



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 01, pp. 43449-43454, January, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20721.01.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

FATORES ASSOCIADOS AO ALTO RISCO CARDIOVASCULAR DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rebeka Maria de Oliveira Belo*¹; Monique Oliveira do Nascimento¹; Larissa Evelyn de Arruda²; Cindy Targino de Almeida²; Hirla Vanessa Soares de Araújo¹; Veridiana Câmara Furtado³ and Simone Maria Muniz da Silva Bezerra⁴

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB.

²Graduanda. Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/UPE

³Doutora Biomédica. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças /UPE

⁴Enfermeira. Doutora. Docente do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Recife-PE, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 22nd October, 2020

Received in revised form

19th November, 2020

Accepted 14th December, 2020

Published online 30th January, 2021

Key Words:

Hipertensão; Enfermagem em Saúde Pública;

Medição de Risco; Fatores de Risco.

Atenção Primária à Saúde.

*Corresponding author:

Rebeka Maria de Oliveira Belo,

ABSTRACT

Objetivo: identificar os fatores associados ao alto risco cardiovascular de hipertensos acompanhados na atenção primária. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 424 indivíduos hipertensos, no período de abril a agosto de 2018. Um instrumento estruturado investigou o perfil sociodemográfico e clínico, alto risco cardiovascular foi identificado a partir da estratificação do risco cardiovascular global. Para analisar as associações utilizou-se o teste qui-quadrado, exato de Fisher e regressão de Poisson. **Resultados:** 91,7% apresentou alto risco cardiovascular e os fatores associados foram sexo masculino ($p=0,004$), desempregados ($p=0,004$), pressão arterial diastólica alterada ($p=0,019$), glicemia de jejum alterada ($p=0,004$) e atraso do tratamento ($p<0,001$). **Conclusão:** Fatores sociodemográficos e clínicos associaram-se ao alto risco cardiovascular. Identificar tais características contribui para a reorientação do modelo de cuidado adotado na atenção primária.

Copyright © 2021, Rebeka Maria de Oliveira Belo et al., This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Rebeka Maria de Oliveira Belo; Monique Oliveira do Nascimento; Larissa Evelyn de Arruda; Cindy Targino de Almeida; Hirla Vanessa Soares de Araújo; Veridiana Câmara Furtado and Simone Maria Muniz da Silva Bezerra. "Fatores associados ao alto risco cardiovascular de hipertensos acompanhados pela atenção primária à saúde", *International Journal of Development Research*, 11, (01), 43449-43454.

INTRODUCTION

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, com destaque para as doenças isquêmicas do coração e acidente vascular encefálico. Além disso, são consideradas as principais causas de internações hospitalares no Brasil, representando em 2015 um custo global de R\$ 37 bilhões para o Sistema Único de Saúde (OPAS, 2018). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como principal fator de risco tanto para o desenvolvimento dessas doenças, quanto para as complicações das DCV pré-existentes, pois, tais condições crônicas compartilham os mesmos fatores de risco para a sua incidência (FRANCULA-ZANINOVIC; NOLA, 2018; SBC, 2016). Ao considerar a perspectiva epidemiológica, a HAS apresenta alta prevalência na população mundial e brasileira, cerca de 20 a

30% na população adulta (WHO, 2018). Na capital pernambucana, a prevalência chegou a 26,5% em 2018 (MS, 2019). Diante da epidemiologia e da carga evidenciada pelas DCV, grandes esforços foram feitos para uma compreensão do processo saúde doença, alguns estudos estabeleceram HAS, tabagismo, diabetes, sedentarismo, obesidade e níveis elevados de colesterol como principais fatores de risco na predição e modificação das DCV (DAWBER, MEADORS, MOORE, 1995; WHO, 1988; YUSUF et al. 2004; PETERSEN et al. 2017). Para estimar a gravidade dessas doenças, foram criados escores de risco e algoritmos através da análise de regressão de estudos populacionais que identificavam o risco global dos indivíduos. Entende-se como risco cardiovascular, a estimativa do risco absoluto do indivíduo desenvolver DCV futuras sendo recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia a utilização da Estratificação de Risco

Cardiovascular global na avaliação ao indivíduo hipertenso a fim de auxiliar na decisão terapêutica e análise prognóstica (SBC, 2016). No âmbito brasileiro, o Ministério da Saúde também propõe a utilização da estratificação no contexto da atenção primária para promover o autocuidado e a responsabilidade compartilhada do manejo da hipertensão, o uso de instrumentos para o cálculo do risco favorece a não subjetividade do avaliador, o auxilia no direcionamento do tratamento e favorece a adesão (MS, 2006). Diante do exposto é imprescindível estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos e encontrar os fatores que se associam ao alto risco, para nortear intervenções de promoção à saúde e gestão das condições crônicas complexas apresentadas pelos pacientes. Dessa forma, o objetivo foi identificar os fatores de risco associados ao alto risco cardiovascular de hipertensos acompanhados na atenção primária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de abril a agosto de 2018, no município do Recife. A Atenção primária do referido município apresentou uma cobertura de 73% no ano de 2017 e conta com 130 unidades de saúde da família, subdivididas em 8 distritos sanitários, tendo sido sorteadas 2 unidades de saúde em cada distrito sanitário. O cálculo amostral foi realizado pelo software EpiinfoTM Versão 7.2, considerando a população de hipertensos no município estimada em 2015, a prevalência do evento 39,7%, Intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5%. A amostra foi composta por 424 indivíduos, escolhidos por conveniência, de modo que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico médico de HAS e idade ≥ 18 anos. Não foram incluídos os indivíduos que não compareceram na unidade de saúde para coleta da amostra biológica. A coleta de dados ocorreu nas unidades de saúde. Foram analisados dados sociodemográfico (idade, sexo, anos de estudo, situação conjugal e renda) e clínicos (pressão arterial sistólica e diastólica, tempo de diagnóstico, medicações anti-hipertensivas em uso, parâmetros antropométricos e laboratoriais). Para estratificação do risco cardiovascular global três etapas foram utilizadas, são elas (SBC, 2016):

- I. Identificação da presença de manifestações clínicas ou subclínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes. Ao apresentar um desses critérios, o indivíduo era caracterizado como alto risco (risco $> 20\%$) para desenvolver uma DCV em 10 anos.
- II. Os indivíduos não enquadrados na etapa anterior, foram estratificados pelo Escore de risco global. Este, atribui pontuações as variáveis analisadas [idade, colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), Pressão Arterial Sistólica (PAS), tabagismo e Diabetes Mellitus (DM)] de acordo com o sexo, que somadas categorizam o indivíduo em alto risco (Risco $> 20\%$ para homens e $> 10\%$ nas mulheres); risco intermediário (Homens com risco $\geq 5\%$ e $\leq 20\%$ e Mulheres com risco $\geq 5\%$ e $\leq 10\%$) e baixo risco ($< 5\%$ para ambos os sexos).
- III. Os enquadrados como baixo risco que apresentaram histórico de DCV prematura foram reclassificados em risco intermediário.

Os parâmetros antropométricos foram aferidos diretamente nos participantes: Índice de Massa Corporal (IMC),

Circunferência Abdominal (CA), Circunferência do Pescoço (CP), Relação Cintura Quadril (RCQ).

Para o cálculo do IMC considerou-se peso (kg) dividido pela altura (metro) ao quadrado, sendo classificado em normal ($\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). O primeiro, foi medido por balança digital com capacidade para 150 kg, precisão de 0,1 kg e a altura por estadiômetro, com precisão de 0,1 cm (MS, 2011b).

A medida da CA foi verificada por fita métrica inelástica, com precisão de 0,01 cm, no ponto médio entre a borda superior da crista ilíaca e o último rebordo costal, em posição ortostática, na fase expiratória da respiração. A circunferência do quadril foi mensurada no ponto mais saliente entre a cintura e a coxa, na altura do trocanter maior. A RCQ representa a relação das medidas citadas sendo os valores de corte para efeitos metabólicos: $> 0,90$ para homens e $> 0,85$ para mulheres (WHO, 2013). A CP foi mensurada com a utilização de uma fita métrica inelástica, medida na base do pescoço, na altura da cartilagem cricótireoideana exceto em homens com proeminência, sendo abaixo desta. Foram considerados os valores de corte para risco aumentado ≥ 37 cm para homens e ≥ 34 cm para mulheres (STRABE et al. 2013).

Além dessas medidas, foi verificado o controle pressórico a partir da média entre 3 aferições de Pressão Arterial (PA) no consultório, por aparelho automático digital validado e foram seguidas as recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Para a realização de análises, os valores da PA foram estratificados conforme os estágios de HAS, em controlado/normal (PA $< 140/90$ mmHg) e alterado (estágio 1 - PAS entre 140-159 e PAD entre 90-99; estágio 2 - PAS entre 160-179 e PAD entre 100-109 e estágio 3 - PAS > 180 e PAD > 110) (SBC, 2016). Em relação à amostra sanguínea para análise laboratorial, os participantes foram orientados a comparecer em jejum de 12 horas na unidade de saúde do seu distrito, em dia e horário agendados previamente. A coleta foi realizada por meio da punção venosa, preferencialmente na fossa antecubital e analisadas por um laboratório especializado. Para ponto de classificação em risco cardiovascular forma considerados: LDL > 115 mg/dl; HDL < 40 mg/dl nos homens e < 46 mg/dl nas mulheres; Triglicérides > 150 mg/dl; CT > 190 mg/dl; Glicemia de jejum > 126 mg/dl (SBC, 2016). Os dados foram digitados no programa *Epi Info* e transportados para estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para análise. Para as análises de associação, algumas variáveis foram dicotomizadas, a saber: situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); renda (até um salário mínimo e maior que um salário mínimo); PAD, CA, RCQ, CP, glicemia de jejum, LDL-C e triglicérides (normal ou alterado); atraso do tratamento (sem atraso ou com atraso). Para avaliar os fatores associados ao alto risco cardiovascular utilizou-se o *Qui-quadrado* de Pearson ou Exato de Fisher (quando a porcentagem de cruzamento com frequência esperada inferior a cinco foi superior a 20%) e os fatores que influenciam conjuntamente para o alto risco, foi ajustado um modelo de *Poisson* com variância robusta. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram significância estatística de até 20% na análise bivariada, permanecendo no modelo final os que tinham até 5%. Por fim, foram calculados os intervalos de confiança para a razão da prevalência e o teste de *Wald* na comparação dos riscos entre os níveis dos fatores avaliados. Em todos os testes utilizados foi considerado o p valor $< 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE e conduzida conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, CAAE: 98575118.8.0000.5192. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 424 participantes, a maior parte era do sexo feminino (77,1%), com média de idade de 59,83 \pm 11,01 anos, sem companheiro 50,5%, com menos de 9 anos de estudo (68,4%). Houve predomínio de aposentados, pensionistas e beneficiários (45,3%) com renda familiar mensal de até um salário mínimo vigente (60,1%). Quanto à caracterização clínica, 35,6% eram diabéticos, 66,5% estavam em tratamento anti-hipertensivo a mais de 5 anos, 47,4% faziam uso de duas drogas associadas para o controle dos níveis pressóricos, sendo os diuréticos tiazídicos (58,3%) os mais utilizados seguidos dos bloqueadores dos receptores de angiotensina (53,1%). Em relação aos níveis pressóricos, verificou-se que a PAS teve uma média de 140,79 \pm 21,36 e PAD, 84,34 \pm 12,42. Quando analisado levando em consideração o sexo masculino e

feminino, as médias de PAS e PAD foram 139,12 \pm 20,93; 83,26 \pm 11,66; e 146,39 \pm 21,93; 87,95 \pm 14,17 respectivamente (Tabela 1). Considerando as aferições das medidas antropométricas, alguns parâmetros estavam acima do preconizado, configurando risco cardiovascular, sendo os mais frequentes: IMC, CA, RCQ, CP (Tabela 1). Em relação à estratificação do risco cardiovascular, 91,7% foi considerado alto risco, 6,6% risco intermediário e 1,7% baixo risco. Quanto à distribuição do grau de risco para DCV dos pacientes avaliados, verifica-se que o teste de independência foi significativo nos fatores: sexo (p-valor = 0,035) e atividade laboral (p-valor = 0,034), PAD (p-valor = 0,022), IMC (p-valor = 0,002), RCQ (p-valor = 0,012), CP (p-valor = 0,013), glicemia de jejum (p-valor = 0,006) e triglicérideo (p-valor = 0,018) (Tabela 2). A análise multivariada para o alto risco de DCV, identificou que os homens apresentam 8,6% (RP = 1,086; p-valor = 0,002) a mais de risco, os indivíduos desempregados 11,4% (RP = 1,114, p-valor = 0,004), a PAD alterada 6,1% (RP = 1,061, p-valor = 0,019), glicemia alterada 7,4% (RP = 1,074, p-valor=0,004) e o atraso para o início do tratamento 8,5% (RP = 1,085, p-valor < 0,001) (Tabela 3).

Tabela 1. Parâmetros clínicos e características antropométricas de indivíduos hipertensos acompanhados na atenção primária de acordo com o sexo. Recife, PE, Brasil, 2018.

Variáveis	Sexo (Média/DP [†])		
	Feminino (n=327)	Masculino (n=97)	Total
Pressão arterial sistólica (mmHg)	139,1 (\pm 20,9)	146,4 (\pm 21,9)	140,8 (\pm 21,4)
Pressão arterial diastólica (mmHg)	83,3 (\pm 11,7)	88 (\pm 14,2)	84,3 (\pm 12,4)
Circunferência abdominal (cm)	99,2 (\pm 13)	101,6 (\pm 12)	101,6 (\pm 39,9)
Relação cintura quadril	0,94 (\pm 0,09)	0,99 (\pm 0,07)	0,95 (\pm 0,10)
Circunferência do pescoço (cm)	35,5 (\pm 3,9)	40,4 (\pm 3,5)	36,6 (\pm 4,3)
Índice de massa corporal (kg/cm ²)	30,4 (\pm 6,1)	28,4 (\pm 4,4)	29,97 (\pm 5,8)
Colesterol total (mmol/L)	166,12 (\pm 65)	161,3 (\pm 83,5)	165 (\pm 69,6)
Glicemia de jejum (mmol/L)	100,7 (\pm 62)	107,3 (\pm 59,4)	100,6 (\pm 51,7)
Triglicérides (mmol/L)	136,4 (\pm 80)	193,4 (\pm 207,1)	149,5 (\pm 123,5)
HDL* (mmol/L)	42,3 (\pm 16,3)	35,6 (\pm 12,4)	40,7 (\pm 15,7)
LDL** (mmol/L)	96,2 (\pm 51,9)	88,4 (\pm 76,3)	94,4 (\pm 58,4)
VLDL-C*** (mmol/L)	27,2 (\pm 16,1)	39,73 (\pm 42,2)	30,1 (\pm 25,1)

[†]Desvio Padrão; * High-Density Lipoprotein; **Low-Density Lipoprotein; *** Very Low Density Lipoprotein.

Tabela 2. Distribuição da classificação do risco segundo os fatores sociodemográfico e clínicos de indivíduos hipertensos acompanhados na atenção primária. Recife, PE, Brasil

Fator avaliado	Nível de risco (%)		p- valor
	Alto	Intermediário/baixo	
Sexo			
Feminino	295 (90,2)	32 (9,8)	0,035 ¹
Masculino	94 (96,9)	3 (3,1)	
Atividade laboral			
Com atividade laboral	104 (88,9)	13 (1,1)	0,034 ¹
Desempregado	112 (97,4)	3 (2,6)	
Aposentado/pensionista/beneficiário	173 (90,1)	19 (9,9)	
Pressão arterial diastólica			
Normal	259 (89,6)	30 (10,4)	0,022 ¹
Alterada	128 (96,2)	5 (3,8)	
Índice de massa corporal			
Baixo peso	3 (50)	3 (50)	
Normal	63 (88,7)	8 (11,3)	0,002 ¹
Sobrepeso	138 (93,2)	10 (6,8)	
Obesidade	182 (92,9)	14 (7,1)	
Relação cintura quadril			
Normal	35 (81,4)	8 (18,6)	0,012 ²
Alterado	353 (93,4)	25 (6,6)	
Circunferência do pescoço			
Normal	80 (86)	13 (14)	
Alterado	307 (93,9)	20 (6,1)	0,013 ¹
Glicemia de jejum			
Normal	257 (89,2)	31 (10,8)	
Alterado	132 (97,1)	4 (2,9)	0,006 ¹
Triglicérideo			
Normal	245 (89,4)	29 (10,6)	
Alterado	144 (96)	6 (4)	0,018 ¹

*Salário mínimo vigente, ¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Tabela 3. Ajuste do modelo multivariado de Poisson para o alto risco de problemas cardiovasculares em hipertensos acompanhados na atenção primária. Recife-PE, Brasil

Fator avaliado	RP*	IC** (95%)	p-valor ¹
Sexo			
Feminino	1,000	-	-
Masculino	1,086	1,031 – 1,144	0,002
Atividade laboral			
Com atividade laboral	1,000	-	-
Desempregado	1,114	1,036 – 1,199	0,004
Aposentado/pensionista /benefício previdenciário	1,019	-	-
Pressão arterial diastólica			
Normal	1,000	-	-
Alterada	1,061	1,010 – 1,114	0,019
Glicemia de jejum			
Normal	1,000	-	-
Alterado	1,074	1,024 – 1,126	0,004
Atraso do tratamento			
Sem atraso	1,000	-	-
Com atraso	1,085	1,048 – 1,123	<0,001

*RP = Razão de Prevalência. **IC = Intervalo de confiança. ¹p-valor do teste de Wald

DISCUSSÃO

O maior risco cardiovascular apresentado pelo sexo masculino corrobora com outros estudos (SOUZA et al. 2016; SCHIMIDT et al. 2017) e, pode estar relacionado à cultura que os levam a exercer ou adotar condutas perigosas em relação a sua saúde como a baixa procura pelos serviços de saúde em caráter preventivo, recorrendo a estes em situação de extrema emergência, urgência e/ou em nível especializado (TEIXEIRA et al. 2016). Estudo realizado em Portugal, identificou uma maior prevalência da maioria dos fatores de risco acumulado na população masculina, com exceção da hipercolesterolemia, obesidade e sedentarismo, bem como dos antecedentes de doença arterial periférica e da história familiar de DCV. A maioria (± 82%) apresentavam 3 ou mais fatores de risco influenciando para o alto risco cardiovascular, corroborando com os achados do estudo (MARQUES et al. 2019). Em contrapartida, no noroeste da Etiópia, os fatores associados para a ocorrência da HAS foram: idade > 50 anos (OR:3,31); sexo feminino (OR:3,8); consumo de gordura de origem animal (OR 6,28); consumo de álcool (OR:3,17) (KIBER et al. 2019). Embora os dois últimos não sejam objeto do estudo foi evidenciado o sexo divergiu dos achados desse estudo.

Em relação ao tratamento anti-hipertensivo, foi predominante o tempo superior a 5 anos, entretanto, os valores medianos dos níveis tensionais estavam elevados. Esse achado foi semelhante ao encontrado por outros estudos (SBC, 2016; MANTOVANI et al. 2015; GEWEHR et al. 2018), o que demonstra que um tempo prolongado de tratamento não garante a estabilização da HAS. O controle dos níveis pressóricos constitui um pilar fundamental para a redução do risco cardiovascular e cerebrovascular, uma redução pequena nos níveis da PAD como 5 mmHg, diminui significativamente o risco de desfechos adversos (SBC, 2016). Este fato pôde ser evidenciado no presente estudo, 6,1% de risco a mais que os níveis adequados. Ainda, ao comparar com os dados da coorte que originou o escore global, os níveis médios da PAS foram semelhantes ao encontrado, sendo mais elevado no sexo masculino (D'AGOSTINO et al. 2008). Quando observa-se os valores médios do perfil metabólico, estão fora do valor recomendado o colesterol HDL e a glicemia. O risco cardiovascular aumentado favorece o desenvolvimento ou agravamento da DM tipo 2 (GURKA et al. 2018). O uso de hipoglicemiantes faz parte do tratamento para redução de níveis elevados de LDL-C e de triglicérides, visando a

prevenção de eventos cardiovasculares (MAGALHÃES, 2017). No que se refere aos triglicérides, uma pesquisa identificou um alto risco para DCV mesmo em indivíduos com cujos valores laboratoriais de triglicérides os tornavam não elegíveis para tratamento com hipolipemiantes, o que reforça a necessidade da prevenção Primária (MADSEN, VARBO, NORDESTGAARD, 2018). O tratamento da hipercolesterolemia, quando efetivo, pode diminuir o risco em 50% ou mais, o que facilita o controle da pressão em detrimento da abordagem isolada (MORGADO et al. 2011). Além do perfil lipídico, medidas de avaliação da gordura central vêm sendo utilizadas para avaliar o risco de desenvolver DCV, como o IMC, RCQ, Relação Cintura Altura e CA. Quanto ao IMC, o valor da média e percentual de indivíduos acima do peso foram semelhantes ao encontrado no grupo categorizado como excesso de peso em um estudo que avaliou a sensibilidade e fidedignidade da CP para avaliação da adiposidade corporal (BARBOSA et al. 2017). Vale ressaltar que o IMC, a PAS e PAD são fatores de risco modificáveis que contribuem para as alterações na estrutura e função cardíaca (PETERSEN et al. 2017). Mais recentemente, a CP tem sido utilizada como uma medida confiável para avaliação da adiposidade da região do pescoço e, seu valor aumentado está associado à adiposidade corporal o que predispõe as DCV (BARBOSA et al. 2017). Referente à medida da CP, foi encontrado uma média acima do limite recomendado sendo superior no sexo masculino, achados estes evidenciados em outro estudo (SILVA et al. 2015) e relacionados ao alto risco cardiovascular neste estudo.

Já é sabido que grande parte da carga das DCV podem ser minimizadas pela prevenção primária, ao reduzir a incidência da mesma na população aparentemente saudável configurando uma alternativa para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que compõem o quadro epidemiológico dessas doenças. Aqueles identificados como alto risco, quando detectados e tratados precocemente correspondem a um complemento da abordagem populacional. Além disso, tem-se conhecimento que os escores de risco são necessários, mas sozinhos não são suficientes para traduzir-se em melhores resultados para os pacientes a menos que sejam usados como ferramentas para orientação quanto ao risco (GURJA et al. 2018). Nessa perspectiva, a ESF configura-se como elemento-chave para a organização, abordagem ao hipertenso e ao cuidado domiciliar, para, assim, minimizar os seus impactos e os da não adesão tanto para o sistema de saúde

quanto para os usuários garantindo assim, uma assistência integral em saúde²⁸ uma vez que esse nível de atenção está mais próximo da comunidade servindo como primeira referência nas situações de saúde e doenças devendo esta, realizar o monitoramento sistemático da adesão da pessoa com HAS ao plano de cuidado proposto. Assim sendo, a enfermagem pauta a sua *práxis* na pessoa e envolve usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégia para o monitoramento da HAS. Como membro da equipe multidisciplinar, a enfermagem possui um papel fundamental no acompanhamento terapêutico desses indivíduos através da Consulta de Enfermagem, diagnosticando problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Em relação ao plano terapêutico, a identificação dos níveis de risco direciona os tipos de intervenção a serem adotadas. É primordial que o enfermeiro reconheça que o paciente possui autonomia e individualidades e leve em consideração a realidade vivenciada pelo indivíduo, suas crenças, fatores sociais e culturais procurando inconsistências entre os comportamentos aparentes e esperados para melhor compreender e direcionar as suas ações. Por fim, vale ressaltar que, ao sinal desconforto com o plano proposto, o enfermeiro deverá identificar a causa e adaptar o plano de ação. No contexto dos usuários identificados como alto risco, faz-se necessário estratégias mais efetivas em relação as mudanças do estilo de vida, não apenas para minimizar a ocorrência de complicações, mas principalmente para prolongar qualitativamente a vida. Uma atenção mais qualificada e bem articulada trará resultados positivos aos diversos grupos de hipertensos e suas singularidades no que diz respeito aos estágios, tratamento, doenças associadas, fatores de risco e contexto biopsicossocial em que os usuários estão inseridos.

CONCLUSÃO

O alto risco cardiovascular em hipertensos, esteve associado intimamente com o sobrepeso e obesidade, além da situação financeira prejudicada, evidenciada pelo desemprego e ínfimas condições de início e continuidade da terapia anti-hipertensiva. As alterações encontradas na circunferência abdominal, relação cintura quadril, circunferência do pescoço, glicemia de jejum e triglicérides também contribuem para uma evolução do evento cardiovascular, sendo estes, encontrados na maior parte hipertensos. Tais achados reforçam a importância da utilização da estratificação do risco cardiovascular global no contexto da atenção primária visando a identificação e o rastreamento dos fatores de risco cardiovascular o que repercute na morbimortalidade e qualidade de vida dos hipertensos. Com base nas informações obtidas, o enfermeiro pode elaborar planos de cuidado individualizado, direcionando a intensidade e os tipos intervenções necessárias, superando as dificuldades e barreiras apresentadas no processo que serão apresentadas durante o monitoramento dos cuidados prestados. as para promoção da saúde e do autocuidado desse indivíduo.

Agradecimentos: Aos participantes da pesquisa, seus familiares, gestores e profissionais da saúde por todo o apoio e contribuição para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

Barbosa, Priscila Santos; Santos, Ronaide Paula dos; Mendonça, Jéssica Larense Santos; Rocha, Vivianne de Sousa. Circunferência do pescoço e sua associação com

parâmetros antropométricos de adiposidade corporal em adultos. *Braspen J out-dez de 2017*; 32 (4): 315-20, <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/04-Circunferencia-do-pescoco.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 12 de Fevereiro de 2008; 117(6):743-53.

Dawber TR, Meadors GF, Moore EFJ. Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *Am J Public Health Nations Health. American Public Health Association*. Março de 1951; 41: 279–81.

Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev*. 2018;14(3):153-163.

Gewehr, Daiana Meggiolaro et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Deb*. Rio de Janeiro, v. 42, n.116, p. 179-190, jan-mar 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>.

Gurka MJ, Filipp SL, Pearson TA, DeBoer MD. Assessing Baseline and Temporal Changes in Cardiometabolic Risk Using Metabolic Syndrome Severity and Common Risk Scores. *J Am Heart Assoc*. 21 de Agosto de 2018; 7(16):e009754.

Kiber M, Wube M, Temesgen H, Woyraw W, Belay YA. Prevalence of hypertension and its associated factors among adults in Debre Markos Town, Northwest Ethiopia: community based cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 15 de Julho de 2019; 12(1):406.

Madsen CM, Varbo A, Nordestgaard BG. Unmet need for primary prevention in individuals with hypertriglyceridaemia not eligible for statin therapy according to European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society guidelines: a contemporary population-based study. *Eur Heart J*. 14 de Fevereiro de 2018; 39(7):610-619.

Magalhães, Maria Eliane Campos. Novas metas de colesterol da Diretriz de Dislipidemia da SBC. *Internat Jour of Cardio Sci*. 2017; 30(6)466-468.

Mantovani, Maria de Fátima et al. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. *Rev enferm UFPE*. 2015; 9(1):84-90.

Marques da Silva P, Lima MJ, Neves PM, Espiga de Macedo M. Prevalence of cardiovascular risk factors and other comorbidities in patients with hypertension in Portuguese primary health care populations: The PRECISE study. *Rev Port Cardiol*. Junho de 2019; 38(6):427-437. English, Portuguese.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre*

- frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
- Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Castelo-Branco M. Association of statin therapy with blood pressure control in hypertensive hypercholesterolemic outpatients in clinical practice. *J Cardiovasc Dis Res.* Janeiro de 2011; 2(1):44-9.
- Nogueira Iara Sescon, Previato Giselle Fernanda, Scolari Giovana Aparecida de Souza, Gomes Ana Caroline Oliveira, Carreira Ligia, Baldissera Vanessa Denardi Antoniassi. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016; 37(spe):e68351.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018). 10 principais causas de morte no mundo. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0
- Petersen SE, Sanghvi MM, Aung N, Cooper JA, Paiva JM, Zemrak F, et al. (2017) The impact of cardiovascular risk factors on cardiac structure and function: Insights from the UK Biobank imaging enhancement study. *PLoS ONE.* Outubro de 2017; 12(10): e0185114.
- Schmidt, Leucinéia; Benetti, Fabia; Aires, Marines. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Pesq Saúde*, mai-ago de 2017; 18(2): 91-96.
- Silva, Matheus Wict da; Pretto, Alessandra Doumid Borges; Borges, Lúcia Rota Borges. Associação entre circunferência do pescoço e risco cardiovascular de pacientes atendidos em um ambulatório de nutrição. *Rev Bras Nutr Clin* 2015; 30(4): 285-90
- Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC. (2016) [Internet]. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação; 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
- Sousa, Naira Pereira de; et al. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, Março de 2016; 10(1), 157-168,. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1862> .
- Stabe C, Vasques AC, Lima MM, Tambascia MA, Pareja JC, Yamanaka A, Geloneze B. Neck circumference as a simple tool for identifying the metabolic syndrome and insulin resistance: results from the Brazilian Metabolic Syndrome Study. *Clin Endocrinol (Oxf).* Junho de 2013; 78(6):874-81.
- Teixeira DB. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 27 Nov 2019];32(4):[aprox. 0 p.]. Disponível: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985>
- The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators. *J Clin Epidemiol.* 1988;41(2):105-14. doi: 10.1016/0895-4356(88)90084-4. PMID: 3335877
- World Health Organization (WHO). 2013. Body Mass Index (BMI) classification. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html >. Acesso em: 06 jul. 17.
- World Health Organization. Pan American Health Organization. Hypertension [Internet]. Pan American Health Organization; 2018 Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=en
- Yusuf PS, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet.* 2004;364: 937-952.
