram do estudo 720 indivíduos. **Resultados:** após regressão logística, permaneceram associadas ao não controle da pressão arterial as variáveis sexo, adesão à terapia medicamentosa, história pregressa de doença cardíaca e automedicar-se. **Conclusão:** a prevalência de controle da pressão arterial foi de 54,3 %, as dificuldades no tratamento anti-hipertensivo relacionam-se a fatores como aspectos pessoais, ao ambiente de vida, ao acesso aos cuidados de saúde, destacando-se como variável modificável a não adesão medicamentosa. Reforça-se a necessidade de incentivo das políticas públicas para o estabelecimento de novas estratégias para abordagem dos fatores modificáveis no manejo da hipertensão.

DESCRITORES: Hipertensão; Assistência Integral à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

Objetivos: analizar el porcentaje de pacientes en tratamiento antihipertensivo que tienen niveles controlados de presión arterial y factores asociados. **Método:** estudio transversal y analítico. La selección de los pacientes ocurrió por muestreo probabilístico, por conglomerados tratados descriptiva y analíticamente. Un total de 720 individuos participaron en el estudio. **Resultados:** después de la regresión logística, las variables sexo, adhesión a la terapia medicamentosa, historia previa de cardiopatía y automedicación permanecieron asociadas al no control de la presión arterial. **Conclusión:** la prevalencia de control de la presión arterial fue de 54,3%, las dificultades en el tratamiento antihipertensivo se relacionan con factores como aspectos personales, el ambiente de vida, el acceso a la atención de salud, destacando como variable modificable la adhesión a la medicación. Se refuerza la necesidad de impulsar políticas públicas para establecer nuevas estrategias para abordar factores modificables en el manejo de la hipertensión.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Atención Integral de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), trata-se de uma das doenças mais prevalentes na população mundial. Com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), sua prevalência na população brasileira adulta (≥ 18 anos) foi de 21,4%, ultrapassando 50% nos indivíduos com 65 anos ou mais.¹ O tratamento anti-hipertensivo objetiva reduzir a morbimortalidade das doenças cardiovasculares associadas aos valores elevados da pressão arterial (PA). Isso porque elas representam a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial é sabidamente um importante fator de risco para essas doenças. Para tanto, o controle dos níveis pressóricos deve envolver medidas não farmacológicas e, sempre que necessário, terapia medicamentosa. Apesar de existirem um grande número de medicamentos anti-hipertensivos, apenas parte dos pacientes que os utilizam atinge as metas de controle de PA.²⁻³

Identificar os fatores associados ao controle adequado da PA pode auxiliar os profissionais de saúde a alcançar as metas pressóricas na prática clínica. Dentre outras questões, as metas pressóricas podem ser influenciadas pela adesão ao tratamento, as inadequações das prescrições medicamentosas anti-hipertensiva, deficiências na orientação multidisciplinar para o tratamento da HAS (orientação nutricional, atividade física e acompanhamento psicológico), idade do paciente, dentre outros aspectos.⁴⁻⁵

Nesse sentido, compreender esses fatores podem guiar as ações em saúde e garantir o tratamento adequado da HAS. Assim, o estudo objetivou analisar o percentual de pacientes sob tratamento anti-

-hipertensivo que apresentam níveis de pressão arterial controlados, bem como descrever os fatores associados ao seu controle entre pacientes atendidos em unidades básicas de saúde localizadas no norte de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, o qual atendeu as diretrizes recomendadas pelo STROBE. O estudo foi conduzido em um município de porte médio localizado no norte de Minas Gerais, Brasil. A região se caracteriza por indicadores sociais e econômicos que denotam significativa vulnerabilidade populacional.

A seleção dos usuários ocorreu por amostragem probabilística, por conglomerados, com alocação a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), proporcional ao número de indivíduos hipertensos cadastrados. O número total de hipertensos no estudo foi definido considerando uma prevalência de 25%, uma população estimada de 30 mil pessoas adultas assistidas pela UBS, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (deff) de 2 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de indivíduos para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 687 participantes.

Foram considerados elegíveis para o estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial, efetivamente cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Foram excluídos indivíduos hospitalizados

ou cuja família considerava incapaz de responder ao questionário, por inabilidade cognitiva.

A coleta de dados foi realizada por equipe treinada, com uso de instrumentos previamente validados. Foram identificadas variáveis sociodemográficas e avaliação das condições de saúde, além de aferição da pressão arterial. A medida da pressão arterial foi realizada ao final da aplicação do questionário. O procedimento de medida da pressão arterial foi realizado de acordo com o preconizado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. A medida foi feita no membro superior, na posição sentada, com o braço apoiado na altura do coração, após cinco a dez minutos de repouso.³

Para fim de classificação, no que se refere ao controle da pressão arterial, considerou-se como controladas os usuários que apresentaram pressão sistólica menor que 140 mmHg de diastólica menor que 90 mmHg. Foram considerados como não controlados aquelas que apresentaram valores iguais ou maiores aos referidos. 3

Considerou-se o auto relato para as variáveis: cor, automedicação, estado de saúde, história pregressa de doença cardíaca, colesterol elevado, tabagismo, prática de atividade física, realização de dieta, fatores hereditários para problemas cardíacos, renda e escolaridade. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado após mensuração de peso e altura. A altura foi medida por meio de um estadiômetro, com precisão em milímetros. As medições foram realizadas na posição antropométrica com os participantes descalços ou com meias. O peso foi medido utilizando-se balança eletrônica portátil e posteriormente o IMC foi calculado utilizando-se a fórmula: peso/altura², expresso em kg/m². Para fins de classificação, utilizou-se a classificação do IMC recomendada pela Organização Mundial da Saúde para adultos, em que: baixo peso: IMC < 18,5; eutrofia: IMC ≥ 18,5 e IMC < 25; sobrepeso: IMC ≥ 25 e IMC < 30; obesidade: IMC ≥ 30.

Para a avaliação da adesão medicamentosa foi utilizada a escala de adesão medicamentosa de Morisky, Green e Levine, versão adaptada para a cultura brasileira. A escala contém quatro questões relativas aos fatores da não adesão. Foi desenvolvida para pacientes com HAS e posteriormente indicada para utilização na identificação de fatores da não adesão de qualquer classe de medicamentos. As quatro questões estão relacionadas à: esquecimento, descuido, interrupção do uso do medicamento por perceber melhora e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico. A classificação é definida como alto grau de adesão, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. O paciente é classificado no grupo de média adesão quando uma a duas respostas são afirmativas e, se três ou quatro respostas são afirmativas, a classificação é de baixa adesão.⁶

A coleta de dados ocorreu nas UBS às quais os usuários estavam vinculados ou no próprio domicílio, por equipe treinada e uso de equipamentos já validados em pesquisas similares. Os dados coletados foram analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 22.0 (SPSS para Windows, Chicago, EUA), de forma descritiva e analítica. As variáveis classificatórias são apresentadas descritivamente em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste qui-quadrado. Foi realizada análise bivariada e após análise multivariada com modelo de regressão logística múltipla

foram introduzidas no modelo as variáveis que apresentaram p<0,05 na análise bivariada.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes concordaram com sua participação no estudo, registrando assinatura ou digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede da pesquisa, sob parecer de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) nº. 28611114.9.0000.5146.

RESULTADOS

Foram coletadas informações de 720 usuários sabidamente hipertensos, acompanhadas em 13 UBS. O tempo médio de diagnóstico da hipertensão foi de 13,0 (±9,9) anos e a grande maioria fazia uso atual de medicação anti-hipertensiva (94,4%).

A média de idade do grupo foi de 62,5 (±13 anos). A maioria era do sexo feminino (71,8%), referira cor da pele parda (51,5%) e de estado civil correspondente a casado ou união estável (55,0%). Quanto à escolaridade, 54,3% dos respondentes referiram possuir ente um e cinco anos de estudo. Sobre as condições de saúde, registrou-se que 42,1% dos entrevistados referiram ter colesterol elevado; 31,7% relataram diabetes como morbidade associada e 27,3% informaram alguma doença cardíaca. Do total de pacientes avaliados, 54,3% (391) estavam com a PA controlada. Os resultados da análise biva-

Tabela 1 - Análise descritiva da distribuição dos hipertensos de acordo com a classificação de controle da pressão arterial e fatores associados.

Variável	Classificação da Hipertensão		P
	Hipertensos não controlado (n=329) n(%)	Hipertensos Controlados (n=391) n(%)	
Sexo			
Feminino	212 (41,0)	305(59,0)	
Masculino	117(57,6)	86(42,4)	0,000
Cor			
Parda	171(46,1)	200(53,9)	
Não Parda	117(57,6)	191(54,7)	0,442
Estado conjugal			
Casado ou união estável	196(49,5)	200(50,5)	0,014
Solteiro, viúvo ou separado	133(41,0)	191(59,0)	
Número de pessoas com quem vive			
1 ou mais pessoas	299(46,4)	345(53,6)	0,152
Vive sozinho	30(39,5)	46(60,5)	
Renda			
4 salários mínimos ou mais	15 (46,9)	17(53,1)	0,810
1 a 3 salários mínimos	160 (45,2)	194(54,8)	
Menos de 1 salário mínimo	153(47,1)	172(52,9)	
Anos de estudo			
6 anos ou mais	103(42,7)	138(57,3)	0,263
1 a 5 anos	174(45,7)	207(54,3)	
Nenhum	48(52,7)	43(47,3)	
Automedicou-se			

Não	315(44,9)	386(55,1)	0,005
Sim	14(77,8)	4(22,2)	
Autoclassificação sobre o estado de saúde			
Bom	124 (39,9)	187(60,1)	0,004
Ruim	203(50,1)	202(49,9)	
Realizou consulta médica nos últimos 12 meses			
Sim	287(45,8)	339(54,2)	0,509
Não	33(46,5)	38(53,5)	
Possui diabetes			
Não	213(43,8)	273(56,2)	0,128
Sim	111(48,7)	117(51,3)	
História pregressa de problema cardíaco			
Não	225(43,2)	296(56,8)	0,011
Sim	104(53,1)	92(46,9)	
Possui colesterol alto			
Não	203(48,9)	212(51,1)	0,033
Sim	126(41,7)	176(58,3)	
Já teve episódio de AVC			
Não	301(45,5)	361(54,4)	0,186
Sim	28(52,8)	25(47,2)	
Uso de cigarro			
Nunca fumou	185(42,1)	254(57,9)	0,051
Ex-fumante	108(50,5)	106(49,5)	
Fumante	35(53,8)	30(46,2)	
Prática de atividade física			
Sim	193(44,6)	240(55,4)	0,213
Não	136(47,9)	148(52,1)	
Faz dieta			
Sim, regularmente	172(44,7)	213(55,3)	0,601
Sim, mas não regularmente	29(49,2)	30(50,8)	
Não	127(46,9)	144(53,1)	
Fatores hereditários para condições cardíacas			
Não	133(46,7)	152(53,3)	0,170
Sim	142(42,5)	192(57,5)	
IMC			
Baixo peso	8(72,7)	3(27,3)	0,198
Eutrófico	74(45,1)	90(54,9)	
Sobrepeso	122(43,0)	162(57,0)	
Obesidade	121(48,0)	131(52,0)	
Adesão terapia medicamentosa			
Alto grau adesão	151(40,5)	222(59,5)	0,014
Média adesão	127(51,0)	122(49,0)	
Baixa adesão	50(52,1)	46(47,9)	

p= valor p Teste qui-quadrado

Tabela 2 - Distribuição dos hipertensos controlados e não controlados e análise bivariada e fatores associados.

Variável	Classificação da Hipertensão		OR _b
	Hipertensos Não controlados (n=329) n(%)	Hipertensos Controlados (n=391) n(%)	
Sexo			
Feminino	212(41,0)	305(59,0)	1
Masculino	117(57,6)	86(42,4)	1,957
Autoclassificação sobre o estado de saúde			
Bom	124 (39,9)	187(60,1)	1

Ruim	203(50,1)	202(49,9)	1,516
Automedicou-se			
Não	315(44,9)	386(55,1)	1
Sim	14(77,8)	4(22,2)	4,289
História pregressa de problema cardíaco			
Não	225(43,2)	296(56,8)	1
Sim	104(53,1)	92(46,9)	1,487
Adesão à terapia medicamentosa			
Alto grau adesão	151(40,5)	222(59,5)	1
Média adesão	127(51,0)	122(49,0)	1,530
Baixa adesão	50(52,1)	46(47,9)	1,598
Estado conjugal			
Casado ou união estável	196(49,5)	200(50,5)	1
Solteiro, viúvo ou separado	133(41,0)	191(59,0)	0,711
Colesterol alto			
Não	203(48,9)	212(51,1)	1
Sim	126(41,7)	176(58,3)	0,748
Uso de cigarro			
Nunca fumou	185(42,1)	254(57,9)	1
Ex-fumante	108(50,5)	106(49,5)	1,399
Fumante	35(53,8)	30(46,2)	1,602

OR_b = Odds ratio bruta

IC= Intervalo de confiança 95%

p= valor p

riada quanto possíveis variáveis associadas ao controle da PA estão dispostas na tabela 1 e 2.

Após regressão logística, permaneceram associadas ao não

Tabela 3 - Análise de Regressão Logística

Múltipla dos hipertensos não controlados e fatores associados.

Variáveis	OR	IC
Automedicou-se		
Não	1	
Sim	3,649	1,16-11,45
Sexo		
Feminino	1	
Masculino	1,941	1,39-2,72
Adesão à terapia medicamentosa		
Alto grau de adesão	1	
Média adesão	1,592	1,14-2,22
Baixa adesão	1,595	1,00-2,53
História pregressa de morbidade cardíaca		
Não	1	
Sim	1,498	1,07-2,10

Teste Hosmer Lemeshow valor p = 0,452;

R² Nagelkerke= 0,067, 2logv = 948,476.

controle da PA as seguintes variáveis: sexo, adesão à terapia medicamentosa, história pregressa de doença cardíaca e automedicar-se.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que pouco mais da metade dos hipertensos atendidos nas UBS estavam com a pressão arterial controlada, o que se aproxima dos resultados de outros inquéritos. Dados do estudo nacional de base populacional ELSI-Brasil identificou PA controlada de 50,7% entre hipertensos.⁷ Em outras investigações com hipertensos atendidos em clínicas, ambulatórios ou serviços especialistas em hipertensão arterial, distribuídos pelas quatro macrorregiões do Brasil (Norte-Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul), foi constatado que 57,7% e 51,1% dos indivíduos apresentavam PA < 140 x 90 mmHg. Adicionalmente, os dados registrados em outros países são, relativamente, congruentes com este estudo, visto que os índices de controle da PA constatados em estudos conduzidos com hipertensos na Alemanha foi de 53%, nos Estados Unidos de 51,5%, na África de 49,9%, na Coreia do Sul de 49,5% e no Canadá de 59,5%.⁹

Em contraposição, outro estudo transversal de base populacional desenvolvido na região Centro-Oeste do Brasil registrou que 49,2% dos hipertensos analisados mostravam-se com níveis tensionais não controlados¹⁰, estudos conduzidos no Japão, Austrália, Finlândia, França, Nova Zelândia, Espanha e Reino Unido revelaram prevalência de controle pressórico entre hipertensos de 26,5%, 33%, 27,5%, 24,3%, 31,5%, 27% e 37% respectivamente.^{11,9}

Registrou-se o impacto de gênero no controle da PA. As mulheres apresentavam mais controle pressórico em comparação a hipertensos do sexo masculino e houve associação entre o sexo masculino e o não controle da PA. Em estudo conduzido na Itália, que estratificou resultados de exames e avaliações de saúde de hipertensos por sexo evidenciou maior proporção de mulheres (41%) com a PA controlada em comparação com hipertensos do sexo masculino (27%).¹² Adicionalmente, outros estudos desenvolvidos na Ásia e na África também registraram associação do sexo masculino com a hipertensão não controlada.¹³⁻¹⁶ As mulheres procuram mais os serviços de saúde e, assim, possuem maiores chances de diagnóstico, além de maior consistência em referência ao autocuidado.¹⁷

Em contrapartida, estudo que avaliou a prevalência de lesão de órgãos-alvo em pacientes tratados para hipertensão arterial numa comparação entre homens e mulheres, não foi encontrada diferença significativa para aqueles que encontravam-se com a pressão alterada entre os gêneros.¹⁸

A associação encontrada entre a baixa adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva e a PA descontrolada representa um achado consistente com outras produções que avaliaram a magnitude da hipertensão descontrolada e fatores correlacionados entre pacientes adultos hipertensos atendidos em unidades básicas de saúde^{13,19}, em ambulatórios²⁰⁻²¹ e em hospitais.^{14,22-23} Por se tratar de uma doença crônica e ainda sem cura, a hipertensão arterial requer tratamento contínuo e a adesão à terapia proposta parece envolver diferentes aspectos. Nesse sentido, ao avaliar indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, atendidas em unidades de saúde da família, outro estudo conduzido na região Sul identificou as seguintes variáveis associadas à não adesão: socioeconômicas, assistenciais – como precisar comprar os medicamentos – e pessoais e do tratamento – por exemplo, interromper previamente o tratamento e estar em tratamento há menos de 3 anos.²⁴

Neste estudo, a automedicação associou-se com a PA descontrolada, sendo corroborado por outro estudo conduzido nos EUA. Os autores destacam que o autogerenciamento dos anti-hipertensivos apresenta influência direta no controle da doença e os fatores que acarretam o mau controle dos níveis pressóricos, potencialmente, modificam-se conforme a alfabetização em saúde e aspectos socioeconômicos e demográficos do indivíduo.²⁵

As barreiras ao tratamento anti-hipertensivo se relacionam a aspectos pessoais, ao ambiente de vida e ao acesso aos cuidados de saúde, de modo que as dificuldades financeiras e a necessidade de tomar muitos remédios de modo contínuo foram apontados como obstáculos. Diante de aspectos tão amplos, no âmbito da hipertensão arterial, ações interdisciplinares que possam contribuir para o seu manejo e o controle são muito importantes.^{7,10,26} A identificação dessas variáveis associadas pode colaborar para o rastreamento e diagnóstico precoce, propiciando ações e medidas de prevenção e controle das doenças cardiovasculares, incluindo a HAS em grupos de indivíduos com elevada exposição. É clara a relevância de aderir a sua análise na prática clínica e em inquéritos epidemiológicos no público e idoso, uma vez que aproximadamente um quarto da população adulta residente nas capitais nacionais afirma ter HAS.²⁷

Ademais, a cobertura da ESF favorece o atendimento e controle da hipertensão no Brasil. Nesse sentido, as atribuições da Atenção Primária à Saúde tornam-se fundamentais para o reconhecimento e cuidado aos indivíduos com hipertensão. A ESF pode propiciar a assistência em saúde, e o controle satisfatório da doença crônica tem intensa interferência na qualidade de vida e no bem-estar, diminuindo as chances de morte precoce e de anos perdidos com incapacidades. Assim, é imprescindível que a ESF continue a receber investimentos que possibilitem ações de promoção da saúde, controle e preservação do tratamento da HAS. Tais condutas podem tornar mais saudáveis os anos de vida dos indivíduos nas regiões do país.²⁶

Foi encontrada correlação entre doença cardíaca e pressão arterial descontrolada, sendo, reiteradamente, registrada em estudos da literatura nacional e internacional.^{28,5,20-21} Em indivíduos com doenças cardiovasculares, as probabilidades de alcançar o controle da PA é 17% menor em comparação a indivíduos hipertensos sem diagnóstico de doença cardíaca.²⁸ Embora haja constatações relevantes sobre o impacto do controle dos níveis pressóricos na redução da morbimortalidade cardiovascular³, as imprecisões no manejo da pressão arterial e o ônus para os sistemas de saúde globais - resultante das complicações da hipertensão - representam, ainda, grandes desafios para a saúde pública global.^{4-5,9,29,12}

Nesse sentido, deve-se estabelecer para o usuário hipertenso um plano de cuidados como foco no autocuidado, ações terapêuticas medicamentosas e ações educativas e terapêuticas não medicamentosas com enfoque interdisciplinar. Estão disponíveis diversos fármacos que podem ser usados em monoterapia ou combinação, conforme avaliação médica, em relação ao tratamento não medicamentoso, deve-se orientar e acompanhar o controle de peso e circunferência abdominal, melhorar o padrão alimentar, reduzir o consumo de sal, moderação quanto ao consumo de álcool, cessação do tabagismo e prática de atividade física/exercício físico, conforme níveis pressóricos, além de avaliação odontológica anual. Quanto a adesão e autocuidado,

deve-se oportunizar ações que qualifiquem a assistência conforme o paciente e realidade local, aferir a pressão arterial em todas as consultas e na residência, caso necessário, monitorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promover ações individuais e coletivas, tais como o método clínico centrado na pessoa, projeto terapêutico singular, entrevista motivacional, compreensão, problematização, grupos operativos e grupos terapêuticos, utilizar estratégias educativas para motivar a adesão e envolver a família, além de participação multiprofissional, ressalta-se que todas essas ações podem ser efetivamente conduzidas por meio da Estratégia Saúde da Família.³⁰

Entre as limitações deste estudo, ressalta-se que alguns dados são auto relatados e que a população estudada representa uma classe socioeconômica predominantemente menos favorecida, o que não permite generalizar os achados para todos os estratos sociais. Assim, destaca-se a necessidade de novos estudos, para maiores inferências.

CONCLUSÃO

As dificuldades no tratamento anti-hipertensivo relacionam-se a fatores como aspectos pessoais, ao ambiente de vida e ao acesso aos cuidados de saúde, destacando-se como variável modificável a não adesão medicamentosa. Nessa direção, reforça-se a necessidade de incentivo das políticas públicas para o estabelecimento de novas estratégias para abordagem dos fatores modificáveis no manejo dos indivíduos que vivem com a hipertensão arterial sistêmica.

REFERÊNCIAS

- Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. [Internet]. 2020 [acesso em 20 de janeiro 2023];16(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32024986/>.
- Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq. bras. cardiol*. [Internet]. 2020 [acesso em 20 de janeiro 2023];115(3). Disponível em: <http://ref.scielo.org/r43xx3>.
- Barroso WKS, Nadruz W. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq. bras. cardiol*. [Internet]. 2021 [acesso em 23 de janeiro 2023];116(3). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
- Jardim TV, Souza ALL, Barroso WKS, Jardim PCBV. Controle da pressão arterial e fatores associados em um serviço multidisciplinar de tratamento da hipertensão. *Arq. bras. cardiol*. [Internet]. 2020 [acesso em 24 de janeiro 2023];115(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/WGhRV6PGK FYYVvTbys4fp3Lb/?lang=pt>.
- Coelho JC, Guimarães MC da LP, Campos CL de, Florido CF, Silva GV da, Pierin AMG. Controle pressórico de hipertensos acompanhados em ambulatório de alta complexidade e variáveis associadas. *Braz J Nephrol*. [Internet]. 2021 [a acesso em 25 de janeiro 2023];43(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0133>.
- Morisky DE, Green LW, Levine MA. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. [Internet]. 1986 [cited 2023 feb 20];24(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/>.
- Firmo JOA, Peixoto SV, Loyola-Filho AI, Souza-Júnior PRB, Andrade FB, Costa MFL, Mambriini JVM. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. *Cad. saúde pública*. [Internet]. 2019 [acesso em 26 de janeiro 2023];35(7):e00091018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091018>.
- Brandão AA, Barroso WKS, Feitosa A, Barbosa ECD, Miranda RD, Vitorino PVO, et al. Monitorização residencial da pressão arterial e controle pressórico em hipertensos tratados. *Arq. bras. cardiol*. [Internet]. 2022 [acesso em 27 de janeiro 2023];119(2). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220038>.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *Lancet*. [Internet]. 2019 [cited 2023 feb 20];394(10199). Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31145-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31145-6).
- Souza ALL, Batista SR, Souza AC, Pacheco JAS, Vitorino PVO, Pagotto V. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em idosos de uma capital brasileira. *Arq. bras. cardiol*. [Internet]. 2019 [acesso em 22 de janeiro 2023];112(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/cRNx9J6wRZk8jLMVGSNrSCq/?format=pdf&lang=p>.
- Vallée A, Gabet A, Grave C, Sorbets E, Blacher J, Olié V. Patterns of hypertension management in France in 2015: The ESTEBAN survey. *J. clin. hypertens*. (Greenwich). [Internet]. 2020 [cited 2023 feb 24];22(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32092238/>.
- Donfrancesco C, Di Lonardo A, Lo CN, Buttari B, Profumo E, Vespasiano F, et al. Trends of blood pressure, raised blood pressure, hypertension and its control among Italian adults: CUORE Project cross-sectional health examination surveys 1998/2008/2018. *BMJ Open*. [Internet]. 2022 [cited 2023 feb 25];12(11). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064270>.
- Fentaw Z, Adamu K, Wedajo S. Blood pressure control status of patients with hypertension on treatment in Dessie City Northeast Ethiopia. *BMC public health* (Online). [Internet]. 2022 [cited 2023 mar 1];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35534831/>

14. Abdisa L, Girma S, Lami M, Hiko A, Yadeta E, Geneti Y, et al. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at public hospitals, Eastern Ethiopia: A multicenter study. *SAGE Open Med.* [Internet]. 2022 [cited 2023 mar 2];24(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35769491/>.
15. Nguyen HT, Hoang Thi Phuong N, Tran Nguyen N, Nguyen Anh T, Nguyen Dang V. Characterizing Patients with Uncontrolled Blood Pressure at an Urban Hospital in Hanoi, Vietnam. *Int J Hypertens.* [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 3];10(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33005450/>.
16. Sakboonyarat B, Rangsin R, Kantiwong A, Mungthin M. Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: a nation-wide survey in Thailand. *BCM res. notes.* [Internet]. 2019 [cited 2023 mar 5];12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272496/>.
17. Foti K, Wang D, Appel LJ, Selvin E. Hypertension awareness, treatment, and control in US adults: trends in the hypertension control cascade by population subgroup (National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2016). *Am. j. epidemiol.* [Internet]. 2019 [cited 2023 mar 10];188(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31504121/>.
18. Boivin JM, Koch C, Vigié L, Meppiel L. Prevalence of target organ damage in patients treated for primary arterial hypertension: Comparison between men and women. *ESSENTIELLE study. Ann. cardiol. angirol.* [Internet]. 2015 [cited 2023 jan 11];64(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26049900/>.
19. Essayagh T, Essayagh M, El RA, Khouchoua M, Bukassa KG, Khattabi A, et al. Prevalence of uncontrolled blood pressure in Meknes, Morocco, and its associated risk factors in 2017. *PLoS One.* [Internet]. 2019 [cited 2023 jan 12];14(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31398197/>.
20. Araújo TP, Borges LGS, Barroso WKS, Brandão AA, Barbosa ECD, Feitosa ADM, et al. Factors associated with uncontrolled blood pressure in hypertensive Brazilians. *J. clin. hypertens. (Greenwich).* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 14];24(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35770852/>.
21. Coccina F, Borrelli P, Pierdomenico AM, Pizzicannella J, Guagnano MT, Cuccurullo C, et al. Prediction of Masked Uncontrolled Hypertension Detected by Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Diagnostics (Basel).* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 20];12(3156). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36553162/>.
22. Aberhe W, Mariye T, Bahrey D, Zereabruk K, Hailay A, Mebrahtom G, et al. Prevalence and factors associated with uncontrolled hypertension among adult hypertensive patients on follow-up at Northern Ethiopia, 2019: cross-sectional study. *Conf. proc. (Pan Afr. Med. J.).* [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 20];15(187). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32952831/>.
23. Sarfo FS, Mobula L, Plange-Rhule J, Gebregziabher M, Ansong D, Sarfo-Kantanka O, et al. Longitudinal control of blood pressure among a cohort of Ghanaians with hypertension: A multicenter, hospital-based study. *J. clin. hypertens. (Greenwich).* [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 19];22(6). Available from:
24. Santa ETH, Nemes IB, Eluf-Neto J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* [Internet]. 2010 [acesso em 23 de janeiro 2023];3(19). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-566398>.
25. Persell SD, Karmali KN, Lee JY, Lazar D, Brown T, Friesema EM, et al. Associations Between Health Literacy and Medication Self-Management Among Community Health Center Patients with Uncontrolled Hypertension. *Patient Prefer Adherence.* [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 18];15(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32021120/>.
26. Oliveira BLCA, Cardoso LFC, Dominice RO, Corrêa AAP, Fonseca AEC, Moreira JPL, et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2020 [acesso em 20 de janeiro 2023];23(1). Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200006/pt>.
27. Dias et al. Risk factors associated with Hypertension among adults in Brazil: an integrative review. *Braz J of Dev.* [Internet]; 2020 [cited 2023 mar 17];7(1). Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22600/18111>.
28. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MR, Jardim PCBV. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2009 [acesso em 20 de janeiro 2023];12(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/zkLG9BMnNzSRgYGBDYdhQZk/?for=mat=pdf&lang=pt>.
29. Akalu Y, Yeshaw Y, Tesema GA, Tiruneh SA, Teshale AB, Angaw DA et al. Suboptimal blood pressure control and its associated factors among people living with diabetes mellitus in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Syst. rev.* [Internet]. 2022 [cited 2023 fev 20];11(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02090-4>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.