



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Elevação da pressão arterial em pacientes atendidos em unidade emergencial: estudo transversal

Alan José Sena¹, Jucyelle Franciane Brasileiro Gugick¹,
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic², Mayckel da Silva Barreto^{1,2}

¹ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari

² Universidade Estadual de Maringá

RESUMO

Objetivos: caracterizar indivíduos hipertensos atendidos em uma unidade emergencial por elevação da pressão arterial e verificar os fatores associados à ocorrência de hipertensão moderada ou grave. **Método:** estudo descritivo de corte transversal realizado junto a 80 indivíduos. Os dados foram coletados em novembro de 2013 por meio de entrevista com aplicação de questionário semiestruturado. **Resultados:** estiveram associados à hipertensão moderada ou grave: não comparecimento às atividades de grupo de hipertensos, ingestão de bebida alcoólica, não realização de atividades de lazer e consumo excessivo de sal. **Discussão:** ao reconhecer os fatores que influenciam no descontrole pressórico, o enfermeiro pode atuar estimulando o acompanhamento ambulatorial sistemático dos hipertensos e a modificação no estilo de vida dos pacientes. **Conclusão:** os hábitos de vida associados à hipertensão moderada ou grave são modificáveis de acordo com a implementação de educação em saúde por profissionais e compreensão de autocuidado por parte dos usuários considerados hipertensos.

Descritores: Hipertensão; Fatores de Risco; Prevenção e Controle; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA)⁽¹⁾. Nos recentes anos, mantém-se como um problema de saúde pública mundial. No Brasil, há elevada prevalência (superior a 30% em adultos e 50% em idosos), baixos índices de adesão ao tratamento e altas taxas de descontrole pressórico e morbimortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares⁽²⁾.

Existem vários fatores que podem desencadear o surgimento da HAS, bem como favorecer a ocorrência de seus agravos e complicações. Essas causas são divididas em não modificáveis (idade mais elevada e carga genética) e modificáveis (tabagismo, estresse, ingestão excessiva de sal e álcool, sedentarismo, sobrepeso e obesidade)⁽¹⁾.

Entre as causas que podem ser modificadas pelo indivíduo na busca do controle da HAS, a não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico constitui hoje um dos maiores enfrentamentos para os serviços de saúde e seus profissionais⁽³⁾. Pessoas hipertensas, quando seguem adequadamente o tratamento, reduzem significativamente a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, proporcionando aumento da expectativa e da qualidade de vida⁽⁴⁾.

Investigações⁽⁵⁻⁶⁾ revelam que o perfil dos indivíduos com HAS que procuram unidades emergenciais ou hospitalares em decorrência da elevação da PA é constituído, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino, sedentárias, não aderentes ao tratamento medicamentoso e que possuem idade mais elevada, etnia negra, baixa renda familiar, menor escolaridade, sobrepeso e comorbidades.

Durante a identificação dos sujeitos que sofrem com a elevação da PA e na busca pela

adesão ao tratamento da HAS, o enfermeiro torna-se elemento-chave por elaborar estratégias de intervenção voltadas à orientação (tanto do indivíduo hipertenso quanto de sua família), para o controle da doença, a continuidade do tratamento e a prevenção de complicações. De fato, o enfermeiro, com o paciente e seus familiares, desenvolve importante ação na escolha da melhor opção terapêutica, de acordo com o perfil do indivíduo hipertenso; bem como no seguimento do tratamento recomendado e no acompanhamento sistemático da PA⁽⁷⁾.

Estudos recentes^(3,6,8-9) continuam demonstrando que os indivíduos com HAS não aderem corretamente ao tratamento proposto, e por vezes necessitam procurar as unidades emergenciais para o controle da elevação da PA. Desse modo, o presente estudo questiona: Qual o perfil dos indivíduos hipertensos que buscaram atendimento em uma unidade emergencial por elevação da PA? Quais os fatores associados à ocorrência de hipertensão moderada ou grave?

Buscando resolver essas dúvidas, os objetivos do estudo foram de caracterizar indivíduos hipertensos atendidos em uma unidade emergencial por elevação da pressão arterial e verificar os fatores associados à ocorrência de hipertensão moderada ou grave.

MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal, de natureza quantitativa, realizado junto a indivíduos com HAS que procuraram um serviço emergencial por elevação da PA, em um município da região Sul do Brasil.

A unidade constituiu-se em um serviço público que presta assistência a todos os casos de urgência e emergência do município, entre elas as crises hipertensivas e pseudocrises hipertensivas. Para o atendimento médio de 200 pacientes por dia, com

diferentes patologias agravadas ou traumas, o serviço conta com um enfermeiro, seis técnicos/auxiliares em enfermagem, um técnico em radiologia e um médico clínico geral por plantão.

Os dados foram coletados de 1º a 30 de novembro de 2013 após o atendimento médico, por meio de entrevista com a aplicação de um questionário semiestruturado, que contemplava o perfil sociodemográfico, acompanhamento da saúde e do processo de adesão/não adesão ao tratamento não farmacológico da HAS dos participantes.

Foram entrevistados 80 sujeitos, constituindo a amostra não probabilística do estudo. Por conveniência, a coleta de dados ocorreu de segunda-feira a sábado, das 07h às 13h, sendo considerados potenciais participantes do estudo todos os indivíduos hipertensos diagnosticados há, no mínimo, um ano e que deram entrada na unidade emergencial com PA elevada ($\geq 140/90$ mmHg). Por outro lado, foram excluídos aqueles que não apresentavam condições físicas, mentais ou emocionais de responder ao questionário (04 casos) e que não concordaram em participar da pesquisa (03 casos).

A variável dependente foi o valor da PA dos participantes no momento da entrada na unidade emergencial, que foi classificada em hipertensão arterial leve (PA sistólica entre 140 – 159 mmHg e PA diastólica entre 90 – 99 mmHg); hipertensão arterial moderada (PA sistólica entre 160 – 179 mmHg e PA diastólica entre 100 – 109 mmHg); e hipertensão arterial grave (PA sistólica maior que 179 mmHg e PA diastólica maior que 109 mmHg)⁽¹⁾.

Os indivíduos com hipertensão arterial moderada e grave constituíram um único grupo para permitir a análise estatística. As variáveis independentes – realização de atividade física e de lazer; consumo de álcool, tabaco e alimentos inadequados; e seguimento de uma dieta hipossódica – foram dicotomizadas, conside-

rando apenas a presença ou ausência do hábito/comportamento.

As informações foram registradas em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel for Windows 2007® e em seguida analisadas estatisticamente com auxílio do *software Statistical Analysis System – SAS®*. Para investigar a associação das variáveis em estudo com o desfecho de interesse e sua medida de associação, foram utilizadas análises estatísticas por meio do teste não paramétrico *qui-quadrado* de Pearson, com nível de significância de $p < 0,05$, e calculado o risco relativo (RR).

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá - CAAE: 23618913.2.0000.0104. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

De acordo com os resultados, verificou-se que a maioria dos indivíduos que procurou assistência médica por elevação da PA apresentou valores tensionais que os classificava, naquele momento, com HAS moderada ou grave (55 – 68,8%) (Tabela 01).

Em relação às características sociodemográficas, observou-se que a maior parte era do sexo masculino (45 – 56,2%), de etnia branca (42 – 52,5%), vivia com companheiro (a) (46 – 57,5%), possuía idade inferior a 60 anos (52 – 65,0%), atividade ocupacional (51 – 63,7%), renda maior ou igual a dois salários mínimos (54 – 67,5%) e escolaridade menor ou igual a oito anos de estudo (41 – 51,2%). Contudo, nenhuma dessas características apresentou associação estatisticamente significativa com a PA mais elevada.

No que concerne ao perfil de saúde e doença, 17 entrevistados (21,2%) relataram que o

Tabela 1: Distribuição do perfil sociodemográfico de pacientes atendidos por elevação da pressão arterial em uma unidade emergencial. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/ grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	13	16,2	32	40	45	56,2	0,6
Feminino	12	15	23	28,8	35	43,8	
Idade							
< de 60 anos	16	20	36	45	52	65	0,89
≥ de 60 anos	9	11,2	19	23,8	28	35	
Cor da pele							
Branca	13	16,2	29	36,3	42	52,5	0,95
Não branca	12	15	26	32,5	38	47,5	
Estado civil							
Sem companheiro	10	12,5	24	30	34	42,5	0,76
Com companheiro	15	18,8	31	38,7	46	57,5	
Atividade ocupacional							
Sim	16	20	35	43,7	51	63,7	0,97
Não	9	11,3	20	25	29	36,3	
Renda familiar							
< 2 SM*	8	10	18	22,5	26	32,5	0,94
≥ 2 SM	17	21,3	37	46,2	54	67,5	
Escolaridade							
≤ 8 anos	13	16,2	28	35	41	51,2	0,92
> 8 anos	12	15	27	33,8	39	48,8	

* SM: salários mínimos

tempo de diagnóstico da HAS era superior a 10 anos. Já 31 participantes (38,8%) confessaram possuir comorbidades, com destaque para doenças osteomusculares, cardíacas, respiratórias, mentais, gastrointestinais e diabetes melito (DM). Porém essas variáveis não estiveram associadas significativamente à elevação da PA em níveis superiores a 159/99mmHg (Tabela 2).

Quando investigada a assistência recebida por meio da atenção primária a saúde, os resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados referiu comparecer assiduamente às consultas previamente agendadas (63 – 78,8%) e que o tempo da última consulta era inferior a três meses (53 – 66,2%). Estas características não se mostraram estatisticamente significativas com a ocorrência da PA mais elevada (Tabela 3).

Por outro lado, grande parte dos entrevistados (78 – 91,3%) referiu não comparecer às atividades de grupo que ocorrem nas Unidades

Básica de Saúde (UBS) e na comunidade, como palestras, caminhadas e aulas de alongamento e ginástica; desses participantes, 53 (66,3%) apresentaram PA acima de 159/99mmHg. Evidenciou-se, dessa forma, que os hipertensos que não participavam das atividades de grupo apresentaram 2,5 vezes (IC: 1,19 – 5,44) mais chance de estarem com a PA mais elevada.

Apesar de grande parte dos entrevistados relatar que não participava das atividades de promoção da saúde desenvolvidas nas UBS e na comunidade, a maioria (74 – 92,5%) afirmou não ter necessitado de hospitalização em decorrência de complicações e agravos da HAS nos últimos 12 meses. A variável hospitalização não apresentou associação estatística com a PA elevada.

Com relação aos hábitos de vida dos indivíduos com HAS, constatou-se que 72 (90,0%) consumiam alimentos inadequados (ricos em proteínas,

Tabela 2: Distribuição do perfil de saúde-doença de pacientes atendidos por elevação da pressão arterial em uma unidade emergencial. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/ grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de diagnóstico							
< 10 anos	20	25	43	53,8	63	78,8	0,85
≥ 10 anos	5	6,2	12	15	17	21,2	
Comorbidade							
Sim	11	13,8	20	25	31	38,8	0,51
Não	14	17,5	35	43,7	49	61,2	
Tipo de comorbidade							
Diabete melito	4	12,9	7	22,7	11	35,6	0,9
Doenças osteomusculares	2	6,4	4	12,9	6	19,3	
Doenças cardíacas	3	9,7	2	6,4	5	16,1	
Doenças respiratórias	–	–	4	12,9	4	12,9	
Doenças mentais	–	–	3	9,7	3	9,7	
Doenças gastrointestinais	1	3,2	1	3,2	2	6,4	

Tabela 3: Distribuição das variáveis relacionadas à assistência recebida por meio da atenção primária e prevalência de hospitalização em pacientes atendidos por elevação da pressão arterial em uma unidade emergencial. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/ grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Comparecimento às atividades							
Sim	5	6,2	2	2,5	2	7,7	0,01*
Não	20	25	53	66,3	78	91,3	
Comparecimento às consultas							
Sim	18	22,5	45	56,3	63	78,8	0,31
Não	7	8,7	10	12,5	17	21,2	
Tempo da última consulta							
≤ 3 meses	17	21,2	36	45	53	66,2	0,82
> 3 meses	8	10	19	23,8	27	33,8	
Hospitalização**							
Sim	2	2,5	4	5	6	7,5	0,9
Não	23	28,7	51	63,8	74	92,5	

*P-valor significativo no teste de qui-quadrado de Pearson; **Hospitalização autorreferida decorrente da HAS nos últimos 12 meses.

sódio e gorduras)⁽¹⁾, 47 (58,8%) não praticavam exercício físico e 13 (16,2%) eram tabagistas. Tais hábitos, no presente estudo, não estiveram associados à PA mais elevada (Tabela 04).

Entretanto, outras práticas prejudiciais para o adequado controle da HAS estiveram associadas à elevação da PA acima de 159/99mmHg, como a não realização de atividades de lazer, o não seguimento de uma dieta hipossódica e a ingestão de bebida alcoólica - independente do tipo de bebida e da dose (p < 0,05).

DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que 55 participantes (68,8%) apresentaram valores pressóricos que os classificavam, naquele momento, com HAS moderada ou grave. Leva-se em consideração que a elevação da PA, em muitos casos, é silenciosa e quando os indivíduos apresentam sinais e sintomas que os impulsionam a procurar os serviços de saúde, os níveis tensionais encontram-se muito altos.

Tabela 4: Distribuição dos hábitos de vida de pacientes atendidos com Pressão Arterial elevada em uma unidade emergencial. Mandaguari/PR, 2013.

Características	HAS leve		HAS moderada/grave		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Pratica exercícios físicos							
Sim	11	13,7	22	27,5	33	41,2	0,73
Não	14	17,5	33	41,3	47	58,8	
Pratica atividades de lazer							
Sim	7	8,7	34	42,5	41	51,2	0,00*
Não	18	22,5	21	26,3	39	48,8	
Tabagista							
Sim	3	3,7	10	12,5	13	16,2	0,48
Não	22	27,5	45	56,3	67	83,8	
Consumo bebida alcoólica							
Sim	2	2,5	24	30	26	32,5	0,00*
Não	23	28,7	31	38,8	54	67,5	
Consumo de alimentos inadequados**							
Sim	23	28,75	49	61,25	72	90	0,68
Não	2	2,5	6	7,5	8	10	
Segue dieta hipossódica							
Sim	21	26,2	28	35	49	61,2	0,00*
Não	4	5	27	33,8	31	38,8	

* P-valor significativo no teste de Qui-quadrado de Pearson; ** Ricos em proteínas, sódio e gorduras(1).

Entre os participantes houve predomínio do sexo masculino, o que diferiu de outro estudo⁽⁵⁾. Em parte, esse achado pode ser atribuído ao fato de a HAS possuir prevalência aumentada entre os homens com até 50 anos⁽¹⁾. No entanto, conforme evidenciado na literatura^(2,5), essa variável também é influenciada em decorrência das mulheres procurarem primeiramente e por mais vezes os serviços de atenção primária à saúde, o que culmina com uma menor procura delas pelos serviços de emergência.

Outro elemento que deve ser levado em consideração é o fato dos resultados de estudos nacionais^(3,10) apontarem maior taxa de abandono do tratamento da HAS pelos homens, principalmente entre os analfabetos e com idade na faixa de 24-40 anos. Além da falta de conhecimento, tal situação pode ser explicada pelas questões de gênero, como o sentimento de autoconfiança por parte dos homens em acreditarem que não sofrerão com agravos da doença, o que favorece a não adesão ao tra-

tamento e, por conseguinte, a elevação da PA, acarretando a necessidade deles buscarem por serviços médicos de emergência.

Ademais, o comportamento masculino com relação à saúde está relacionado a concepções sobre o trabalho, o corpo e a sexualidade. Movidos por tais entendimentos, os homens têm procurado serviços de saúde que atendam aos seus anseios, buscando, dessa forma, aqueles que apresentam maior prontidão no atendimento e cujas ações sejam pautadas em intervenção médica curativa e medicalizante⁽¹¹⁾.

Com relação à idade, foi constatada predominância de pessoas abaixo dos 60 anos, com HAS moderada ou grave. Sabe-se que a HAS não é uma doença que acomete somente as pessoas da terceira idade, pois vem ocorrendo em muitos adultos jovens, o que tem sido relacionado com a ocorrência de maiores complicações e agravos decorrentes da doença na terceira idade⁽⁴⁾.

Em que pese o fato de pesquisas terem apontado níveis mais elevados de PA entre pes-

soas mais velhas, existem evidências de que não apenas a idade é barreira para a manutenção dos níveis pressóricos adequados, mas também fatores relacionados ao estilo de vida contemporâneo. Um estudo realizado na Índia mostrou que mulheres idosas que viviam reclusas em zonas rurais afastadas apresentavam baixos índices de HAS⁽¹²⁾.

A maioria dos indivíduos com PA mais elevada era da cor branca. Vale ressaltar que no município pesquisado há predomínio de pessoas brancas na população, o que em parte justifica esse achado. Contudo, a cor da pele não branca constitui fator de risco que aumenta em duas vezes a chance da pessoa desenvolver a HAS e não controlar os níveis tensionais, mesmo se aderir corretamente ao tratamento, devido a fatores genéticos e biológicos⁽¹⁾.

No que se refere à escolaridade, observou-se que pouco mais da metade dos partícipes tinha oito anos ou menos de estudo. A HAS no Brasil prevalece entre os sujeitos com menor escolaridade⁽²⁾, o que, segundo pesquisa realizada em uma capital do nordeste brasileiro, configura-se como fator de risco para hospitalização por elevação da PA, porque hipertensos possuem menor entendimento do tratamento e por isso maior propensão em não controlar eficazmente a doença⁽²⁾. Outros fatores relacionados direta ou indiretamente à pouca escolaridade que podem influenciar no adequado manejo do tratamento são menor renda familiar e maior dificuldade de acesso à alimentação saudável, ao serviço de saúde e aos remédios⁽¹³⁾.

Diante do exposto até o momento, pode-se inferir que a baixa escolaridade representa fator de risco para o entendimento das orientações ofertadas pelos profissionais de saúde, o que prejudica a mudança de estilo de vida dos hipertensos. Desse modo, é importante destacar que os profissionais necessitam estar atentos, principalmente acerca da linguagem

que utilizam, ao atuarem junto a essa parcela da população⁽¹⁴⁾.

Quanto ao tempo de diagnóstico, evidenciou-se que a maioria dos indivíduos era hipertensa há menos de 10 anos. Apesar de não estar significativamente associado à elevação da PA, isso demonstrou que pacientes com menor tempo de diagnóstico apresentavam maior descontrole dos níveis tensionais. Tais resultados corroboram ao encontrado em uma investigação realizada junto a 440 hipertensos, em que aqueles diagnosticados há mais tempo apresentaram menores valores de PA⁽¹⁰⁾. Observa-se que o maior tempo de diagnóstico da HAS pode ser garantia de habituar-se a condição patológica, e aquilo que no começo era motivo a ser temido, com o avançar do tempo, passa a ser identificado como controlado e assim os cuidados se tornam parte do cotidiano dos indivíduos⁽¹⁵⁾.

Ainda na presente pesquisa, observou-se que a comorbidade mais comumente encontrada foi o DM. A literatura aponta que a prevalência de hipertensos com DM é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral e que devido às complicações agudas e crônicas as chances de o indivíduo sofrer com problemas cardiovasculares se elevam⁽¹⁶⁾. Outro agravante observado é que ocorre uma maior propensão do hipertenso ter dificuldade para aderir ao tratamento, pois aumenta o número de medicamentos prescritos e os cuidados com a dieta⁽¹⁷⁾. Assim, os profissionais de enfermagem devem atuar de maneira diferenciada junto aos indivíduos hipertensos que possuem outras comorbidades, em especial o DM, buscando sensibilizá-los a aderir ao tratamento proposto.

A não assiduidade dos pacientes aos encontros/ às consultas também ocupou lugar de destaque entre os preditores do descontrole pressórico nesta investigação. Estudos apontam que entre os indivíduos acompanhados por programas de HAS, aqueles mais assíduos aos en-

contros promovidos pelos profissionais, tanto na UBS (consulta médica e de enfermagem) como na comunidade (atividades de grupo), apresentam maior redução dos níveis tensionais^(7,9).

De fato, a presença frequente do paciente na unidade de saúde constitui condição determinante para o adequado manejo do tratamento da HAS, talvez por promover motivação individual e gerar atitudes que contribuem para a redução da PA. Corroborando com esse pensamento do manejo mais adequado do tratamento a partir de um maior número de visitas do paciente à unidade de saúde, estudos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ apontam que consultas mais frequentes e que são direcionadas por instrumentos sistemáticos de avaliação do hipertenso propiciam melhor monitoração dos níveis pressóricos, assim como aumentam o acesso do indivíduo a mais informações que, por sua vez, podem alicerçar e fortalecer a adesão à terapêutica.

Além do comparecimento nas consultas, os indivíduos com HAS necessitam aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Nessa perspectiva, os dados da presente análise constataram que a maioria dos entrevistados não realizava exercícios físicos. Pesquisas^(13,17) demonstram que a prática de exercício físico com outras medidas não farmacológicas, além da redução dos níveis pressóricos, auxilia na perda de peso, diminuição do colesterol, triglicérides e níveis glicêmicos, que tem relação direta com o aumento da PA e suas complicações.

Vale ressaltar que na atualidade o combate ao sedentarismo é uma condição que necessita de comprometimento de todas as pessoas, principalmente as com HAS, pois ele interfere diretamente em sua qualidade de vida⁽¹⁵⁾. Os profissionais de saúde devem avaliar os riscos antes de indicar o início da prática de exercícios físicos, para que sejam minimizados os danos⁽¹⁴⁾.

A promoção da saúde e a prevenção de agravos em doenças crônicas têm priorizado as

estratégias que endossam o desenvolvimento de um estilo de vida ativo, considerando a prática de atividade física em quatro domínios: lazer, locomoção ou deslocamento, trabalho e doméstica⁽⁸⁾. A fim de reverter o quadro de baixa adesão ao tratamento não medicamentoso, os enfermeiros necessitam de sensibilidade para otimizar a prática de atividades físicas regulares por pacientes hipertensos, devendo orientá-los quanto às diferentes formas para a realização das atividades, o que pode melhorar o controle clínico da doença e minimizar a ocorrência de agravos, como a elevação emergencial da PA.

Outro dado investigado neste estudo foi a ingestão de dieta hipossódica. Observou-se que quase 40% dos entrevistados referiram que não há qualquer restrição de sódio. A literatura⁽¹⁾ ratifica que uma dieta com baixo teor de sódio reduz e mantém os valores pressóricos a níveis desejáveis com rapidez. Assim, o consumo diário de sódio não deve ultrapassar 5g de sal. Entretanto, a quantidade que os brasileiros atualmente consomem corresponde ao dobro do recomendado.

Um estudo⁽³⁾ realizado junto a 57 hipertensos, que avaliou a redução do consumo de sal após o diagnóstico da doença, demonstrou que a maioria não aderiu à nova dieta diante das recomendações médicas, ressaltando a existência de uma lacuna entre as orientações realizadas pelos profissionais de saúde e a sua execução pelos pacientes. Diante disso, reitera-se que é necessário modificar a maneira como essas diretrizes estão sendo realizadas pelos profissionais, uma vez que elas não têm impactado significativamente na decisão de se modificar o estilo de vida pelos indivíduos hipertensos.

Mais especificamente quanto à ingestão de alimentos inadequados (ricos em proteínas, sódio e gorduras)⁽¹⁾, a grande maioria dos entrevistados relatou não restringir o seu consumo. Mudanças de hábitos alimentares são impres-

cindíveis para o adequado controle da HAS⁽²⁰⁾. A manutenção de uma dieta saudável depende de um cardápio adequado, rico em frutas, vegetais, carnes brancas e com redução de sal e abolição de alimentos inadequados^(14,20).

Muitas vezes as modificações nos hábitos de vida não se concretizam porque o hipertenso não se sente parte do tratamento, ou seja, ele não opina nas decisões acerca da prática de exercícios físicos e modificações da dieta. O profissional de saúde não considera a opinião do usuário, levando-o a não aderir ao tratamento.

Hábitos de consumo de álcool e tabaco também são fatores que elevam os valores pressóricos⁽¹⁾. No presente estudo, observou-se baixa prevalência de indivíduos que referiram fazer uso de tabaco e de bebida alcoólica - o que condiz com os resultados de pesquisa sobre a adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos usuários de um centro de saúde, que encontrou 7% de tabagistas e 31,6% de etilistas entre os participantes⁽¹⁵⁾. Por mais que a prevalência de tabagistas e etilistas seja pequena, há evidências de que a PA se eleva proporcionalmente de acordo com a quantidade de álcool e tabaco ingeridos, sendo premente que os enfermeiros orientem a importância da abdição destes hábitos a todos os hipertensos sob seus cuidados^(1,19).

Sendo assim, as ações educativas promovidas por profissionais da saúde devem estimular o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, trazendo discussões e orientações que incentivem a adoção de novos hábitos de vida⁽¹⁴⁾. Desse modo, é necessário o envolvimento do profissional de saúde e do indivíduo hipertenso para que elaborem juntos estratégias que levem ao abandono de hábitos nocivos à saúde.

Uma das formas de atuação constitui em atividades educacionais, como trabalho em grupo, possibilitando o vínculo e o acolhimento com os profissionais de saúde, de modo que os

indivíduos compartilhem suas experiências e vivenciem diferentes saberes e práticas⁽³⁾.

Portanto, os indivíduos com HAS necessitam de tratamento ambulatorial contínuo e assistência profissional qualificada. Com a adoção de uma rotina dita saudável, promove-se a diminuição dos valores pressóricos, previne-se complicações cardiovasculares e minimiza-se a ocorrência de crises hipertensivas, que tanto tem levado indivíduos hipertensos aos serviços emergenciais de saúde⁽⁹⁾. A mudança de comportamento deve ser fortemente encorajada pelos profissionais de saúde, sempre levando em consideração o perfil populacional da sua área de atuação.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa permitiram conhecer o perfil dos indivíduos hipertensos que procuraram atendimento em uma unidade emergencial por elevação da PA e os fatores associados à ocorrência de hipertensão arterial moderada ou grave. Observou-se que a maioria das pessoas que procurou por atendimento era do sexo masculino, da cor branca, vivia com companheiro, possuía idade inferior a 60 anos, escolaridade menor ou igual a oito anos e atividade laboral, o que não esteve associado à elevação da PA a valores superiores a 159/99mmHg.

Os fatores associados à ocorrência de hipertensão arterial moderada ou grave foram o não comparecimento nas atividades realizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária, a ingestão de bebida alcoólica, a não realização de atividades de lazer e o consumo excessivo de sal.

Quanto ao tratamento não farmacológico da HAS, grande parte dos indivíduos não aderiu aos hábitos de praticar exercício físico e modificar a dieta após o diagnóstico da doença. Tais situações merecem destaque e empenho dos

profissionais de saúde da equipe multiprofissional para que ocorra a mudança, já que esses problemas interferem no adequado controle da PA. Com isso, há a necessidade de implementar ações educativas direcionadas à população hipertensa que objetivem prevenir situações emergenciais decorrentes da elevação da PA.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardio*. 2010; 95(supl 1):1-51.
2. Freitas LC, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EBS, Xavier NF, Lemos ELC, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012; 7(22):13-9.
3. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1763-72.
4. García GM, Miúdo V, Alves CG, Lopes M, Gomes JV. Characterization of patients aged 45 or under admitted with hypertensive emergencies in the Hospital do Prenda. *Rev Port Cardiol*. 2014;33(1):15-21.
5. Pereira SE, Aguiar RS, Vian VH, Cunha EM, Silva DA, Teixeira MA. Análise crítica do atendimento da crise hipertensiva em Unidade de Pronto Atendimento de Itaperuna – Rio de Janeiro. *Rev Bras Med*. 2012; 69(5):139-44.
6. Barreto MS, Marcon SS. Hospitalization due to complications of arterial hypertension in primary care patients. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):313-7.
7. Drevenhorn E, Bengtson A, Nilsson PM, Nyberg P, Kjellgren KI. Consultation training of nurses for cardiovascular prevention – a randomized study of 2 years duration. *Blood Press*. 2012; 21(5):293-9.
8. Massa KHC, Guimarães VV, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, et al. Prática de atividade física em quatro domínios em idosos com hipertensão arterial referida no Município de São Paulo: estudo de base populacional. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2012; 17(1):7-13.
9. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(3):581-7.
10. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(Supl 1):1389-400.
11. Damasceno CA, Queiroz TL, Santos CAST, Mussi FC. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1362-70.
12. Gupta R, Pandey RM, Misra A, Dey S, Rao S, Menon VU, et al. High prevalence and low awareness, treatment and control of hypertension in Asian Indian women. *J Hum Hypertens*. 2012; 26(10):585-93.
13. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP, Andrade AM, Andrade MM, Almeida PC. Caracterização clínico-epidemiológica da clientela com crise hipertensiva atendida em um serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE. *REME Rev Min Enferm*. 2009; 13(1):13-18.
14. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):179-84.
15. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gauch Enferm*. 2009; 30(1):27-32.
16. Gitt AK, Schieder RE, Duetting E, Bramlage P, Schneider S, Tschöpe D. Achievement of recommended glucose and blood pressure targets in patients with type 2 diabetes and hypertension in clinical practice – study rationale and protocol of dialogue. *Cardiovasc Diabetol*. 2012; 11(148).
17. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(4):759-65.

18. Santana JS, Soares MJGO, Nóbrega MML. Instrument for visiting in nursing to hypertensive patients in family: a methodological study. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 5 Sep [Cited 2013 Dec 2] 10(3) Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3481/1098>
19. Holt EW, Muntner P, Joyce C, Morisky DE, Webber LS, Krousel-Wood M. Life events, coping, and antihypertensive medication adherence among older adults: the cohort study of medication adherence among older adults. *Am J Epidemiol*. 2012; 176(Suppl 7):64-71.
20. Vernay M, Aidara M, Salanave B, Deschamps V, Malon A, Oleko A, et al. Diet and blood pressure in 18-74 year-old adults: the French Nutrition and Health Survey (ENNS, 2006-2007). *J Hypertens*. 2012; 30(10): 1920-7.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 18/12/2013

Revisado: 14/11/2014

Aprovado: 14/11/2014