



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

**JOÃO VICTOR ARAÚJO DE OLIVEIRA**

**TAXA DE ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS RESISTENTES  
APARENTES A MEDIDAS DE MANEJO DE MASSA CORPÓREA DE  
ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA H-SCALE EM UM AMBULATÓRIO  
DOCENTE-ASSISTENCIAL**

**Salvador - BA**

**2023**

**JOÃO VICTOR ARAÚJO DE OLIVEIRA**

**TAXA DE ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS RESISTENTES  
APARENTES A MEDIDAS DE MANEJO DE MASSA CORPÓREA DE  
ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA H-SCALE EM UM AMBULATÓRIO  
DOCENTE-ASSISTENCIAL**

Trabalho de conclusão de curso de autoria de João Victor Araújo de Oliveira, apresentado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial à aprovação no 4<sup>o</sup> ano de Medicina.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Constança Margarida Sampaio Cruz.

Salvador

2023

**JOÃO VICTOR ARAÚJO DE OLIVEIRA**

**TAXA DE ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS RESISTENTES  
APARENTES A MEDIDAS DE MANEJO DE MASSA CORPÓREA DE  
ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA H-SCALE EM UM AMBULATÓRIO  
DOCENTE-ASSISTENCIAL**

Trabalho de conclusão de curso de autoria de João Victor Araújo de Oliveira, apresentado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial à aprovação no 4º ano de Medicina.

Data de aprovação:

**Banca Examinadora**

---

Nome do 1º componente da banca

Titulação / Instituição

---

Nome do 2º componente da banca

Titulação / Instituição

---

Nome do 3º componente da banca

Titulação / Instituição

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus e a todos os meus guias espirituais que tantas vezes me mantiveram de pé quando minha fé em mim mesmo falhou. Dedico ainda este projeto a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte dessa caminhada. Aos meus amados pais e irmã que, mais do que qualquer pessoa, me emprestaram as suas pernas para andar e seus ombros para chorar. Aos meus avós, Chico, Huda, Nelson e Lourdes pelo amor incondicional e por serem sempre o meu maior incentivo para retornar ao seio da família. Aos meus primos Igor, Miltinho e Paulo, pela irmandade e por todo auxílio prestado até aqui. Aos meus tios Milton, Bilu, Dinda, Necinha e Nel, por tanto acolhimento, carinho e atenção comigo e com os meus sonhos. Aos meus amigos, Amanda, Helena, Ian, Luisa, Marina e Matheus por serem meu coração fora do peito, as melhores pessoas que a vida poderia ter colocado no meu caminho, que por tantas vezes ouviram meus desabafos e acabaram por se tornar a primeira família que constituí nessa longa e dura jornada do adultescer. À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Constança Margarida, pela paciência, pelas oportunidades proporcionadas e pela confiança depositada em minha dedicação e neste projeto. Ao professor Luiz Ritt por depositar sua boa fé nesta parceria entre nosso grupo de pesquisa e o ambulatório de cardiologia, a qual beneficiou diversos alunos e incontáveis pacientes, e aos professores Marcos Barojas e Marcus Andrade por dividirem comigo tanto conhecimento. Aos colegas do grupo de pesquisa de injúria renal e doença cardiovascular, especialmente Brunaaaa, Gabriel e Gabriela, sou muito grato por todos os ensinamentos e por termos crescido tanto juntos. Aos queridos pacientes do ADAB pela disponibilidade e gentileza ao participar deste estudo e também às enfermeiras do ambulatório de cardiologia, Karla, Paty e Thaís pela amizade, risadas e por tornar todo este processo mais fácil e prazeroso.

Por fim, dedico ao meu menino interior um agradecimento. Estamos mais perto de conquistar aquilo que sonhamos há muitos anos, quando naquela tarde o anjo da guarda sussurrou em seu ouvido: você será médico!

A todos, o meu muito obrigado!

## RESUMO

*Oliveira, J. V. A. Taxa de adesão de pacientes hipertensos resistentes aparentes a medidas de manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da h-scale em um ambulatório docente-assistencial. 2023;*

**Introdução:** os fatores sociodemográficos são de inegável importância no campo da saúde, pois afetam os hábitos, oportunidades e estilo de vida dos cidadãos. Essa interação está exposta em estudos que apontam que a cor branca e alta renda e escolaridade estão associadas a hábitos mais saudáveis. Portanto, é possível que determinados estratos sociais tenham mais dificuldade para aderir a hábitos de autocuidado em saúde. **Objetivo** Estimar a adesão de pacientes hipertensos resistentes aparentes às medidas de manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da H-SCALE. **Método:** Este estudo observacional descritivo de corte transversal foi realizado através da inclusão de pacientes hipertensos resistentes aparentes atendidos entre 01/01/2020 e 31/12/2022. Os pacientes foram submetidos a 10 perguntas da H-Scale relacionadas a manejo de massa corpórea e precisavam pontuar 40 pontos ou mais para serem considerados aderentes às medidas. Além disso, todos os pacientes responderam um questionário de avaliação sociodemográfica. Foram excluídos pacientes que estavam em investigação para hipertensão secundária ou tinham dados incompletos no prontuário. **Resultados:** o paciente médio deste estudo tem  $62,50 \pm 11,9$  anos de idade, é preto ou pardo (95,9%), tem uma renda familiar inferior a um salário mínimo por pessoa (66,6%) e não concluiu o ensino médio (70,9%). Dos 24 pacientes avaliados, 13 (54%) foram aderentes às medidas de manejo de massa corpórea segundo os critérios da H-Scale com adesão de 55% das mulheres e 50% dos homens. O score médio dos pacientes foi de  $39,62 \pm 5,99$ . **Conclusões:** a adesão global dos pacientes portadores de hipertensão arterial resistente aparente atendidos em ambulatório docente-assistencial às medidas de manejo de massa corpórea segundo os critérios da H-Scale foi de 54% (13 pacientes). 6 pacientes (25%) obtiveram pontuação próxima, mas abaixo do limite - subaderidos – e 5 pacientes (21%) apresentaram score de 35 pontos ou menos, cursando com pior adesão.

**Palavras-chave:** autocuidado, adesão, fatores sociodemográficos, hábitos de vida.

## ABSTRACT

*Oliveira, J. V. A. Taxa de adesão de pacientes hipertensos resistentes aparentes a medidas de manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da h-scale em um ambulatório docente-assistencial. 2023;*

**Introduction:** Sociodemographic elements play a relevant role on the health care field, since they affect the habits, opportunities and lifestyle of citizens. This relevance is described in studies which reveal that white skin color, high family income and a higher level of education are associated to healthier life habits. Thus, there are indications that certain social classes are less likely to adhere to selfcare health habits. **Objective:** To estimate the adhesion of apparent resistant hypertensive patients to weight management measures according to the H-Scale criteria. **Methods:** The present cross-sectional study with descriptive observational nature was accomplished through the inclusion of apparent resistant hypertensive patients who attended their health appointments at the ambulatory between January 1, 2020 and December 31, 2022. The subjects were asked 10 questions from the H-Scale regarding their body weight management and a score of 40 points or more was required for the patient to be considered adherent to the measures. In addition, every patient answered a sociodemographic assessment questionnaire. Patients who were being investigated for secondary hypertension or had incomplete medical records were excluded from the study. **Results:** The average patient of this study was  $62,50 \pm 11,9$  years old, had black or brown skin (95,9%), had a family income of less than a minimum wage per person (66,6%) and didn't graduate from high school (70,9%). Among the 24 patients who were assessed, 13 (54%) were adherent to body weight management measures according to the H-Scale's criteria and 55% of women and 50% of men were considered adherent. The patients mean score was  $39,62 \pm 5,99$ . **Conclusions:** The general adhesion of apparent resistant hypertensive patients who attended their health appointments at the ambulatory was 54% (13 patients). 6 patients (25%) scored close to, but just under the threshold – under-adhered – and 5 patients (21%) had a score of 35 points or less, showing the worst levels of adhesion.

**Key-words:** self-care, adhesion, sociodemographic factors, life habits.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAR	Hipertensão Arterial Resistente
HARA	Hipertensão Arterial Resistente Aparente
LOA's	Lesão de Órgãos Alvos
ECV's	Eventos Cardiovasculares
AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
BRA	Bloqueadores do Receptor AT1 da Angiotensina II
IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
OMS	Organização Mundial de Saúde
AHA	American Heart Association
PAVC	Pressão Arterial Verificada em Consultório
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
PAC	Pressão Arterial no Consultório

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:.....	9
2. OBJETIVOS:.....	11
3.1 Objetivo Primário: .....	11
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	12
4. MÉTODOS: .....	15
4.1 DESENHO DO ESTUDO: .....	15
4.2 POPULAÇÃO ACESSÍVEL: .....	15
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: .....	15
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: .....	15
4.5 CRITÉRIOS DE TRIAGEM DE HAR APARENTE:.....	16
4.6 AMOSTRA: .....	16
4.7 VARIÁVEIS DE INTERESSE .....	16
4.8 PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSSÃO.....	23
7. CONCLUSÕES.....	27
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	28
ANEXO 1.....	31



## 1. INTRODUÇÃO:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que consiste em uma elevação sustentada de níveis pressóricos  $\geq 140$  mmHg na Pressão Arterial Sistólica (PAS) e  $\geq 90$  mmHg na Pressão Arterial Diastólica (PAD) (1) Cerca de 35,8% dos brasileiros são portadores de HAS e apenas 53% dos acometidos apresentam níveis pressóricos adequados, estando o controle da pressão arterial (PA) associada ao sexo feminino, à etnia branca, a um maior nível de escolaridade e a maior renda familiar. (2) Dentre os pacientes com HAS, existe um grupo conhecido como portadores de hipertensão arterial resistente (HAR) cujos níveis pressóricos se mantêm acima da meta a despeito do uso de 3 ou mais medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes – idealmente incluindo um bloqueador do sistema renina-angiotensina, um inibidor de enzima conversora de angiotensina (IECA) ou um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), um bloqueador de canais de cálcio (BCC) de ação prolongada e um diurético tiazídico (DT) de longa duração em suas doses máximas toleradas, administradas com frequência e dosagem corretas além de adesão comprovada. Caso o paciente atinja o controle da PA após a adição de uma quarta droga, o mesmo será considerado hipertenso resistente controlado. (3,4)

A prevalência da HAR é estimada entre 15% e 30% dos indivíduos portadores de HAS. (5) A prevalência no Brasil é de 11,7% da população de hipertensos de acordo com estudo ReHOT. (6). Além disso, a HAR é mais prevalente em determinadas populações, como obesos, diabéticos, pacientes com síndrome metabólica, etilistas e afrodescendentes. Pacientes nessas condições, independentemente do controle ou descontrole de sua HAR, têm maior risco de lesão de órgão-alvo (LOA), maior risco cardiovascular e maior mortalidade em comparação com hipertensos controlados (4). Além disso, esses pacientes têm maior risco de sofrerem IAM, AVE, insuficiência cardíaca e doença renal crônica (DRC). (7)

Existe, ainda, um subgrupo que representa cerca de 1/3 dos resistentes conhecido como pseudorresistentes. (8) Pacientes pseudorresistentes, assim como os resistentes verdadeiros, fazem parte do grupo de portadores de hipertensão arterial resistente aparente (HARA), que são os indivíduos que se apresentam com controle pressórico insatisfatório durante esquema terapêutico aparentemente adequado. (9) Os 3 principais fatores causadores de pseudorresistência são: técnica inadequada de aferição da pressão, efeito do jaleco branco e não-adesão à terapia medicamentosa ou às mudanças no estilo

de vida, como adoção da prática de exercícios, redução do IMC e a adesão a uma dieta saudável. (10,11)

Nesse sentido, medidas como a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a monitorização residencial da PA (MRPA) auxiliam na confirmação do diagnóstico de HAR ou HARA – por averiguar se o descontrole pressórico se deve a fatores de confusão - bem como na avaliação do risco de complicações, como ECV's. Se os valores da PA se mantiverem acima da meta durante a monitorização de 24h e o esquema terapêutico estiver sendo adequada e comprovadamente seguido, pode-se afirmar que a HAR é verdadeira. (3,11)

A pesquisa em questão não se compromete com o diagnóstico exclusivo de HAR aparente, sendo analisados pacientes com suspeita clínica de HAR, o que engloba a aparente e a verdadeira, já que a principal causa de pseudorresistência é a não adesão aos fatores abordados no questionário H-scale, cujos detalhes figuram na revisão de literatura, como terapia medicamentosa, dieta hipossódica, prática de exercícios, abstinência alcoólica e tabágica e administração da massa corpórea.

**2. OBJETIVOS:**

**3.1 Objetivo Primário:** Estimar a adesão de pacientes hipertensos resistentes aparentes às medidas de manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da H-SCALE.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Entre as etnias com maior índice de descontrole da PA, pretos lideram com 49% dos portadores de HAS apresentando pressão arterial acima da meta, seguidos pelos pardos, com 38% dos portadores acima da meta e pelos brancos, dos quais 30% têm PA descontrolada, fato que representa uma disparidade notável entre diferentes etnias. Além disso, indivíduos com pós-graduação têm 21% mais sucesso no controle da pressão arterial do que aqueles que não completaram o segundo grau. Jankovic et al, sugere que a escolaridade incompleta é o fator socioeconômico mais importante para a saúde vascular (2)(24)

Outro fator que parece representar um importante papel no controle da PA é a renda familiar, pois cerca de 80% das complicações oriundas da HAS acontecem em países subdesenvolvidos. Nesse sentido, pacientes onde há menor renda familiar média apresentam maior dificuldade no acesso aos meios de controle dos níveis pressóricos, a despeito de estarem, frequentemente, cientes do diagnóstico de HAS. (12) Paradoxalmente, há uma maior facilidade, em países de grande potência econômica, no acesso a comidas de baixo valor nutricional, como *fast foods*, enquanto em países emergentes estes itens costumam ser artigos de luxo. Dessarte, países latino-americanos consomem com menos frequência esse tipo de alimento do que cidadãos de países como Estados Unidos e Reino Unido. Não obstante, a baixa renda média em países emergentes reduz não apenas o acesso a *fast foods*, mas também o acesso refeições regulares e saudáveis diárias. (14, 17, 18, 30)

Etnia, escolaridade e renda são fatores intrinsecamente ligados ao controle da PA e, conseqüentemente, estão associados à pseudorresistência. (2,13) Diferentes etnias e níveis de escolaridade estão socialmente determinadas a se relacionarem com mais frequência a níveis específicos de renda familiar. Combinados, esses elementos permitem ou dificultam o acesso a bens e serviços de saúde, bem como a melhores condições de moradia e ao conhecimento não apenas sobre as diferentes condições de saúde, mas também sobre hábitos de vida saudáveis. (14)

O acesso a acompanhamento em saúde, a disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos, e hábitos de vida como alcoolismo, dieta inadequada e falta de atividade física são conhecidos pelo seu impacto na epidemiologia da HAS. (15) Nesse sentido, a prática de exercícios físicos se faz mais frequente em indivíduos de maior escolaridade e

renda. (16) O mesmo vale para o acesso ao acompanhamento e a serviços de saúde e medicamentos (17,18)

Garantir que as principais causas de PA acima da meta não estão interferindo na avaliação da HAS do paciente é uma atitude indispensável não apenas para assegurar um acompanhamento de melhor qualidade, mas também para realizar o controle epidemiológico da doença. (2,10,11,13) Nesse sentido, o questionário H-Scale (Hypertension self-care activity level effects) - já validada em diversos estudos, inclusive em língua espanhola - figura como uma opção viável para avaliação de fatores imprescindíveis no controle da PA (19,20)

Os critérios da H-Scale são avaliados por uma escala de Likert a qual não é composta de perguntas, mas de afirmações com as quais o paciente deve responder se concorda ou não. As alternativas variam de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”, e os sujeitos de pesquisa pontuam de 1 a 5 de acordo com suas respostas - anexo 1. (27)

Fazendo uso do critério manejo de massa corpórea da H-Scale, foram encontradas adesões de 39,2% no Irã, 30% em estudo realizado na Carolina do Norte, EUA, 21,4% de adesão encontrada na Etiópia. (20,22,23) Já um estudo realizado com 310 pacientes hipertensos no Ceará indicou que 60% dos sujeitos de pesquisa praticavam pouco ou nenhum exercício físico. (25) Além disso, outro projeto realizado em Santa Catarina indicou que apenas 35% dos pacientes hipertensos internados na unidade haviam qualquer tipo de orientação nutricional e apenas 26% haviam sido orientados a realizar atividade física. (26)

A influência de fatores socioculturais pode afetar a adesão dos pacientes aos diferentes itens da escala, dado que hábitos domésticos, alimentares e estilo de vida variam bruscamente entre diferentes países. (30,31) Existe a possibilidade de que pacientes com baixo grau de escolaridade ou com problemas de acuidade visual relacionados à idade tenham maior dificuldade na leitura e interpretação do questionário, haja visto que o hipertenso médio tem 55 anos – idade na qual muitos indivíduos começam a perder acuidade visual - e a PA fora da meta costuma estar associada a menor nível educacional. (14, 33)

A H-Scale oferece uma oportunidade de avaliar diversos aspectos dos hábitos de vida dos pacientes hipertensos. A escala se debruça sobre fatores como adesão a terapia medicamentosa, tabagismo, alcoolismo, manejo de massa corpórea e outros, e a versão

completa possui cerca de 50 itens. O critério “manejo de massa corpórea”, escopo do presente estudo, conta com 10 itens relacionados a dieta ou exercício físico. (19,20)

Para ser considerado aderente aos critérios, o paciente precisa de 40 pontos ou mais no score de administração da massa corpórea. (20, 21)

#### **4. MÉTODOS:**

**4.1 DESENHO DO ESTUDO:** Estudo observacional descritivo de corte transversal que será realizado através da inclusão de pacientes hipertensos elegíveis conforme critérios de inclusão descritos a seguir.

**4.2 POPULAÇÃO ACESSÍVEL:** É composta por pacientes adultos que frequentam o Ambulatório Docente-Assistencial de Clínica Médica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, os quais são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sem plano de saúde privado e dependentes do referido sistema de saúde para ter acesso a medicações prescritas, cujo acesso é facilitado pela presença de uma farmácia na unidade.

A unidade ambulatorial presta o serviço de Atenção Secundária, caracterizado como de média complexidade e densidade tecnológica intermediária, em que são ofertados atendimentos especializados que dão suporte à Atenção Primária à Saúde.

**4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Serão incluídos no estudo pacientes com idade superior a 18 anos, diagnosticados com HAS, com pelo menos 6 meses de tratamento medicamentoso para hipertensão na referida unidade, que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que foram atendidos consecutivamente no ambulatório docente-assistencial de Clínica Médica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) no período de 1 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022.

**4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Serão excluídos os pacientes que não puderem ser submetidos ao questionário H-scale por não conseguirem comparecer ao ambulatório ou pela inviabilidade de serem contactados via telefone ou e-mail, e que apresentarem limitações psiquiátricas e/ou cognitivas graves. Também serão excluídos aqueles pacientes que apresentarem dados faltantes em relação aos critérios de triagem de HAR, conforme exposto no tópico seguinte.

#### **4.5 CRITÉRIOS DE TRIAGEM DE HAR APARENTE:**

1. PA de consultório (PAC) aferida para pacientes em consulta convencional seguindo orientações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, em que devem ser realizadas 3 medidas da PA com 1 a 2 minutos de intervalo entre elas. Medidas adicionais devem ser realizadas caso as duas primeiras leituras diferirem em  $>10$  mmHg. Assim, a PA do paciente é a média das duas últimas leituras, sendo considerada elevada com valores  $\geq 140/90$  mmHg.
2. Pacientes em teleatendimento devem apresentar dados de MRPA, sendo considerada a PA elevada aquela com valores  $\geq 130/80$  mmHg.
3. Apresentar valores elevados de PA acima da meta (vide itens 1 e 2) mesmo como uso concomitante de 3 anti-hipertensivos em suas doses máximas, incluindo um IECA ou BRA, um BCC de ação prolongada e um DT de longa ação, para suspeita clínica de HAR.

**4.6 AMOSTRA:** Amostragem não probabilística por conveniência, incluindo pacientes consecutivamente atendidos com diagnóstico ou suspeita de HAS no período de 1 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022 no ambulatório docente-assistencial da EBMSP.

#### **4.7 VARIÁVEIS DE INTERESSE:**

Sociodemográficas: idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade, salário mensal da família, índice de massa corporal (IMC).

A adesão do paciente às medidas de autocuidado e administração da massa corpórea será avaliada de acordo com os critérios da H-Scale. A escala conta com 10 itens sobre administração da massa corpórea – cujas respostas variam de 1 (discordo fortemente) até 5 (concordo fortemente) e configuram um score máximo de 50. (20,21)



#### **4.8 PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os dados foram coletados e armazenados através do formulário físico disponível no anexo 1 ou por meio da réplica eletrônica criada no aplicativo *google forms*. Estatística descritiva foi utilizada para cálculo de medidas de tendência central e de dispersão das variáveis estudadas. Os testes de Shapiro Wilk e de Kolmogorov-Smirnov foram utilizados a fim de checar o pressuposto de normalidade das variáveis quantitativas. As variáveis qualitativas foram expressas em N absoluto e porcentagem válida.

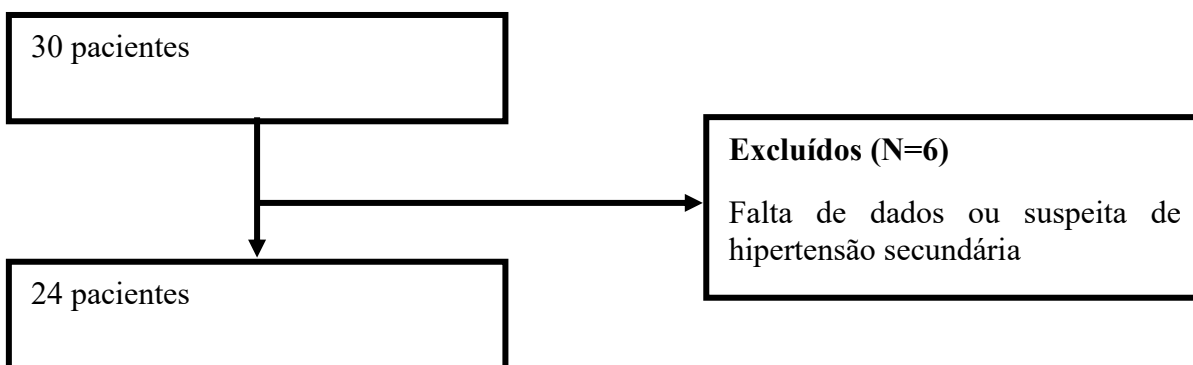
O cálculo do tamanho amostral foi feito baseado no estudo Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans de Warren et al realizado em 2011 (20) e foi realizado através do software Open EPI, com resultado  $n = 384$

A análise estatística dos dados coletados foi realizada por meio do software Statistical Package for Social Sciences, versão 14 para Windows (SPSS inc, Chicago, Il).

## 5. RESULTADOS

Os dados do presente estudo foram coletados entre outubro e novembro de 2022. Foram analisados 30 pacientes, dos quais, após critérios de exclusão, permaneceram no estudo 24 pacientes (figura 1).

**Figura 1 – Aplicação dos critérios de exclusão**



### Caracterização da amostra

As características sociodemográficas são demonstradas na tabela 1. O estudo conta com mais pacientes do gênero feminino (75%). A maioria dos pacientes é preto ou pardo (95,9%), não solteiro (59,4%), não concluiu o ensino médio (70,9%) e tem renda familiar per capita entre 0 e 1 salário mínimo (66,6%) – Tabela 1.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas basais dos pacientes hipertensos resistentes aparentes (n=24)**

<b>Idade (em anos)</b>	62,50 ± 11,9
<b>Gênero</b>	
Masculino (N absoluto [%])	6 [25%]
Feminino (N absoluto [%])	18 [75%]
<b>Etnia</b>	
Branco (N absoluto [%])	1 [4,1%]
Pretos/Pardos (N absoluto [%])	23 [95,9%]
<b>Estado civil</b>	
Solteiro (N absoluto [%])	10 [41,6%]
Não Solteiro (N absoluto [%])	14 [58,4%]
<b>Escolaridade</b>	

Analfabeto (N absoluto [%])	3 [12,5%]
Ensino fundamental incompleto (N absoluto [%])	8 [33,3%]
Ensino fundamental completo (N absoluto [%])	3 [12,5%]
Ensino médio incompleto (N absoluto [%])	3 [12,5%]
Ensino médio completo (N absoluto [%])	6 [25%]
Ensino superior completo (N absoluto [%])	1 [4,1%]

### **Renda**

0 a 1 salário mínimo (N absoluto [%])	16 [66,6%]
Até 2 salários mínimos (N absoluto [%])	7 [29,1%]
Mais de 2 salários mínimos (N absoluto [%])	1 [4,1%]

Fonte: SAME (EBMSP). As variáveis qualitativas foram expressas em número absoluto (porcentagem válida) e as quantitativas em médias  $\pm$  desvio padrão

A adesão global estimada foi de aproximadamente 54%. No tocante ao gênero, 55% dos pacientes do gênero feminino foram aderentes às medidas, já os pacientes do gênero masculino apresentaram adesão de 50%. No quesito etnia, 52,1% dos pretos e pardos foram aderentes, bem como o único paciente branco da pesquisa. Quanto ao estado civil, solteiros aderiram mais às medidas de manejo do peso (80%) do que não solteiros (35,7%).

Quando analisada a escolaridade, 100% dos pacientes analfabetos, 50% dos sujeitos com ensino fundamental incompleto, 33,3% das pessoas com ensino fundamental completo, 33,3% dos que tem ensino médio incompleto e 66,6% daqueles com ensino médio completo apresentaram adesão às medidas. Outros graus de escolaridade não apresentam pacientes aderentes. Por fim, 62,5% dos pacientes com renda familiar per capita entre 0 e 1 salário mínimo se mostraram aderentes, bem como 42,8% dos que têm renda até 2 salários. Outras faixas de renda não apresentaram adesão às medidas – tabela 2.

### **Tabela 2 – Características sociodemográficas dos pacientes hipertensos resistentes aparentes que aderiram às medidas de manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da H-scale (n=24)**

<b>Adesão global</b> ( N absoluto [%])	13 [54%]
<b>Gênero</b>	
Masculino (N absoluto [%])	3 [50%]
Feminino (N absoluto [%])	10 [55%]

**Etnia**

Branços (N absoluto [%])	1 [100%]
Pretos/Pardos (N absoluto [%])	12 [52,1%]

**Estado civil**

Solteiro (N absoluto [%])	8 [80%]
Não solteiro (N absoluto [%])	5 [35,7%]

**Escolaridade**

Analfabeto (N absoluto [%])	3 [100%]
Fundamental incompleto (N absoluto [%])	4 [50%]
Fundamental completo (N absoluto [%])	1 [33,3%]
Ensino médio incompleto (N absoluto [%])	1 [33,3%]
Ensino médio completo (N absoluto [%])	4 [66,6%]

**Renda**

0 a 1 salário mínimo (N absoluto [%])	10 [62,5%]
Até 2 salários (N absoluto [%])	3 [42,8%]

Fonte: SAME (EBMSP). As variáveis qualitativas foram expressas em número absoluto (porcentagem válida) e as quantitativas em médias  $\pm$  desvio padrão

Foram considerados aderentes aos itens aqueles pacientes que responderam às afirmações com “concordo fortemente” ou “concordo”.

95,8% dos pacientes responderam com “concordo fortemente” ou “concordo” ao item número 8 da pesquisa: “como com menos frequência em restaurantes ou lanchonetes”. O item 8 foi também o único item a não receber nenhuma resposta negativa - discordo ou discordo fortemente. Por outro lado, apenas 37,5% responderam com “concordo fortemente” ou “concordo” ao item número 2 da pesquisa: “leio os rótulos dos alimentos quando faço compras” – Tabela 3.

**Tabela 3 – Score médio e respostas dos pacientes hipertensos resistentes aparentes aos itens de manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da H-scale (n=24)**

**Score** 39,62  $\pm$  5,99

“Para perder peso ou manter meu peso atual, eu:”

**Item 1 – Sou cuidadoso com o que como**

Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
9 (38%)	8 (33%)	4 (16%)	3 (13%)	-

<b>Item 2- Leio os rótulos dos alimentos quando faço compras</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
5 (21,5%)	4 (16%)	4 (16%)	5 (21,5%)	6 (25%)
<b>Item 3 – Me exercito para perder peso ou manter meu peso</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
6 (25%)	10 (43%)	1 (4%)	-	7 (28%)
<b>Item 4 – Cortei o consumo de refrigerantes açucarados e chás adoçados</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
11 (45%)	5 (21,5%)	2 (8%)	5 (21,5%)	1 (4%)
<b>Item 5 – Como porções menores ou menos porções de alimentos</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
7 (29%)	11 (45%)	3 (13%)	3 (13%)	-
<b>Item 6 – Deixei de comprar ou trazer alimentos prejudiciais à saúde para minha casa</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
16 (67%)	5 (21%)	-	1 (4%)	2 (8%)
<b>Item 7 – Eu cortei ou evito comer alimentos que eu gosto, mas que não me fazem bem</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
13 (54%)	8 (34%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)
<b>Item 8 – Como com menos frequência em restaurantes e lanchonetes</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
15 (62%)	8 (34%)	1 (4%)	-	-
<b>Item 9 – Substituo coisas que costumava comer por comidas saudáveis</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
11 (46%)	9 (38%)	2 (8%)	2 (8%)	-
<b>Item 10 – Eu mudei as minhas receitas quando cozinho</b>				
Concordo fortemente (5)	Concordo (4)	Neutro (3)	Discordo (2)	Discordo fortemente (1)
3 (54%)	8 (34%)	1 (4%)	1 (4%)	1 (4%)

Fonte: SAME (EBMSP). As variáveis qualitativas foram expressas em número absoluto (porcentagem válida) e as quantitativas em médias  $\pm$  desvio padrão

Quando analisados por faixa de pontuação, os scores revelam que 6 (25%) pacientes pontuaram pouco menos de 40, na faixa de 39 a 36 pontos, e estão, portanto, em subadesão. 5 pacientes (21%) tem má adesão às medidas de manejo de massa corpórea, com apenas 35 pontos ou menos no score. – Tabela 4

**Tabela 4 – Score dos pacientes hipertensos resistentes aparentes por faixa de pontuação no quesito manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da H-scale (n=24)**

<b>50 a 45 pontos</b> (N absoluto [%])	5 [21%]
<b>45 a 40 pontos</b> (N absoluto [%])	8 [33%]

<b>39 a 36 pontos</b> (N absoluto [%])	6 [25%]
<b>35 pontos ou menos</b> (N absoluto [%])	5 [21%]

---

Fonte: SAME (EBMSP). As variáveis qualitativas foram expressas em número absoluto (porcentagem válida) e as quantitativas em médias  $\pm$  desvio padrão

## 6. DISCUSSÃO.

Este estudo avaliou em língua portuguesa critérios de manejo de massa corpórea da H-Scale em pacientes portadores de HARA. A escala, criada originalmente em inglês, foi validada para a língua espanhola no ano de 2018 por Warren-Findlow et al. (19)

O presente estudo mostra adesão de 54% dos pacientes às medidas de manejo de massa corpórea segundo os critérios da H-Scale, em contraste com dados anteriores, como a adesão de 39,2% encontrada no Iran, 30% em estudo realizado na Carolina do Norte, EUA, 21,4% de adesão encontrada na Etiópia. (20,22,23) (2,12,13) .

Não obstante, a literatura afirma que a prática de exercícios está frequentemente associada a maior renda e grau de escolaridade. (16) O mesmo vale para o acesso a serviços de saúde e medicamentos além do acesso a alimentação de qualidade, estando o controle da PA associado em diversos estudos robustos ao gênero feminino e à cor branca. (2,17,18) O estudo de Jankovic et al, com um “n” de mais de 4000 pacientes, sugere que a escolaridade incompleta é o fator socioeconômico mais importante para a saúde vascular (24).

A disparidade entre os dados prévios encontrados na literatura e aqueles obtidos neste estudo podem ser explicados principalmente pelo “n” pouco expressivo obtido neste estudo até o presente momento, fator que leva a crer que estamos diante de um erro do tipo 2.

Não obstante, uma adesão de 54% dos pacientes é um índice que pode e deve melhorar. Se estes dados pudessem ser extrapolados para uma escala maior e apenas pouco mais da metade dos brasileiros portadores de HARA estivessem aderidos a bons hábitos de manejo da massa corpórea, milhões ainda estão em risco e com probabilidade importante de chegarem a desfechos deletérios no futuro, como IAM, AVE, LOA entre outros. (4)

Salientamos que o ambulatório em questão, que presta serviço gratuito e é o único centro de pesquisa deste estudo, está localizado num bairro que possui suas vulnerabilidades sociodemográficas. Portanto, há uma maior prevalência, entre os sujeitos da pesquisa, de determinadas características, como podemos observar na tabela 1. O paciente médio deste estudo é preto ou pardo (95,9%), não finalizou o ensino médio (70,9%) e vive numa residência com renda per capita inferior a um salário mínimo (66,6%). A alta frequência de determinadas características sociodemográficas em detrimento de outras, associada a

um “n” pouco expressivo, dificulta que uma análise com contraposição de grupos sociodemográficos seja realizada com qualidade e chances de apresentar significância estatística, fator que torna este trabalho eminentemente descritivo. (32)

Outrossim, houve ainda o empecilho da falta de familiaridade dos sujeitos de pesquisa com a escala do tipo “Likert” utilizada neste estudo, muito comum no âmbito da graduação em saúde. (27) Frequentemente os participantes pediam a orientação dos pesquisadores quanto ao método de resposta do questionário, sendo necessário, por vezes, repetir a explicação e orientar novamente sobre qual a maneira correta de proceder. Intervenções como essas foram evitadas ao máximo, mas ocorreram em alguns momentos do estudo e podem ter influenciado positivamente os resultados.

Logo, comumente é difícil precisar a validade das informações fornecidas diretamente pelos pacientes, uma vez que há vários fatores subjetivos que podem influenciar o grau de sinceridade nas respostas dos sujeitos de pesquisa. Os pacientes podem superestimar a própria adesão a hábitos de vida saudáveis por estarem sendo observados nos momentos em que era necessário esclarecer novamente como funcionava o questionário. Por outro lado, pode haver receio de que uma resposta de baixa adesão influencie a continuidade do atendimento prestado pela unidade de saúde, uma vez que a maioria dos pacientes dependem deste serviço público para que recebam assistência médica, embora não haja qualquer relação entre o grau de adesão e a continuidade do tratamento na unidade em questão e isto esteja claro no TCLE por eles assinado. Por fim, é comum que pacientes prefiram evitar a possibilidade de ouvir os conselhos do médico sobre hábitos de vida, pois os interpretam como “sermão”. (28)

No que diz respeito à adesão item a item, podemos avaliar que se trata de uma população majoritariamente de baixos poder aquisitivo e escolaridade. Devido a isso, a maioria dos pacientes participantes normalmente não possui condição financeira para realizar refeições em restaurantes e lanchonetes com frequência, logo, não surpreende que o item 8 “como com menos frequência em restaurantes ou lanchonetes” seja aquele com maior índice de concordância. Há ainda a disparidade sociocultural, uma vez que opções de fast food são normalmente mais acessíveis em países de grande poder econômico, normalmente desempenhando o papel de refeição de baixo custo que se realiza no dia-a-dia para poupar tempo, enquanto em países emergentes são itens de luxo. O único país



latinoamericano a figurar na lista dos 20 maiores consumidores de fast food do mundo é o México. (30)

Nesse certame, o item 2 “leio os rótulos dos alimentos quando faço compras” também se apresenta como esperado, uma vez que a maioria dos participantes não concluiu seus estudos e, conseqüentemente, pouco compreendem sobre a composição nutricional de alimentos e não fazem leitura dos rótulos das comidas que trazem para casa. Outro ponto a ser avaliado é a idade média dos pacientes – aproximadamente 62 anos – a qual pode prejudicar a acuidade visual e dificultar ainda mais o acesso aos dados nutricionais contidos nos rótulos. (29)

Os achados relacionados ao item 3 do questionário “me exercito para perder peso ou manter meu peso” vão contra os dados encontrados pelo estudo realizado no Ceará, no qual 60% dos pacientes praticava pouco ou nenhum exercício. No presente estudo, apenas 28% dos pacientes admitem não realizar nenhum exercício, enquanto 68% dos sujeitos de pesquisa afirmam se exercitar com alguma frequência. Contudo, diversos pacientes relatavam que seu exercício diário era relacionado à natureza braçal de seus trabalhos, não a uma escolha deliberada de estilo de vida, fato que pode ter superestimado a adesão a este quesito. (25)

Algumas diferenças socioculturais entre países de língua inglesa e países de língua latina chamaram a atenção durante a aplicação do questionário. Pacientes do sexo masculino frequentemente hesitavam frente ao item 10 “eu mudei minhas receitas quando cozinho”, pois, por questões culturais ligadas ao sexo biológico, muitos homens latinos não costumam realizar essa atividade doméstica e o índice de homens latinoamericanos e negros que cozinham ainda é inferior ao de homens brancos que cozinham (31).

O software OpenEPI foi utilizado, tendo como base o estudo “Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans” (20), para estimar o tamanho necessário de amostra. O resultado obtido recomendava  $n=384$ , enquanto o presente estudo encontrou apenas 24 pacientes elegíveis no espaço de tempo durante o qual foi conduzido. Recomenda-se, então, a continuidade do trabalho para que haja expansão do “n” e, assim, seja viabilizada a aplicação de novos testes estatísticos.

Embora já haja um bom repertório de produções científicas sobre a HARA, ainda são necessários mais estudos para que sejam preenchidas as lacunas no conhecimento sobre esta condição. Os resultados encontrados, entretanto, têm como mérito o delineamento do perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de HARA atendidos na unidade de

saúde em questão, bem como a avaliação da sua taxa adesão às medidas de autocuidado em saúde relacionadas ao manejo de massa corpórea de acordo com os critérios da H-Scale.

## **7. CONCLUSÕES**

A adesão dos pacientes hipertensos resistentes aparentes atendidos no ambulatório docente-assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública às medidas de manejo de massa corpórea segundo os critérios da H-Scale foi de 54%. O paciente médio portador de HARA avaliado neste estudo é preto ou pardo, não concluiu todos os estudos, tem baixa renda e está submetido a uma série de outras vulnerabilidades sociodemográficas.

De posse dos dados em questão, a gestão da unidade pode elaborar, junto à sua equipe multidisciplinar, estratégias de captação, educação e conscientização em saúde que atinjam mais efetivamente o público estudado, procurando elaborar planos de comunicação e divulgação em saúde que informem de maneira acessível as pessoas com o perfil educacional encontrado neste estudo. Não menos importante, podem também elaborar medidas terapêuticas que estejam em sinergia com a condição socioeconômica média dos pacientes portadores de HARA em acompanhamento neste ambulatório.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Cited [2022 June 12] Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>.
2. Chor, Dóra, et al. “Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study.” *PLOS ONE*, vol. 10, no. 6, 23 June 2015, p. e0127382, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127382>.
3. Judd, E, and D A Calhoun. “Apparent and True Resistant Hypertension: Definition, Prevalence and Outcomes.” *Journal of Human Hypertension*, vol. 28, no. 8, 16 Jan. 2014, pp. 463–468, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.1038/jhh.2013.140>.
4. Yugar-Toledo, Juan Carlos, et al. “Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente – 2020.” *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2020, ] Cited [2022 June 12] Disponível em: [www.scielo.br/pdf/abc/v114n3/0066-782X-abc-114-03-0576.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v114n3/0066-782X-abc-114-03-0576.pdf), <https://doi.org/10.36660/abc.20200198>.
5. Achelrod, Dmitrij, et al. “Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Resistant Hypertension in Treated Hypertensive Populations.” *American Journal of Hypertension*, vol. 28, no. 3, 25 Aug. 2014, pp. 355–361, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajh/hpu151>. Accessed 22 Nov. 2019.
6. Jasb B, Krieger EM, Drager LF, Giorgi DM, Pereira AC, Augusto Soares Barreto-Filho J, et al. Spironolactone Versus Clonidine as a Fourth-Drug Therapy for Resistant Hypertension The ReHOT Randomized Study (Resistant Hypertension Optimal Treatment) Clinical Study: Resistant Hypertension Optimal Treatment Trial (ReHOT). *Hypertension* [Internet]. 2018;71:681–90. Cited [2022 June 12] Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA>.
7. Pimenta, Eduardo, and David A. Calhoun. “Resistant Hypertension.” *Circulation*, vol. 125, no. 13, 3 Apr. 2012, pp. 1594–1596, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.112.097345>. Accessed 17 Apr. 2020.
8. Calhoun, David A., et al. “Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment.” *Circulation*, vol. 117, no. 25, 24 June 2008, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.108.189141>.
9. Sarafidis, Pantelis A., et al. “Resistant Hypertension—Its Identification and Epidemiology.” *Nature Reviews Nephrology*, vol. 9, no. 1, 20 Nov. 2012, pp. 51–58, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.108.189141>. Accessed 26 Jan. 2021.
10. Lamirault, Guillaume, et al. “Resistant Hypertension: Novel Insights.” *Current Hypertension Reviews*, vol. 16, no. 1, 13 Feb. 2020, pp. 61–72, Cited [2022 June 12] Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1573402115666191011111402>.
11. Valenzuela, Pedro L., et al. “Lifestyle Interventions for the Prevention and Treatment of Hypertension.” *Nature Reviews Cardiology*, vol. 18, no. 4, 9 Oct. 2020, pp. 1–25, [www.nature.com/articles/s41569-020-00437-9](http://www.nature.com/articles/s41569-020-00437-9), Cited [2022 August 21] <https://doi.org/10.1038/s41569-020-00437-9>.

12. Lloyd-Sherlock, P., et al. "Hypertension among Older Adults in Low- and Middle-Income Countries: Prevalence, Awareness and Control." *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, no. 1, 1 Feb. 2014, pp. 116–128, <https://doi.org/10.1093/ije/dyt215>.
13. Bennett, Amanda, et al. "Hypertension and Ethnicity." *Current Opinion in Cardiology*, vol. 31, no. 4, July 2016, pp. 381–386, <https://doi.org/10.1097/hco.0000000000000293>.
14. Santos, Anderson Moreira Aristides dos, et al. "Causalidade Entre Renda E Saúde: Uma Análise Através Da Abordagem de Dados Em Painel Com Os Estados Do Brasil." *Estudos Econômicos (São Paulo)*, vol. 42, no. 2, June 2012, pp. 229–261, <https://doi.org/10.1590/s0101-41612012000200001>.
15. Mills, Katherine T., et al. "The Global Epidemiology of Hypertension." *Nature Reviews Nephrology*, vol. 16, no. 4, 5 Feb. 2020, pp. 223–237, [www.nature.com/articles/s41581-019-0244-2](http://www.nature.com/articles/s41581-019-0244-2), <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>.
16. M. Williams W, M. Yore M, C. Whitt-Glover M. Estimating physical activity trends among blacks in the United States through examination of four national surveys. *AIMS Public Health* [Internet]. 2018;5(2):144–57. Available from: <http://www.aimspress.com/article/10.3934/publichealth.2018.2.144>
17. Monteiro P, Ii L, Valadão Cade N, Zandonade E, Carmen M del, Molina B. Maria del Carmen Bisi Molina I [Internet]. Vol. 44, Rev Saúde Pública. 2010. Available from: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)
18. Travassos, Claudia, and Mônica Martins. "Uma Revisão Sobre Os Conceitos de Acesso E Utilização de Serviços de Saúde." *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, no. suppl 2, 2004, pp. S190–S198, <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>. Accessed 21 June 2020.
19. Warren-Findlow, Jan, et al. "Translation and Pilot Testing of a Measure to Assess Hypertension Self-Care Activities among Hispanics." *Ethnicity & Health*, vol. 23, no. 4, 17 Jan. 2017, pp. 397–409, <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1280132>.
20. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. *J Natl Med Assoc*. 2011;103(6):503–12.
21. Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Preliminary validation of the hypertension self-care activity level effects (H-SCALE) and clinical blood pressure among patients with hypertension. *J Clin Hypertens*. 2013 Sep;15(9):637–43.
22. Zinat Motlagh SF, Chaman R, Sadeghi E, Ali Eslami A. Self-care behaviors and related factors in hypertensive patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2016 Jun 1;18(6).
23. Niriayo YL, Ibrahim S, Kassa TD, Asgedom SW, Atey TM, Gidey K, et al. Practice and predictors of self-care behaviors among ambulatory patients with hypertension in Ethiopia. *PLoS One*. 2018 Sep 1;14(6).

24. Li M, Fan Y, Zhang X, Hou W, Tang Z. Association of socioeconomic status measured by education, and cardiovascular health: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2014 Nov 5;4(11):e005497. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25377009>
25. Lopes, Marcos Venícios de Oliveira, et al. “[Validation of Nursing Diagnosis: Challenges and Alternatives].” *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 66, no. 5, 1 Sept. 2013, pp. 649–655, [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24217746/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24217746/), <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000500002>. Accessed 23 Sept. 2021.
26. Souza, E. C. “A dieta hipossódica na percepção de indivíduos hipertensos hospitalizados” *Docplayer.com.br*, 2012, [docplayer.com.br/22995372-A-dieta-hipossodica-na-percepcao-de-individuos-hipertensos-hospitalizados.html](http://docplayer.com.br/22995372-A-dieta-hipossodica-na-percepcao-de-individuos-hipertensos-hospitalizados.html). Accessed 26 Apr. 2023.
27. Sullivan GM, Artino AR. Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education* [Internet]. 2013 Dec;5(4):541–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886444/>
28. Palmieri JJ, Stern TA. Lies in the Doctor-Patient Relationship. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry* [Internet]. 2009 Aug 15;11(4):163–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736034>
29. Goyal R, Deshmukh N. Food label reading: Read before you eat. *Journal of Education and Health Promotion* [Internet]. 2018;7(1):56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5903167/>
30. Ireland, Sophie. “The Most Fast Food-Obsessed Countries in the World, 2023.” *CEOWORLD Magazine*, 21 Dec. 2022, [ceoworld.biz/2022/12/21/the-most-fast-food-obsessed-countries-in-the-world-2023/](http://ceoworld.biz/2022/12/21/the-most-fast-food-obsessed-countries-in-the-world-2023/).
31. Taillie, Lindsey Smith. “Who’s Cooking? Trends in US Home Food Preparation by Gender, Education, and Race/Ethnicity from 2003 to 2016.” *Nutrition Journal*, vol. 17, no. 1, 2 Apr. 2018, <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0347-9>.
32. Bellomo R, Warrillow SJ, Reade MC. Why we should be wary of single-center trials. *Critical Care Medicine* [Internet]. 2009 Dec;37(12):3114–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19789447/>
33. Suvila K, Langén V, Cheng S, Niiranen TJ. Age of Hypertension Onset: Overview of Research and How to Apply in Practice. *Current Hypertension Reports*. 2020 Aug 27;22(9).

**ANEXO 1**  
**FICHA PADRÃO PARA COLETA DE DADOS**

**Dados Pessoais**

---

**Idade:**

**Gênero:**

1 - M	2 - F

**Etnia:**

1 - Branco	2 - Pardo	3 - Negro

**Estado Civil:**

1 - Solteiro	2 - Casado	3 - Viúvo	4 - Divorciado

**Critérios Socioeconômico**

---

**Escolaridade:**

1 - Analfabeto	2 - Fundamental I.	3 - Fundamental C.	4 - E. Médio I.
5 - E. Médio C.	6 - Superior I.	7 - Superior C.	

**Qual a Renda Familiar per capita? 1 salário = 1212**

Quantos Salários?		

**Adesão às medidas de administração da massa corpórea de acordo com os critérios da H-Scale**

**PARA PERDER PESO OU MANTER O MEU PESO ATUAL, EU:**

1. Sou cuidadoso com o que como:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

2. Leio os rótulos dos alimentos quando faço compras:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

3. Me exercito para perder peso ou manter meu peso:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

4. Cortei o consumo de refrigerantes açucarados e chás adoçados:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

5. Como porções menores ou menos porções de alimentos:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>



6. Deixei de comprar ou trazer alimentos prejudiciais à saúde para minha casa:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

7. Eu cortei ou evito comer alimentos que eu gosto, mas que não me fazem bem:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

8. Como com menos frequência em restaurantes ou lanchonetes:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

9. Substituo coisas que costumava comer por comidas saudáveis:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>

10. Eu mudei as minhas receitas quando cozinho:

<b>Discordo fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>