



ARTIGO ORIGINAL

EFEITOS DO AUTOCUIDADO APOIADO SOBRE O PERFIL PRESSÓRICO E CARDIOMETABÓLICO DE HIPERTENSOS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

EFFECTS OF SUPPORTED SELF-CARE ON BLOOD PRESSURE AND CARDIOMETABOLIC PROFILE OF HYPERTENSIVE INDIVIDUALS: RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Janaíne Chiara Oliveira Moraes¹ 
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra¹ 

ABSTRACT

Objective: to verify the effects of supported self-care on the blood pressure and cardiometabolic profile of hypertensive individuals. Method: randomized clinical trial developed with 78 hypertensive patients monitored by the Family Health Strategy in the municipality of Cajazeiras - PB - Brazil. The intervention consisted of nursing consultations based on supported self-care. The control group followed up with the usual monitoring by the health team. For data collection, a sociodemographic and clinical questionnaire, blood tests, blood pressure and anthropometric measurements were used. Results: There was a reduction in weight, abdominal circumference, waist-to-hip ratio, and Body Mass Index in the intervention group, with significant improvement in blood pressure. No significant improvement was seen in the control group. Conclusion: supported self-care showed positive effects on the participants' blood pressure and cardiometabolic profile, minimizing risk factors and configuring a methodology with promising potential when applied by nurses. REBEC - RBR-5m5qg8

DESCRIPTORS: Hypertension; Self-care; Cardiometabolic Risk Factors; Health Profile; Nursing consultation.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Moraes JCO, Bezerra SMM da S. Efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico e cardiometabólico de hipertensos: ensaio clínico randomizado. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [Acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 27. Disponível em: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82868.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) reflete uma temática de interesse público por se tratar de uma doença crônica em franco processo de ascensão. Acometendo cerca de um terço da população adulta, a HA foi responsável por 2,1% das mortes registradas mundialmente em 2019, tomando lugar de destaque na carga global das doenças cardiovasculares e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade¹. No Brasil, a prevalência da HA nesse mesmo período foi de 24,5% em pessoas maiores de 18 anos, distribuída em 27,3% entre as mulheres e 21,2% entre os homens, com mortalidade correspondendo a 20,4% das mortes totais do país².

O assunto em questão suscita repercussões sociais que se relacionam com um controle insatisfatório da doença hipertensiva³. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 4,7% da população apresenta grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades diárias devido à elevação da pressão arterial (PA)⁴. Esses achados estão associados ao sobrepeso, circunferência abdominal (CA) volumosa, inatividade física e dislipidemias⁵.

Nesse sentido, a terapêutica anti-hipertensiva deve ser dirigida à elaboração de políticas coletivas combinadas com ações individuais, que objetivem o alcance de metas pressóricas ideais; e à prevenção de desfechos cardiovasculares e renais, sendo o paciente orientado a iniciar práticas que conduzam a mudanças no estilo de vida^{3,6}.

Entretanto, o que se percebe são resultados ineficazes sobre o controle da doença, particularmente, no que se refere à manutenção de comportamentos saudáveis⁷. O autocuidado apoiado surge nesse cenário como um dos pilares do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), com o intuito de reformular a atenção biomédica predominante que não tem mostrado impactos efetivos no campo das condições crônicas. Baseia-se na premissa do empoderamento e preparação dos indivíduos para o autogerenciamento das suas próprias condições de saúde⁹.

O autocuidado apoiado se utiliza de uma abordagem sistematizada que visa apoiar o processo de mudança de hábitos. Inclui acompanhamento periódico, estabelecimento de metas e a construção de um plano de cuidados individualizado. Permite ainda o reconhecimento do interesse pessoal em modificar um comportamento de risco para que seja realizado um aconselhamento centrado na pessoa, suas vontades e disponibilidade de recursos^{7,9}.

Assim, em face da importância pública e social da hipertensão na atualidade, ratificada pela expressividade dos dados epidemiológicos, esse estudo objetivou verificar os efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico e cardiometabólico de pessoas com Hipertensão Arterial. Fundamentado nos achados que indicam os benefícios do autocuidado apoiado sobre a condução das doenças crônicas, a hipótese levantada é de que a consulta de enfermagem norteada pelo autocuidado apoiado estimula a aquisição de comportamentos saudáveis pelo paciente, melhorando as variáveis cardiometabólicas e os níveis de pressão arterial.

Justifica-se a presente proposta pela oportunidade de testar um novo formato de assistência, pautado na descentralização do cuidado e envolvimento ativo do paciente, onde a utilização de uma metodologia inovadora, voltada à educação em saúde, pode contribuir para que haja maior responsabilização do paciente sobre seu processo de tratamento com consequente melhora dos resultados sobre os comportamentos de risco e diminuição dos eventos cardiovasculares.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico randomizado (ECR), paralelo, com dois braços, desenvolvido no período de janeiro a julho de 2020, com pacientes hipertensos acompanhados em 11 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Cajazeiras - PB. Esse ECR é parte da tese de doutorado intitulada "Consulta de enfermagem baseada no autocuidado apoiado em usuários com Hipertensão Arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família" e possui número no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) RBR-5m5qg83.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: idade \geq 18 anos; diagnóstico médico de hipertensão arterial; tratamento anti-hipertensivo realizado por um período de, no mínimo, seis meses antes do início do presente estudo e acompanhamento pelo profissional enfermeiro na ESF. Foram excluídas as pessoas com comprometimento cognitivo acerca dos aspectos de memória, atenção e capacidade de comunicação e hipertensas grávidas.

Antecedendo o ECR, foi desenvolvido um estudo epidemiológico e transversal para o levantamento de dados sobre o controle e estadiamento da HA. Para tanto, foi realizado o cálculo amostral com base nos 3.041 indivíduos cadastrados nas 11 unidades locus da pesquisa, com o auxílio do software Epi-infoTM versão 7.2, com prevalência referente a 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A amostra do estudo inicial foi constituída por 410 pessoas, selecionada por amostragem não probabilística.

Do quantitativo de 410 participantes recrutados, foram considerados como amostra para o ECR apenas os indivíduos com risco cardiovascular intermediário, definidos por um Escore de Risco Global (ERG) entre 5% a 20% para homens e 5% a 10% para mulheres, e ERG abaixo de 5% com história familiar de doença cardiovascular prematura¹⁰. Depois da aplicação dos critérios de elegibilidade, 100 participantes foram randomizados para os grupos Intervenção (GI) e Controle (GC), com auxílio do programa randomizer (disponível em: www.randomizer.org).

A princípio, foi gerada uma sequência aleatória, utilizando-se um algoritmo computadorizado para a formação de blocos de 10 pessoas. Cada participante recebeu um envelope lacrado, contendo um número da sequência que possibilitou sua distribuição nos grupos de estudo, e que fora aberto pela pesquisadora para manter o sigilo de alocação. Não foi possível o cegamento da pesquisadora principal e dos participantes, em virtude da característica da intervenção implementada. Entretanto, para minimizar o risco de vieses, foi cegado o estatístico responsável pela análise dos dados e avaliação final dos desfechos.

Para a investigação dos desfechos primários, referentes ao perfil cardiometabólico e pressórico, foi aplicado em ambos os grupos, exclusivamente pela pesquisadora, um questionário sociodemográfico e clínico para a coleta dos antecedentes pessoais e familiares em eventos cardiovasculares, incluindo questões relacionadas aos aspectos da doença hipertensiva. Todos os participantes foram submetidos à coleta de sangue, realizada por laboratório acreditado, para análise da glicemia de jejum, colesterol total, colesterol-HDL, colesterol-LDL e triglicerídeos, sendo realizadas todas as orientações necessárias pré-exames.

Foram aferidos os valores da PA por meio de esfigmomanômetro automático conforme técnica preconizada pela 7.^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁰. A verificação das medidas antropométricas, como peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência abdominal (CA), do quadril (CQ) e do pescoço (CP) e Relação Cintura/Quadril (RCQ) seguiu as recomendações do Manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional¹¹.

Como parte da intervenção, foram aplicadas consultas de enfermagem baseadas no autocuidado apoiado com os participantes do GI. Pelo fato de coincidir com o período de

isolamento social ocasionado pelo Covid-19, foram necessários desvios no protocolo pré-estabelecido, onde a metodologia da intervenção, que inicialmente era constituída por cinco consultas presenciais, foi readaptada ao contexto da pandemia, sendo realizadas três consultas presenciais e três por via telefônica.

Na primeira consulta presencial com o GI, que teve duração média de uma hora e 20 minutos, foram seguidos os quatro primeiros passos da Técnica dos cinco A's referentes à: 1) avaliação dos comportamentos atuais de saúde; 2) aconselhamento; 3) acordo; e 4) assistência para elaboração de um plano de cuidados individualizado¹²⁻¹³.

O passo cinco – Acompanhamento – foi implementado a parit da segunda consulta de enfermagem, objetivando apoiar o processo de mudança de comportamentos, de maneira a reconhecer precocemente as situações difíceis, a manejar recaídas e buscar soluções¹². Novas aferições das medidas antropométricas e da PA foram feitas nos encontros presenciais. Com o encerramento da intervenção, que teve duração total de seis meses, foi realizado um levantamento sobre as metas alcançadas.

Durante todo o período da intervenção, o GC não recebeu nenhum tipo de assistência pela pesquisadora, seguindo o acompanhamento habitual do enfermeiro da ESF, que consistia na aferição da PA e das medidas antropométricas, bem como orientações em saúde sobre hábitos de vida saudáveis realizadas durante a consulta de rotina do serviço de atenção básica. Depois da conclusão do protocolo de intervenção, ambos os grupos de estudo foram reavaliados quanto aos parâmetros antropométricos e de pressão arterial, com reaplicação dos instrumentos de coleta, além de novos exames laboratoriais.

O processamento e análise dos dados foram realizados com o auxílio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25.0. Foi utilizada estatística descritiva, através de médias, medianas, frequências absolutas e relativas. A correlação entre as variáveis foi baseada na distribuição de normalidade dos dados avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov, sendo utilizados os testes T de Student e Mann-Whitney para amostras independentes e os testes t-pareado e Wilcoxon para amostras relacionadas. Para correlação das variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. Foi considerado um nível de significância $p \leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE com parecer 3.113.712.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 100 participantes classificados como risco cardiovascular intermediário. Contudo, no decorrer do processo de alocação, 13 indivíduos foram excluídos conforme explicitado na Figura 1. Assim, 87 participantes integraram a amostra e foram randomizados nos grupos controle e intervenção. Durante o seguimento de seis meses, que coincidiu com o período de pandemia do Covid-19, houve perdas nos grupos por motivos de mudança de endereço e contato telefônico, desistência de participação na pesquisa e falecimento.

Ao término do ECR, um total de 78 participantes concluiu todas as fases do protocolo de pesquisa, distribuídos em 40 no GI e 38 no GC. Não foi relatado e nem observado pela pesquisadora nenhum efeito colateral que pudesse ser associado à intervenção desenvolvida, visto seu caráter de educação em saúde.

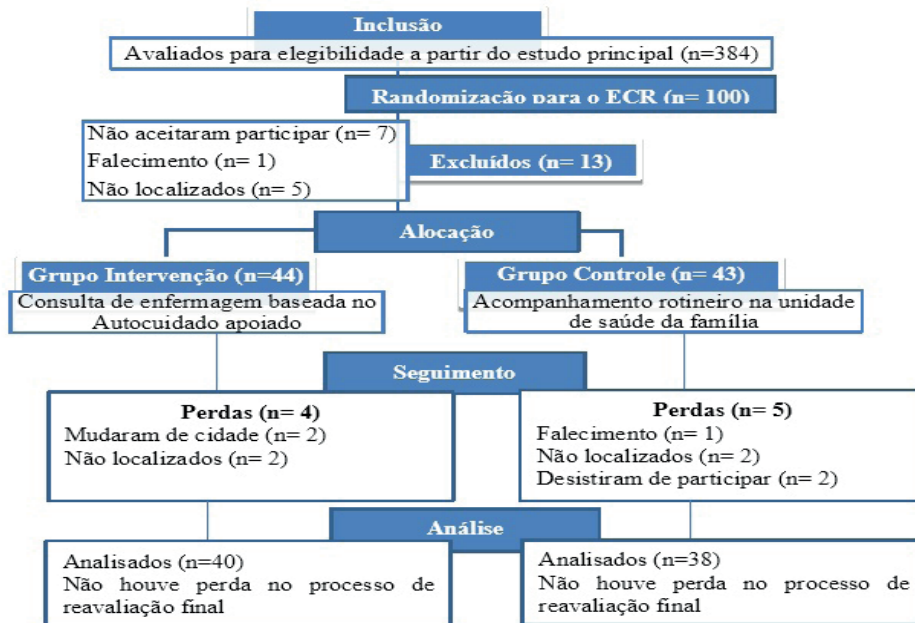


Figura 1 - Fluxograma de alocação e perda dos participantes do estudo. Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2020

Fonte: Adaptado do CONSORT (2010).

Na Tabela 1, é possível visualizar as características correspondentes aos dados sociodemográficos e econômicos dos participantes. Observa-se homogeneidade entre os grupos, ambos com predominância de pessoas do sexo feminino, de cor branca, vivendo em união estável, sem profissão ou ocupação, com ensino fundamental incompleto e renda \leq três salários-mínimos. Houve maior representação de adultos de meia-idade no grupo intervenção e de idosos no grupo controle, sem relevância estatística.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e econômica dos grupos de estudo; (n= 78). Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2020

VARIÁVEIS	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p
	n (%)	n (%)	
Idade			
18 a 39 anos	6 (15,0)	2 (5,3)	0,19
40 a 59 anos	23 (57,5)	15 (39,5)	
\geq 60 anos	11 (27,5)	21 (55,3)	
Sexo			
Feminino	33 (82,5)	31 (81,6)	0,36
Masculino	7 (17,5)	7 (18,4)	
Cor/Raça			

Preta	5 (12,5)	6 (15,8)	0,61
Branca	22 (55,0)	20 (52,6)	
Parda	13 (32,5)	12 (31,6)	
Estado Civil			
Solteiro	4 (10,0)	4 (10,5)	0,83
Vive com cônjuge/companheiro	27 (67,5)	23 (60,5)	
Viúvo (a)	4 (10,0)	8 (21,1)	
Separado (a)	5 (12,5)	3 (7,9)	
Profissão/Ocupação			
Sem profissão/ocupação	25 (62,5)	26 (68,4)	0,32
Trabalhadores intelectuais e científicos	0 (0,0)	1 (2,6)	
Profissionais de nível médio	4 (10,0)	2 (5,3)	
Trabalhadores dos serviços gerais e vendedores	6 (15,0)	6 (15,8)	
Trabalhadores da indústria e agricultura	5 (12,5)	3 (7,9)	
Renda individual			
Sem renda	8 (20,0)	1 (2,6)	0,66
1 a 2 salários	9 (22,5)	10 (26,3)	
2 a 3 salários	22 (55,0)	26 (68,4)	
3 a 4 salários	1 (2,5)	1 (2,6)	
Escolaridade			
Analfabeto	6 (15,0)	3 (7,9)	0,33
Ensino Fundamental Completo	1 (2,5)	1 (2,6)	
Ensino Fundamental Incompleto	17 (42,5)	23 (60,5)	
Ensino Médio completo	5 (12,5)	5 (13,2)	
Ensino Médio incompleto	5 (12,5)	1 (2,6)	
Ensino Superior Completo	3 (7,5)	3 (7,9)	
Ensino Superior Incompleto	1 (2,5)	0 (0,0)	
Curso profissionalizante	2 (5,0)	2 (5,3)	

Fonte: dados de pesquisa, 2020.

A comparação entre o perfil nutricional, apresentado na Tabela 2, evidencia melhora nos resultados das variáveis antropométricas, antes e depois da consulta de enfermagem aplicada, apontando uma redução estatisticamente significativa nos valores do peso, CA, RCQ e IMC no GI. O GC não sofreu alterações nas medidas dessas variáveis, mantendo um perfil nutricional similar ao da avaliação inicial.

Tabela 2 - Análise comparativa do perfil nutricional dos grupos de estudo antes e depois da intervenção; (n= 78). Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2020

VARIÁVEIS	Grupo Intervenção		p	Grupo Controle		p
	Antes	Depois		Antes	Depois	
Peso	*69,9 (44-131)	*69,0 (45-114)	0,01	*70,1 (45-117)	*70,4 (46-120)	0,83
Circunferência abdominal	**97,2 ±11,4	**93,3 ±10,7	<0,01	**97,0 ±12,2	**95,8 ±10,7	0,11
Circunferência do pescoço	**35,0 ±3,36	**34,8 ±3,58	0,46	35,5* (31-44)	*35,5 (32-45)	0,15
Relação Cintura/Quadril	**0,96 ±0,08	**0,92 ±0,08	<0,01	**0,95 ±0,09	**0,94 ±0,09	0,32
Índice de Massa Corporal	*27,7 (21-46)	*26,9 (21-41)	<0,01	*28,3 (19-43)	*29,0 (18-39)	0,61

Fonte: dados de pesquisa, 2020.

Nota: *Resultados apresentados como mediana e intervalo mínimo e máximo (teste não paramétrico de Wilcoxon). **Resultados apresentados como média e desvio-padrão (teste T de Student para amostras pareadas).

Com relação ao perfil lipídico exposto na Tabela 3, não foram encontradas nenhuma mudança estatística no GI com o aconselhamento baseado na técnica dos cinco A's, embora seja percebida uma melhora não significativa nas taxas de LDL, HDL e triglicerídeos. Ao mesmo tempo, o GC demonstrou aumento significativo nos valores de triglicerídeos ($p=0,03$) e piora não significativa ($p > 0,05$) no colesterol total e LDL.

A glicemia de jejum (Tabela 3) elevou significativamente ($p < 0,01$) para ambos os grupos estudados, comparando-se o antes e depois. O perfil metabólico dos participantes, representado pela resistência insulínica, não obteve diferença estatística após seis meses de acompanhamento no GI. Contudo, no GC houve elevação relevante no percentual de indivíduos com Síndrome Metabólica (SM) ($p < 0,01$), evidenciando aumento dos fatores de risco cardiovascular para esse grupo.

Tabela 3 - Análise comparativa do perfil lipídico, glicêmico e metabólico dos grupos de estudo antes e depois da intervenção; (n= 78). Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2020

VARIÁVEIS	Grupo Intervenção		p	Grupo Controle		p
	Antes	Depois		Antes	Depois	
Glicemia de jejum	*78,5 (70-163)	*90,0 (80-130)	<0,01	*79,5 (70-150)	*89,0 (72-139)	<0,01
Colesterol Total	**156,7 ±32,7	**156,5 ±33,9	0,97	**152,8 ±27,2	**153,9 ±32,2	0,83
Triglicerídeos	*122,2 (89-258)	*124,5 (74-248)	0,99	**123,8 ±20,0	**141,8 ±32,3	0,03
Colesterol - LDL	**87,2 ±31,3	**83,3 ±32,0	0,44	*78,5 (32-167)	*82,0 (40-121)	0,82
Colesterol - HDL	*42,0 (40-54)	*43,0 (40-58)	0,11	*43,0 (33-58)	*44,0 (40-54)	0,12
Síndrome Metabólica***						

Presença	7 (17,5)	12 (30,0)	0,18	3 (7,9)	16 (42,1)	0,01
Ausência	33 (82,5)	28 (70,0)		35 (92,1)	22 (57,9)	

Fonte: dados de pesquisa, 2020.

Nota: *Resultados apresentados como mediana e intervalo mínimo e máximo (teste não paramétrico de Wilcoxon). **Resultados apresentados como média e desvio-padrão (teste T de Student para amostras pareadas). *** Resultados apresentados como números absolutos e relativos – N (%).

Os dados referentes ao perfil pressórico, indicados na Tabela 4, expressaram melhora significativa dos níveis de pressão arterial no GI no momento final do estudo, com percentual de controle da doença atingindo 80,0% em comparação aos 50,0% da fase inicial. Esse resultado possibilitou a reclassificação dos indivíduos para um estágio mais leve da doença (estágio de pré-hipertensão), zerando os percentuais dos estágios dois e três (formas mais graves). Ao contrário, no GC, o comportamento pressórico se mostrou ascendente, com elevação no percentual de PA não controlada, sendo visualizado também um aumento significativo da pressão de pulso ($p < 0,01$) durante a avaliação final.

Tabela 4 - Perfil pressórico dos grupos intervenção e controle nos momentos de avaliação antes e depois do seguimento; (n= 78). Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2020

VARIÁVEIS	Grupo Intervenção		p	Grupo Controle		p
	Antes	Depois		Antes	Depois	
Controle da pressão arterial						
Controlada	20 (50)	32(80)	<0,01*	26 (68,4)	22 (57,9)	0,34*
Não controlada	20 (50)	8 (20)		12 (31,6)	16 (42,1)	
Estágio da doença						
Normal	7 (17,5)	8 (20)	0,02	10 (26,3)	4 (10,5)	0,20
Pré-hipertenso	12 (30)	24(60)		19 (50)	19 (50)	
Estágio I	16 (40)	8 (20)		9 (23,7)	12 (31,6)	
Estágio II	2 (5)	0 (0)		0 (0)	2 (5,3)	
Estágio III	3 (7,5)	0 (0)		0 (0)	1 (2,6)	
Pressão de pulso	¥47,6 ±12,9	¥48,1 ±9,86	0,80	¥44,9 ±12,5	¥49,6 ±11,5	0,01

Fonte: dados de pesquisa, 2020.

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson para associação de porcentagens. □Resultados apresentados como mediana e intervalo mínimo e máximo (teste não paramétrico de Wilcoxon). ¥Resultados apresentados como média e desvio-padrão (teste T de Student para amostras pareadas).

DISCUSSÃO

Os dados apresentados demonstram efeitos positivos da consulta de enfermagem baseada no autocuidado apoiado em relação aos perfis pressórico e cardiometabólico de hipertensos quando comparado ao acompanhamento habitual realizado pelo enfermeiro nas unidades de saúde da família. A análise estatística aponta redução na antropometria dos participantes com consequente melhora do perfil nutricional, embora os níveis alcançados não refiram diminuição nos pontos de corte para risco cardiovascular.

Esses resultados coadunam com relatos da literatura, onde o aconselhamento com uso da técnica dos cinco A's, pode contribuir para a perda média de 5,4 kg em gestantes, reduzindo para menos de 76% as chances de ganho de peso excessivo na gravidez ($p < 0,01$)⁽¹⁴⁾. Benefícios também foram identificados em 35 mulheres obesas, que mostraram perda estatisticamente significativa de 2,7 kg, 2,18 cm no tamanho da cintura e reduziram seu IMC em 0,34 pontos ao longo de oito semanas¹⁵. Eficácia na promoção da perda de peso também foi observada entre homens idosos com hipertensão assistidos na atenção primária¹⁶.

Pesquisadores acreditam que programas de treinamento profissional para ensino do autocuidado apoiado configura meio oportuno para estruturar as orientações de mudanças no excesso de peso por meio de um aconselhamento breve e personalizado¹⁷. A implementação dos cinco A's nas consultas de saúde proporciona maior tendência na elaboração de planos terapêuticos em torno das preferências dos pacientes, menor imposição de condutas e aumento das interações colaborativas entre enfermeiros, nutricionistas e profissionais de saúde mental¹⁸.

No que se refere ao perfil lipídico, o autocuidado apoiado não promoveu mudanças estatísticas no GI. A glicemia de jejum se elevou no GI durante a avaliação final, apesar de ainda manter-se dentro dos limites aceitáveis (< 100 mg/dl), aumento também observado no GC. Dados divergentes indicam que a técnica dos cinco A's aplicada em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 reduziu significativamente em 1,5% a média da hemoglobina glicada, bem como o percentual de colesterol total, LDL, ureia e taxa de filtração glomerular (TFG). Esses achados foram considerados como relevantes do ponto de vista clínico, interferindo no prognóstico da doença. No grupo que não recebeu a intervenção, a maioria das mudanças foi negativa, com aumento nos valores do peso, CA, colesterol total e TFG¹⁹.

Meta-análise de ensaios randomizados com pacientes diabéticos também ratificou os efeitos positivos dos programas de autogerenciamento das doenças crônicas, com redução da hemoglobina glicada e da pressão arterial sistólica e contribuindo para a obtenção de melhoria nas estratégias de gestão dos quadros clínicos quando comparado aos indivíduos assistidos pelos cuidados tradicionais, norteados por orientações simples, sem técnica sistematizada e sem o compartilhamento de metas e ações²⁰⁻²¹.

Com relação ao perfil metabólico, houve ligeiro aumento no percentual de SM no GI, porém, sem relevância estatística. Já no GC, houve incremento significativo na presença de SM, com agravamento da resistência insulínica corroborado pelo aumento nos valores dos triglicérides e colesterol.

A SM tem particularidade especial no contexto das doenças cardiovasculares por sua carga de alterações clínicas relacionadas ao metabolismo da glicose, disfunção endotelial e dano tecidual generalizado. A prevalência de SM na população chega a percentuais de 46,3%, especialmente no sexo feminino e nas pessoas com excesso de peso²¹⁻²³.

Embora as contribuições do autocuidado apoiado sobre a SM ainda não estejam bem explicitadas, meta-análise de 48 estudos que empregou aconselhamento breve e entrevista motivacional concluiu que houve aumento em 55% das chances de se produzir resultados satisfatórios em relação às intervenções tradicionais (Odds Ratio 1,55; $p < 0,01$).

Os efeitos encontrados se mostraram duráveis em longo prazo para uma série de fatores de risco, incluindo peso corporal, glicemia de jejum, colesterol-HDL e tabagismo²⁴⁻²⁵.

Dentre os resultados mais importantes obtidos na presente pesquisa estão os efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico. Após o seguimento no GI, houve aumento importante nos índices de controle da doença, onde 80,0% dos pacientes atingiram meta pressórica ideal. As ações implementadas deslocaram os indivíduos dos estágios mais graves para o estágio mais leve da doença.

No GC, o número de pessoas com pressão não controlada subiu de 31,6% para 42,1%, com respectivo aumento no percentual de sujeitos classificados nos estágios mais avançados. A pressão de pulso nesse grupo teve incremento significativo, ampliando o risco de rigidez das grandes artérias e de doença arterial coronariana.

A problemática do descontrole pressórico surge como uma questão preocupante na saúde pública no país, onde revisões bibliográficas revelam que o índice mais elevado de controle da PA corresponde a 57,6%, alternando entre 20,0% e 30,7% nos pacientes assistidos pela ESF²⁶. A difícil manutenção da PA dentro dos parâmetros desejáveis contribui para alterações microvasculares já no diagnóstico, cursando com aceleração da aterosclerose, redução da elasticidade e capacidade de regeneração vascular, sendo esse o mecanismo inicial de quase todas as complicações cardiovasculares²⁷.

Em vista dos dados apontados pela literatura, os resultados encontrados são valorosos por demonstrarem um impacto substancial do autocuidado apoiado no controle da doença hipertensiva, representando uma alternativa com potencial resolutivo sobre os entraves no tratamento da doença e de suas sequelas no contexto da atenção básica. Os dados se revelam ainda mais impactantes quando se avalia o contexto de pandemia vivenciado, onde mesmo com todos os fatores intervenientes relacionados ao isolamento e distanciamento social, o GI obteve resultados clínicos favoráveis em boa parte das variáveis investigadas.

Ensaio clínico randomizado realizado com 60 idosos hipertensos no Irã, após 12 semanas da oferta de um programa de autogestão baseado no modelo dos cinco A's, referiu aumento significativo nos escores de autoeficácia e gerenciamento de doenças crônicas, melhorando o controle da pressão arterial¹⁶. É pertinente esclarecer que o aumento nos percentuais de controle da hipertensão pode também ter sido influenciado pela diminuição no peso, IMC, CA e RCQ acima referidos no GI, ratificando a assertiva de que uma perda de peso corporal de 5% pode cursar com uma diminuição de 20 a 30% nos níveis pressóricos, mesmo quando o IMC ainda permanece alterado¹⁰.

Em suma, o aconselhamento dos cinco A's tem se mostrado eficaz para auxiliar os pacientes a modificarem fatores de risco e eventos mórbidos, produzindo evidências relevantes nos aspectos biológicos, comportamentais e terapêuticos²⁵. As consultas de saúde, tipicamente utilizadas nos serviços assistenciais, adquirem uma nova roupagem, onde o paciente passa a ser o cuidador principal do seu tratamento, escolhendo e tomando decisões sobre como administrar sua saúde em longo prazo e no contexto de suas particularidades de vida. O profissional passa a orientar e oferecer suporte à mudança ao invés de tentar obrigá-la^{8,9,25}.

Os benefícios apresentados não excluem as limitações desse trabalho, no qual as maiores dificuldades foram referentes ao recrutamento dos participantes nas fases iniciais da pesquisa, em detrimento da pouca demanda de hipertensos nas unidades de saúde; à resistência de alguns indivíduos em iniciar mudanças de hábitos de vida; à necessidade de reestruturação do formato metodológico das consultas para se adaptar ao momento histórico de pandemia mundial; à perda de participantes durante esse período, que não conseguiram ser contatados para as consultas telefônicas, além do curto tempo de acompanhamento da intervenção que teve duração de apenas seis meses.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, pode-se afirmar que os resultados apresentados confirmam a hipótese levantada por esse estudo. O autocuidado apoiado mostrou efeitos positivos sobre os comportamentos em saúde das pessoas com hipertensão, provendo a redução das medidas antropométricas no GI, e melhorando o percentual de controle da pressão arterial.

Dessa forma, o presente estudo traz subsídios para mudanças na forma de organizar, planejar e implementar o cuidado de enfermagem para pacientes hipertensos e acompanhados pela ESF. O estabelecimento de metas terapêuticas concretas, palpáveis e realistas, proporcionado pelo autocuidado apoiado, mostrou-se ferramenta útil e factível que pode ser implementada na assistência à demanda programada, de maneira a ampliar a eficiência dos resultados sanitários sobre o manejo da hipertensão.

REFERÊNCIAS

01. World Health Organization. Global Health Estimates 2016: deaths by cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva: WHO; 2020.
02. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: 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 2019. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.
03. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2021 [acesso em 21 jun 2020]; 116(3): 516-658. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
04. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 02 jul 2020]. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/PNS%202013%20Percep%C3%A7%C3%A3o%20do%20estado%20de%20sa%C3%BAde%20estilos%20de%20vida%20e%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas.pdf>.
05. Rêgo AS, Laqui VS, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR, Radovanovic CAT. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018. [acesso em 10 abr 2020]; 1(23): e54087. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54087>.
06. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: Modo de acesso: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto hipertensao_arterial.pdf.
07. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. London: Lancet [Internet]. 2012 [acesso em 07 mar 2020]; 16(379): 2252-61. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60480-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60480-2).
08. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso em 07 nov 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

09. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 07 nov 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
10. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7 Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bra. Cardiol. [Internet]. 2016 [acesso em 11 dez 2019]; 107(3 supl. 3): 1-104. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.
12. Cavalcanti AM, Tosin EV, Jesus CS de, Correa LB, Adam GP, Moraes SG, et al. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. [Internet]. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2012 [acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/70672353/autocuidado-apoiado-manual-profissional-de-saude-ana-cavalcanti>.
13. Volpi AC, Moreira A de JS, Schlotag AC, Allegretti AC, Cavalcanti AM, Oliveira ACL de, et al. Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. [Internet]. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2012 [acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/novas-tecnologias-para-manejo-das-condic%cc%a7o%cc%83es-cro%cc%82nicas-autocuidado-caderno-de-exercicio.pdf>
14. Cole KOW, Gudzone KA, Bleich SN, Bennett WL, Cheskin LJ, Henderson JL, et al. Influence of the 5A's counseling strategy on weight gain during pregnancy: an observational study. J Women Health. [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2020]; 26(10): 1123-1130. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/jwh.2016.6115>.
15. Baer J. Losing Weight with Five A's (5 A's): assess, advise, agree, assist, Arrange framework and Motivational Interviewing (MI) for health behavior change counseling. [Doctoral dissertation]. [Internet]. University of South Carolina; 2017 [acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: <https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5026&context=etd>.
16. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. Nurs Midwifery Stud. [Internet]. 2019 [acesso em 03 maio 2020]; 8(1): 21-7. Disponível em: http://doi.org/10.4103/nms.nms_97_17.
17. Pollaka KI, Tulsy JA, Bravender T, Østbye T, Lyna P, Dolor RJ, et al. Teaching primary care physicians the 5 A's for discussing weight with overweight and obese adolescents. Patient. Educ. Couns. [Internet]. 2016 [acesso em 04 maio 2020]; 99(10): 1620–25. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.pec.2016.05.007>.
18. Asselin J, Salami E, Osunlana AM, Ogunleye AA, Cave A, Johnson JA, et al. Impact of the 5As Team study on clinical practice in primary care obesity management: a qualitative study. CMAJ OPEN [Internet]. 2017 [acesso em 05 maio 2020]; 5(2): E322-E329. Disponível em: <http://doi.org/10.9778/cmajo.20160090>.
19. Teston EF, Arruda GO de, Sales CA, Serafim D, Marcon SS. Consulta de enfermagem e controle cardiometabólico de diabéticos: ensaio clínico randomizado. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 06 maio 2020]; 70(3): 492–98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0352>.
20. Pimouguet C, Goff M Le, Thiébaud R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. CMAJ OPEN [Internet]. 2011 [acesso em 02 jun 2020]; 183(2): 115–27. Disponível em: <http://doi.org/10.1503/cmaj.091786>.
21. Neves CVB, Mambrini JV de M, Torres KCL, Teixeira-Carvalho A, Martins-Filho AO, Lima-Costa MF, et al. Associação entre síndrome metabólica e marcadores inflamatórios em idosos residentes na comunidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso em 02 jun 2020]; 35(3): e00129918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129918>.
22. Lira Neto JCG, Oliveira JF de SF, Souza MA de, Araújo MFM de, Damasceno MMC, Freitas RWJF de. Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 04 maio 2020]; 27(3): e3900016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003900016>.

23. Timóteo AT, Carmo MM, Soares C, Ferreira RC. Será a síndrome metabólica um marcador de prognóstico em doentes com elevado risco cardiovascular? Um estudo de coorte a longo-prazo. Rev. Port. Cardiol. [Internet]. 2019 [acesso em 26 maio 2020]; 38(5): 325-32. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.repc.2018.06.012>.

24. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient. Educ. Couns. [Internet]. 2013 [acesso em 04 set 2020]; 93(2): 157–68. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>.

25. Murphy KM, Mash R, Malan Z. The case for behavioural change counselling for the prevention of NCDs and improvement of self-management of chronic conditions. South African Family Practice [Internet]. 2016 [acesso em 05 set 2020]; 58(6): 249-52. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/20786190.2016.1187885>.

26. Pinho N de A, Pierin AMG. Hypertension Control in Brazilian Publications. São Paulo: Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2013 [acesso em 10 maio 2020]; 101(3): e65-e73. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20130173>.

27. Santos JC dos, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 08 abr 2020]; 46(5): 1125-1132. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500013>.

EFEITOS DO AUTOCUIDADO APOIADO SOBRE O PERFIL PRESSÓRICO E CARDIOMETABÓLICO DE HIPERTENSOS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

RESUMO:

Objetivo: verificar os efeitos do autocuidado apoiado sobre o perfil pressórico e cardiometabólico de hipertensos. Método: ensaio clínico randomizado desenvolvido com 78 hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB - Brasil. A intervenção consistiu na aplicação de consultas de enfermagem baseadas no autocuidado apoiado. O grupo controle seguiu com o acompanhamento habitual da equipe de saúde. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico, análise de sangue, verificação da pressão arterial e das medidas antropométricas. Resultados: houve redução do peso, da circunferência abdominal, da relação cintura/quadril e do Índice de Massa Corporal no grupo intervenção, com melhora significativa da pressão arterial. Nenhuma melhora significativa foi visualizada no grupo controle. Conclusão: o autocuidado apoiado mostrou efeitos positivos sobre o perfil pressórico e cardiometabólico dos participantes, minimizando fatores de risco e configurando uma metodologia com potencial promissor quando aplicada pelo enfermeiro. REBEC - RBR-5m5qg8. DESCRITORES: Hipertensão Arterial; Autocuidado; Fatores de Risco Cardiometabólico; Perfil de Saúde; Consulta de Enfermagem.

EFFECTOS DEL AUTOCUIDADO APOYADO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL PERFIL CARDIOMETABÓLICO DE LOS HIPERTENSOS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO

RESUMEN:

Objetivo: verificar los efectos del autocuidado apoyado en la presión arterial y el perfil cardiometabólico de los pacientes hipertensos. Material y método: ensayo clínico aleatorio desarrollado con 78 pacientes hipertensos controlados por la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Cajazeiras - PB - Brasil. La intervención consistió en la aplicación de consultas de enfermería basadas en el autocuidado apoyado. El grupo de control siguió con el control habitual del equipo sanitario. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, análisis de sangre, presión arterial y mediciones antropométricas. Resultados: hubo una reducción del peso, la circunferencia abdominal, la relación cintura/cadera y el índice de masa corporal en el grupo de intervención, con una mejora significativa de la presión arterial. No se observó ninguna mejora significativa en el grupo de control. Conclusión: el autocuidado apoyado mostró efectos positivos sobre la presión arterial y el perfil cardiometabólico de los participantes, minimizando los factores de riesgo y configurando una metodología con un potencial prometedor cuando es aplicada por las enfermeras. REBEC - RBR-5m5qg8. DESCRIPTORES: Hipertensión; Autocuidado; Factores de Riesgo Cardiometabólico; Perfil de Salud; Enfermería de Consulta.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado "Consulta de enfermagem baseada no autocuidado apoiado em usuários com Hipertensão Arterial acompanhados na Estratégia Saúde da Família". Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba, Recife, PE, Brasil, 2020".

Recebido em: 14/09/2021

Aprovado em: 16/03/2022

Editora associada: Maria Helena Barbosa

Autor Correspondente:

Janaíne Chiara Oliveira Moraes

Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba

Rua Fausto Rolim, 156. Bairro: Capoeiras. Cajazeiras, Paraíba, Brasil. CEP: 58900-000.

E-mail: janainechiara@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - Moraes JCO; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - Moraes JCO, Bezerra SMM da S; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - Moraes JCO; Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).