

Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens

Factors associated with lack of blood pressure control in men

Pollyana Pereira Portela¹

Fernanda Carneiro Mussi¹

Glicia Gleide Gonçalves Gama¹

Carlos Antônio de Souza Teles Santos¹

Descritores

Hipertensão; Saúde do homem;
Enfermagem de atenção primária;
Cuidados de enfermagem

Keywords

Hypertension; Men's health; Primary
care nursing; Nursing care

Submetido

10 de Fevereiro de 2016

Aceito

1 de Junho de 2016

Autor correspondente

Pollyana Pereira Portela
Av. Dr. Augusto Viana Filho, SN,
40110-16, *Campus* Canela,
Canela, BA, Brasil.
pollyana.pportela@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600043>



Resumo

Objetivo: Verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens.

Métodos: Estudo exploratório, de corte transversal, realizado em centro de referência para doenças cardiovasculares, em Salvador-BA, *lócus* para o núcleo de referência do programa de saúde do homem do Ministério da Saúde. Amostra foi selecionada por conveniência totalizando 130 homens atendidos em centro de saúde, submetidos a entrevista, avaliação clínica e antropométrica. Na análise bivariada empregou-se o Qui-quadrado de *Pearson* ou Exato de *Fisher* realizando-se posteriormente análise de regressão logística múltipla sendo a OR corrigida pelo modelo de *Poisson*. Adotou-se significância estatística de 5%.

Resultados: Constatou-se alta prevalência de descontrole da pressão arterial (65,4%), de hábitos de vida inadequados e de excesso de peso. Não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole dos níveis pressóricos e variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e medidas antropométricas. Na regressão, o descontrole da pressão arterial associou-se ao uso inadequado da medicação (RP: 1,35, IC 95%: 1,03; 1,76).

Conclusão: O uso inadequado da medicação foi reforçado como importante fator associado ao descontrole. Medidas efetivas para mudança deste panorama são emergenciais e desafiam profissionais e autoridades públicas.

Resumo

Objective: Verify the factors associated with lack of blood pressure control in men.

Methods: Exploratory and cross-sectional study undertaken at a referral center for cardiovascular diseases in Salvador-BA, where the referral center of the Ministry of Health's male health program is located. A convenience sample was selected, totaling 130 men attended at a health center, submitted to interview, clinical and anthropometric assessment. In the bivariate analysis, Pearson's Chi-squared or Fisher's Exact test was employed, followed by multiple logistic regression analysis. The OR was corrected by means of Poisson's model. Statistical significance was set at 5%.

Results: The high prevalence of lack of blood pressure control (65.4%), inappropriate living habits and overweight was verified. No statistically significant association was found between lack of pressure control and sociodemographic variables, living habits and anthropometric measures. In the regression, the lack of blood pressure control was associated with inappropriate medication use (PR: 1.35, 95% CI: 1.03; 1.76).

Conclusion: Inappropriate medication use was emphasized as an important factor associated with lack of control. Effective measures to change this situation are urgent and challenge professionals and public authorities.

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública global, em virtude da alta prevalência e por ser reconhecida como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular.

Face a estas evidências o controle da doença é fundamental, mas mundialmente pouco satisfatório. Os países da América do Sul apresentaram taxas limítrofes de controle, a exemplo do México (19,2%), Argentina (18%), Chile (11,8%) e Equador (6,7%).⁽²⁾ No Brasil essas taxas têm variado entre 10% a 57,6%.⁽³⁾

No que tange ao sexo, os homens apresentam-se menos controlados do que as mulheres.⁽⁴⁾ Esse fato pode ser relacionado às construções sociais de gênero que influenciam no modo como percebem os cuidados com a sua saúde. Em geral, os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, características estas que dificultam a adesão ao tratamento médico e as práticas de autocuidado.⁽⁵⁾

O acompanhamento e o controle da hipertensão evitam o surgimento e a progressão das complicações da doença, reduzem o número de hospitalizações e a mortalidade cardiovascular. Dessa forma, surgem como proposta governamental, sendo preconizada por meio de políticas de promoção e proteção à saúde e combate à doença, o que pode ser observado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Arelado a este plano, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem aborda a importância de estabelecimento de estratégias diferenciadas para a população masculina.⁽⁵⁾

O enfrentamento do controle da hipertensão poderá ser melhor direcionado pela identificação do nível de descontrole da pressão arterial e fatores associados. No entanto, existem lacunas na literatura sobre a avaliação do descontrole da hipertensão e dos fatores associados em homens que tiveram acesso aos serviços oferecidos pelo programa de saúde do homem. Para implantar, propor ou ofertar serviços de saúde é fundamental conhecer como as condições de saúde se apresentam nestes

indivíduos. No caso da hipertensão, o seu controle é meta primordial no direcionamento do cuidado e tratamento, sendo imprescindível conhecer o comportamento dos fatores de risco implicados no seu controle para melhor direcionar as ações em saúde. O conhecimento dos níveis de descontrole da hipertensão e dos fatores relacionados pode também direcionar o planejamento dos recursos terapêuticos e a avaliação do alcance e da efetividade das práticas de cuidar em saúde e enfermagem. Ademais, evidencia indicadores de saúde relevantes em um grupo populacional que deve ser alvo de uma atenção à saúde que considere a perspectiva de gênero. O exposto denota a relevância científica e social deste estudo.

Com base no exposto, o estudo teve como objetivo verificar os fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens.

Métodos

Estudo exploratório, de corte transversal, realizado em centro de referência para doenças cardiovasculares, em Salvador-BA, *lócus* para o núcleo de referência do programa de saúde do homem do Ministério da Saúde.

Cento e trinta homens constituíram uma amostra de conveniência (73 entre 28 - 59 anos e 57 com mais de 60) e foram abordados na rotina do serviço, de outubro de 2013 a julho de 2014, nos diferentes dias da semana e nos turnos matutino e vespertino. Os critérios de inclusão foram diagnóstico médico de hipertensão (CID-I10/I15), idade igual ou superior a 20 anos, conscientes e orientados no tempo e espaço. Excluiu-se aqueles com limitação física para a mensuração das medidas antropométricas.

Os dados foram coletados em sala privativa, por meio da entrevista e avaliação clínica, utilizando-se instrumentos, constituídos por questões fechadas. Sobre as características sociodemográficas foram levantadas informações sobre idade, raça/cor autodeclarada, situação conjugal, escolaridade, situação laboral e renda familiar. Dados sobre o tabagismo e o consumo de bebida alcoólica incluí-

ram a identificação de fumantes ativos; consumo, tipo, quantidade e frequência de uso das bebidas. Os hábitos alimentares foram obtidos pelo instrumento proposto pelo Programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico para identificar o consumo de verduras, saladas, frutas, e forma de preparo dos alimentos. O seguimento do tratamento medicamentoso foi identificado pelo uso ou não das medicações prescritas.

Para a avaliação do nível de atividade utilizou-se a versão reduzida do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ adotando-se a classificação de Matsudo et al.⁽⁶⁾ muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. Para a seção tempo gasto sentado, considerou-se tempo sentado durante a semana em minutos x 5 somado ao tempo gasto sentado durante o final de semana x 2 e classificado sedentário o indivíduo que ficava sentado ≥ 240 minutos/dia.⁽⁷⁾

Para avaliação do nível de estresse empregou-se a Escala de Estresse Percebido, a qual mede o grau que os indivíduos percebem as situações como estressantes. Contém 14 itens e ao somar-se os escores das 14 questões este pode variar de zero à 56.⁽⁸⁾ Para análise das respostas criou-se um ponto de corte de acordo com a média dos escores (20 pontos) e realizou-se a classificação do estresse em baixo e alto.

A medida da pressão arterial foi realizada com aparelho automático *Omron HEM705 CP*, utilizando-se manguito escolhido por meio da medida do braço em comprimento e circunferência. A medida foi feita no membro superior, na posição sentada, com o braço apoiado na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima, cotovelo ligeiramente fletido, após cinco minutos de repouso, três vezes consecutivas, sendo o intervalo entre uma e outra medida de um a dois minutos. Antes da medida, os indivíduos foram orientados a não falar e/ou manter as pernas cruzadas. Certificou-se de que não estavam com a bexiga cheia; não haviam praticado exercícios físicos a até 90 minutos e ingerido café, alimentos ou fumado até 30 minutos. Considerou-se controlados os homens que, após três medidas consecutivas, apresentaram média, das duas últimas medidas de pressão sistólica

menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Os não controlados apresentaram valores maiores ou iguais aos citados.⁽¹⁾

Para as medidas antropométricas os homens usaram roupa de tecido leve e descartável, e retiraram calçados e adereços. Para mensuração da altura utilizou-se estadiômetro portátil da marca *Altuxata*. O peso (em quilogramas) foi determinado por meio de uma balança digital, da marca *g.tech*, aferida pelo Instituto de Metrologia, com variação de 0,1kg, capacidade máxima de 150 kg e mínima de 2,5kg. O índice de massa corpórea (IMC) correspondeu a razão entre o peso e a altura⁽²⁾ e sua interpretação foi feita pelos pontos de corte propostos pela *World Health Organization*.⁽⁹⁾

Para medida da circunferência da cintura os homens ficaram em pé, respirando normalmente, braços ao lado do corpo e os pés juntos, em posição ereta, de costas para um espelho horizontal expondo a região abdominal. O local da medida foi determinado pelo ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca a nível da linha média axilar, utilizando-se trena flexível de 1,50 m, não extensível e graduada de 0,5 em 0,5 cm. A examinadora posicionou-se sentada, em frente ao participante. Passou a trena na altura da cintura, no ponto médio marcado, fazendo-se a leitura da medida na expiração normal. Para avaliação e classificação desse parâmetro utilizou-se o critério da *International Diabetes Federation*, que propõe risco aumentado para homens com valores de circunferência da cintura ≥ 90 cm.⁽¹⁰⁾

Para a medida da circunferência do quadril, o examinador permaneceu na posição descrita, circundando a trena métrica na protusão máxima dos músculos do quadril. A relação cintura-quadril foi determinada pela divisão da circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm) e os parâmetros obtidos foram interpretados segundo Heyward e Stolarczyk.⁽¹¹⁾

Os dados constituíram um banco e foram processados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0. Foram analisados em frequências absolutas e relativas, calculou-se a média e o desvio padrão para a idade. Para verificar a associação entre o descontrole da pressão arterial e as variáveis de interesse empregou-se o teste de Qui-quadrado de *Pearson* ou

Exato de Fisher. Procedeu-se ao cálculo das estimativas de razões de prevalência (RP) e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Adotou-se a significância estatística de 5% para todos os testes.

Para estimar a contribuição independente de cada variável para a probabilidade de pressão arterial descontrolada realizou-se a análise de regressão logística múltipla. A seleção das variáveis associadas ao descontrole da pressão arterial foi orientada pela literatura referente aos fatores de risco controláveis e não controláveis.⁽¹⁾ Em seguida, entraram no modelo de regressão as variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,20$: uso da medicação prescrita, nível de atividade física e circunferência da cintura. Considerou-se como potenciais variáveis de ajuste idade, escolaridade, renda e situação empregatória. A modelagem foi realizada com o procedimento *backward*. Para escolha do modelo foi utilizado o critério de informação de Akaike (AIC) sendo escolhido aquele que apresentou menor valor. Para avaliar o grau de acurácia e a qualidade do ajuste do modelo logístico foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow e analisada a área da curva ROC.

No teste de Hosmer-Lemeshow analisou-se se a hipótese nula poderia ser aceita ou rejeitada (H_0 = modelo está bem ajustado). O teste com $p > 0,05$ não rejeita a H_0 , ou seja, o que evidencia uma boa aderência do modelo aos dados. A curva *Roc* avalia a capacidade discriminatória do modelo, evidenciando-se que uma área acima de 0,50 representa razoável pode discriminatório.

Considerando a prevalência elevada de descontrole da pressão arterial na amostra, distanciando-se dos parâmetros estimados para *Odds Ratio*, procedeu-se ao cálculo das estimativas de RP e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%, utilizando-se o modelo de regressão de *Poisson* robusto.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 09870313.4.0000.5531.

Resultados

Da população estudada, houve a predominância de adultos entre 28 a 59 (56,2%), com média de

idade de 58,32 (DP 9,99), raça/cor autodeclarada negra (89,2%), situação conjugal com companheira (74,6%), renda familiar de até 2 salários mínimos (64,6%), classe socioeconômica C1-C2 (66,9%), ensino fundamental completo/incompleto (50,8%), ativos profissionalmente (60,0%) e responsáveis pela família (94,6%) (Tabela 1).

A prevalência de homens com níveis pressóricos descontrolados foi de 65,4%.

Quanto as variáveis sociodemográficas, observou-se maior prevalência de descontrole da pressão arterial em adultos entre 28 e 59 anos (69,9%), raça/cor autodeclarada branca (71,4%), situação conjugal sem companheira (69,7%), com ensino médio a superior (70,3%), sem ocupação (71,2), renda familiar de até 2 salários mínimos (69,0%). Não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole da pressão arterial e estas variáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência e RP referentes ao descontrole da pressão arterial de acordo com as características sociodemográficas dos homens hipertensos

Características sociodemográficas	n(%)	Prevalência (%)	p-value	RP	IC 95%
Idade			0,225*		
28 - 59 anos	73(56,2)	69,9			
≥60 anos	57(43,8)	59,6		0,85	(0,66;1,11)
Raça/Cor			0,770†		
Branca	14(10,8)	71,4			
Negra (parda e preta)	116(89,2)	64,7		0,91	(0,63;1,29)
Situação conjugal			0,547*		
Com companheira	97(74,6)	63,9			
Sem companheira	33(25,4)	69,7		1,09	(0,83;1,43)
Escolaridade			0,245*		
Ensino médio a superior	64(49,2)	70,3			
Até ensino fundamental	66(50,8)	60,6		0,86	(0,67;1,11)
Situação Laboral			0,259*		
Sem ocupação	52(40,0)	71,2			
Com ocupação	78(60,0)	61,5		0,86	(0,68;1,11)
Renda familiar mensal			0,236*		
>2 SM	46(35,4)	58,7			
Até 2 SM	84(64,6)	69,0		1,18	(0,89;1,56)

*p-value do teste Qui-quadrado de Pearson† Valor de p de teste exato de Fisher, SM - Salário Mínimo; RP - Razões de Prevalência

Com relação aos hábitos de vida observou-se maior prevalência de descontrole da pressão arterial em homens fumantes (70,0%), com consumo excessivo de bebida alcoólica durante a semana (66,7%) e no final de semana (72,3%), com consumo inferior a 5 vezes/semana de verduras (67,5%),

salada (65,6%) e fruta (67,5%), que não adicionavam sal a comida (67,0%), com nível de estresse alto (66,2), que não tomavam a medicação receitada (90,0%) e com nível de atividade física não recomendado (70,1%). Quanto às medidas antropométricas os homens com circunferência da cintura não recomendada, excesso de peso e com risco alto para RCQ apresentaram maior prevalência de descontrole da pressão arterial. Não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole da

pressão arterial, hábitos de vida e medidas antropométricas (Tabela 2).

Antes da utilização da estratégia da regressão de *Poisson* robusto, escolheu-se o melhor modelo logístico ajustado mediante o menor critério de informação de *Akaike*, avaliou-se a acurácia do modelo pela curva *ROC* cuja área foi de 0,622 e a qualidade do modelo pelo teste de *Hosmer-Lemeshow* obtendo-se $p=0,97$.

O resultado final obtido pelo modelo de regressão de *Poisson* robusto evidenciou

Tabela 2. Prevalência e RP referentes ao descontrole da pressão arterial de acordo com hábitos de vida e medidas antropométricas dos homens hipertensos

Variáveis	n(%)	Prevalência (%)	p-value	RP	IC 95%
Tabagismo (n=130)			1,000 [†]		
Não/Parou	120(92,3)	65,0			
Sim	10(7,7)	70,0		1,08	(0,70; 1,65)
Consumo bebida alcoólica durante a semana (n=130)			1,000 [†]		
Não excessivo	118(90,8)	65,3			
Excessivo	12(9,2)	66,7		1,02	(0,67; 1,56)
Consumo bebida alcoólica final de semana (n=130)			0,210 [†]		
Não excessivo	83(63,8)	61,4			
Excessivo	47(36,2)	72,3		1,18	(0,92; 1,50)
Consumo de verduras (n=130)			0,521 [†]		
5 ou mais dias na semana	50(38,5)	62,0			
< 5 dias na semana	80(61,5)	67,5		1,09	(0,83; 1,42)
Consumo de salada (n=130)			0,951 [†]		
5 ou mais dias na semana	40(30,8)	65,0			
< 5 dias na semana	90(69,2)	65,6		1,01	(0,77; 1,32)
Consumo de frutas (n=130)			0,507 [†]		
5 ou mais dias na semana	47(36,2)	61,7			
< 5 dias na semana	83(63,8)	67,5		1,09	(0,83; 1,43)
Adiciona sal a comida preparada (n=130)			0,526 [†]		
Não	94(72,3)	67,0			
Sim	36(27,7)	61,1		0,91	(0,68; 1,23)
Nível de estresse (n=130)			0,842 [†]		
Baixo	62(47,7)	64,5			
Alto	68(52,3)	66,2		1,03	(0,80; 1,32)
Toma medicação receitada (n=122)			0,093 [†]		
Sim	112(91,8)	61,6			
Não	10(8,2)	90,0		1,46	(1,13; 1,88)
Nível de atividade física IPAQ (n=130)			0,170 [†]		
Ativo/muito ativo	53(40,8)	58,5			
Irregularmente ativo A/B e sedentário	77(59,2)	70,1		1,20	(0,91; 1,57)
Nível de atividade física tempo gasto sentado (n=129)			0,542 [†]		
Ativo	2(1,6)	100,0			
Sedentário (≥ 240 minutos dia)	127(98,4)	64,6		0,64	(0,57; 0,73)
Circunferência da cintura (n=130)			0,079 [†]		
Recomendado (<90 cm)	24(18,5)	50,0			
Não Recomendado (≥90cm)	106(81,5)	68,9		1,38	(0,90; 2,10)
Índice de massa corporal (IMC) (n=130)			0,385 [†]		
Eutrófico	29(22,3)	58,6			
Excesso de peso	101(77,7)	67,3		1,15	(0,82; 1,60)
Relação cintura-quadril (RCQ)			0,323 [†]		
Baixo	13(10,0)	46,2			
Moderado	50(38,5)	68,0		1,47	(0,79; 2,73)
Alto/muito alto	67(51,5)	67,2		1,45	(0,79; 2,68)

*p-value de teste qui-quadrado de Pearson †: Valor de p de teste exato de Fisher; RP - Razões de Prevalência

que não tomar a medicação apresentou associação estatisticamente significativa com o descontrole da pressão arterial, ou seja, os homens hipertensos que referiram não conseguir tomar a medicação apresentaram um aumento de 35% no descontrole da pressão arterial (RP: 1,35; IC 95%: 1,03; 1,76). Embora não se tenha constatado associação estatisticamente significativa entre descontrole da pressão arterial e circunferência da cintura (RP: 1,40, IC 95%: 0,89; 2,22) e nível de atividade física (RP: 1,12, IC 95%: 0,84; 1,49), homens com circunferência da cintura ≥ 90 cm e sedentários apresentaram direção de aumento para o descontrole da pressão arterial (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre variáveis preditoras e descontrole da pressão arterial em homens hipertensos

Variáveis	RP	IC 95%
Circunferência da cintura		
Recomendado (<90 cm)	1,00	1,00
Não Recomendado (≥ 90 cm)	1,40	(0,89; 2,22)
Toma medicação receitada*		
Sim	1,00	1,00
Não	1,35	(1,03; 1,76)
Nível de atividade física IPAQ		
Ativo/muito ativo	1,00	1,00
Irregularmente ativo A/B e sedentário	1,12	(0,84; 1,49)
AIC = 161.6449		

Modelo ajustado pela renda; **p*-value < 0,05; RP - Razões de Prevalência; IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

Discussão

Como limitações do estudo destaca-se o tamanho da amostra podendo não ter poder suficiente para detectar algumas associações testadas e a amostragem de conveniência.

Observou-se que os homens avaliados, mesmo acompanhados em centro de referência para doenças cardiovasculares, apresentaram níveis pressóricos não satisfatórios, exibindo alta prevalência de descontrole da pressão arterial. Essa prevalência foi semelhante a outros estudos que investigaram ambos os sexos,^(4,12) entretanto, foi mais baixa da-

que aquelas encontradas em investigações realizadas no Rio Grande do Sul (75%)⁽¹³⁾ e São Paulo (78%).⁽¹⁴⁾ Convém destacar que a variação no método utilizado para aferir níveis pressóricos influencia a obtenção de melhores níveis de pressão arterial e que o controle da hipertensão é resultado de um sistema complexo abrangendo aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária.⁽³⁾

Controle inadequado da pressão arterial pode ser atribuído a características relacionadas ao provimento dos serviços de saúde e ao usuário. Baixas taxas de controle relacionam-se a abordagem inadequada dos clientes, tratamento ineficaz, baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos serviços e aquisição de medicações.^(3,15)

Neste estudo não houve associação estatisticamente significativa entre descontrole da pressão arterial e características sociodemográficas. Os resultados estão em consonância com a literatura que aponta maior prevalência de pressão arterial não controlada entre mais jovens,⁽¹⁶⁾ com maior nível de escolaridade,^(4,13,17) menor renda,^(4,13) e sem companheira.⁽¹⁸⁾ No entanto, a maior prevalência de descontrole recaiu em homens brancos e outros estudos demonstraram menor descontrole em negros.^(4,17,19,20)

Embora não se tenha observado associação entre hábitos de vida, medidas antropométricas e descontrole da pressão arterial, a maior prevalência de descontrole em homens fumantes, com nível de atividade física não recomendado, excesso de peso, nível de estresse alto, consumo excessivo de bebida alcoólica durante e ao final de semana, consumo inferior a 5 vezes/semana de verduras, salada e fruta e seguimento inadequado da medicação receitada, tem relevância do ponto de vista clínico, pois evidencia homens refratários ao objetivo terapêutico e desafia profissionais de saúde e autoridades públicas a refletir e avaliar as práticas adotadas para o controle da doença.

Corroboram com resultados deste estudo investigações nacionais e internacionais mostrando maior prevalência e associação de fatores com o descontrole da pressão arterial em indivíduos fumantes,⁽¹⁵⁾ usuários de bebida alcoólica,^(13,16,21) obesos,^(16,20-22) sedentários,^(4,13) com alto nível de estresse,⁽²¹⁾ com seguimento incorreto da medicação,^(4,23) e circunferência da cintura não recomendada.⁽²²⁾

Neste estudo, a maior prevalência de descontrole da pressão arterial recaiu em homens que não adicionavam sal a comida, embora se saiba que a ingestão excessiva associa-se a taxas mais elevadas de descontrole.⁽²⁴⁾ Todavia, não houve significância estatística e o controle da pressão arterial associa-se a múltiplos fatores.

A análise multivariada mostrou a associação entre não uso da medicação e descontrole da pressão arterial dado que clama por intervenções efetivas, sobretudo pela equipe de enfermagem e médica, visando-se minimizar os problemas determinantes para o uso inadequado. Esse resultado evidencia a importância de se resgatar os fatores facilitadores e dificultadores relacionados a adesão ao tratamento, processo complexo e influenciado por diversas variáveis⁽²⁵⁾ e que refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, para manter o controle da pressão arterial.⁽²⁶⁾ É válido também destacar a importância do uso de instrumentos validados para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dado a influência dessa variável no descontrole da hipertensão arterial.

Os resultados desse estudo mostram que a equipe de enfermagem pode contribuir sobremaneira para ajudar as pessoas hipertensas no manejo da doença. A efetividade das medidas facilitadoras da adesão à terapia medicamentosa deve ser compartilhada com elas a exemplo de associar a tomada das medicações às atividades do dia a dia e a um mesmo horário, registrar os horários das tomadas dos remédios, planejar para não deixar os remédios acabarem e adquirir o hábito de carregar as medicações consigo. Ademais, fatores que dificultam a adesão representados pelos efeitos colaterais e insegurança no uso dos medicamentos precisam ser abordados no processo de cuidado e tratamento.⁽²⁶⁾

É fundamental que essas pessoas sejam ajudadas a conhecer, compreender e aceitar a doença e o tratamento e a valorizar a mudança dos hábitos de vida e o controle da pressão arterial como forma de preservação da própria vida. Atividades da educação em saúde e uma relação dialógica entre enfermeiro-cliente considerando perspectivas cul-

turais, condições socioeconômicas, preferências, preocupações, dúvidas, projetos e condições de autocuidado tornam-se imprescindíveis.^(26,27) É também necessário que o regime terapêutico prescrito esteja em consonância com o acesso à medicação anti-hipertensiva disponibilizada pelo serviço público de saúde.^(26,28)

A gestão da hipertensão pelo emprego de estratégias simples, eficazes, acessíveis e continuadas como a tecnologia da informação de saúde permitem aproximação, orientação de clientes e familiares e monitoramento dos níveis pressóricos por meio chamadas telefônicas e mensagens frequentes.⁽²⁹⁾ A monitorização residencial da pressão arterial também deve ser estimulada.⁽²⁸⁾ O conjunto dessas ações oferecem instrumentos para os indivíduos considerarem-se agentes responsáveis pelo autocuidado.

A variável gênero merece também atenção no contexto do controle da hipertensão, pois os homens comparados às mulheres apresentam taxas mais baixas de tratamento e conhecimento da doença,⁽¹⁶⁾ maiores taxas de descontrole,^(16,20,22) menor aderência a tomada das medicações e maior número de faltas às consultas médicas.⁽²⁶⁾ Tais comportamentos talvez estejam relacionados ao fato de buscarem atendimento médico com menor frequência e quando a doença e os sinais e sintomas estão instalados; terem consultas mais curtas; priorizarem tratamento em detrimento das possibilidades de promoção da saúde e prevenção da doença. Além disso, a procura de serviços e as práticas de autocuidado podem não ser prioridade quando ameaçam a viabilidade do papel social de provedor.^(5,16) Entender estes comportamentos é um avanço para promoção de práticas de cuidado em saúde e para implementação de estratégias de educação em saúde com empoderamento dos homens visando estimular mudanças nos comportamentos de risco.

Conclusão

Evidenciou-se taxas de não controle da pressão arterial insatisfatórias, elevada prevalência de hábitos de vida inadequados e de excesso de peso. O comprometimen-

to na terapia medicamentosa influenciou sobremaneira o descontrole. Esses dados podem ser reflexo da baixa adesão ao tratamento e da estrutura de acesso aos serviços de saúde e precisam ser enfrentados pela agregação e compartilhamento de práticas e saberes envolvendo como atores os indivíduos hipertensos, sua família, comunidade social e científica, instituições e equipes de enfermagem e de saúde e autoridades públicas.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB, pelo financiamento do projeto de Pesquisa “Efetividade de um projeto de educação em saúde no controle da pressão arterial de homens hipertensos”, ao qual o artigo está vinculado.

Colaborações

Portela PP e Mussi FC contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, adequação às normas da revista e aprovação da versão final a ser publicada. Gama GGG contribuiu na coleta dos dados e aprovação da versão final a ser publicada. Santos CAST colaborou no plano de análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1 Supl.1):1-51.
- Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Latin American guidelines on hypertension. *J Hypertens.* 2009; 27(5):905-22.
- Pinho NA, Pierin AM. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(3):65-73.
- Pierin AM, Marroni SN, Taveira LA, Benseñor IJ. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(Suppl 1):1389-400.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília-DF; 2009.
- Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2001; 6(2):5-12.
- Gómez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Olivares PR, Hernández-Perera R, Rodríguez-Marroyo JA, Mata E, et al. Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of walking time in elderly people from Spain. *Maturitas.* 2012; 73(4):337-43.
- Luft CD, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(4):606-15.
- World Health Organization. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global.* São Paulo: Roca; 2004.
- International Diabetes Federation (IDF). *The Consensus Worldwide definition of the Metabolic Syndrome.* Belgium: IDF; 2006.
- Heyward VH, Stolarczyk LM. *Applied body composition assessment.* Champaign, IL: Human Kinetics; 1996.
- Najafipour H, Nasri HR, Afshari M, Moazenzadeh M, Shokoohi M, Foroud A, et al. Hypertension: diagnosis, control status and its predictors in general population aged between 15 and 75 years: a community-based study in southeastern Iran. *Int J Public Health.* 2014; 59(6):999-1009.
- Souza CS, Stein AT, Bastos GA, Pellanda LC. Blood pressure control in hypertensive patients in the “Hiperdia Program”: a territory-based study. *Arq Bras Cardiol.* 2014; 102(6):571-8.
- Serafim TS, Jesus ES, Pierin AM. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(5):658-64.
- Nobre F, Ribeiro AB, Mion Jr D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: *Controlar Brasil.* *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(5):663-70.
- Jiang B, Liu H, Ru X, Zhang H, Wu S, Wang W. Hypertension detection, management, control and associated factors among residents accessing community health services in Beijing. *Sci Rep.* 2014; 4:4845.
- Silva CS, Paes NA, de Figueiredo TM, Cardoso MA, da Silva AT, de Araújo JS. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of Primary Healthcare. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(3):584-90.
- Gomes TJ, Silva MV, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17(3):132-9.
- Lackland DT. Racial differences in hypertension: implications for high blood pressure management. *Am J Med Sci.* 2014; 348(2):135-8.
- Shelley D, Tseng TY, Andrews H, Ravenell J, Wu D, Ferrari P, et al. Predictors of blood pressure control among hypertensives in community health centers. *Am J Hypertens.* 2011; 24(12):1318-23.
- Ham Ok, Yang SJ. Lifestyle factors associated with blood pressure control among those taking antihypertensive medication. *Asia Pac J Public Health.* 2011; 23(4):485-95.
- Labeit AM, Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, et al. Changes in the prevalence, treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. *PLoS One.* 2012; 7(12):e52229.
- Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Millogo RC, Kologo KJ, Yaméogo AA, Mandi GD, et al. Factors associated with poor blood pressure control in hypertensive black Africans: cross-sectional study of 456 hypertensive patients from Burkina Faso. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2013; 62(1):38-42.
- Lee J, Lee H, Kim K, Park JH, Kim S, Oh J. A higher salt intake leads to a lower rate of adequate blood pressure control. *Korean Med Sci.* 2014; 29(Suppl 2):103-8.
- Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção

- primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1763-72.
26. Daniel AC, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *einstein (São Paulo)*. 2013; 11(3):331-7.
27. Armario P, Waeber B. Therapeutic strategies to improve control of hypertension. *J Hypertens*. 2013; 31(Suppl 1):9-12.
28. Colósimo FC, Silva SS, Toma GA, Pierin AM. Nursing actions increases the control of hypertensive patients and reduces white-coat effect. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):10-15.
29. Ortega KC, Gusmão JL, Pierin AM, Nishiura JL, Ignez EC, Segre CA, et al . How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment: the experience in São Paulo, Brazil. *Clinics (São Paulo)*. 2010; 65(9):857-63.