

**ACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,  
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

**VERÔNICA SPANI AMADO**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS  
CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA “BARRA” DO MUNICÍPIO DE MARATAÍZES – ES**

**SÃO MATEUS-ES  
2020**

VERÔNICA SPANI AMADO

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS  
CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA “BARRA” DO MUNICÍPIO DE MARATAÍZES – ES

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade Vale do Cricaré – FVC, como parte das exigências para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação. Área de concentração: Ciência, Tecnologia e Educação.

Orientadora: Dra. Vivian Miranda Lago.

SÃO MATEUS-ES  
2020

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

A481a

Amado, Verônica Spani.

Avaliação do perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes - ES / Verônica Spani Amado – São Mateus - ES, 2020.

123 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2020.

Orientação: prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vivian Miranda Lago.

1. Saúde pública. 2. Estratégia. 3. Saúde da família. 4. Hipertensão arterial. 5. Epidemiologia. 6. Marataízes - ES. I. Lago, Vivian Miranda. II. Título.

CDD: 363.1

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

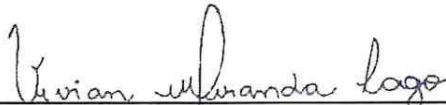
**VERÔNICA SPANI AMADO**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS  
USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA "BARRA" DO MUNICÍPIO DE  
MARATAÍZES - ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovado em 27 de agosto de 2020.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



---

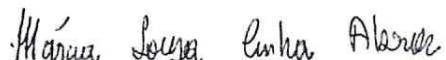
**Profa. Dra. Vivian Miranda Lago**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**  
**Orientadora**

GUILHERME BICALHO  
NOGUEIRA:06326972612

Assinado de forma digital por GUILHERME  
BICALHO NOGUEIRA:06326972612  
Dados: 2020.08.30 16:50:07 -03'00'

---

**Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



---

**Profa. Dra. Márcia Souza Cunha Abreu**  
**Universidade Federal Fluminense (UFF)**

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho as pessoas da minha família querida, com toda minha gratidão. A Deus por tudo que fez, faz e vai fazer por mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Foram muitas as lutas e as dificuldades para que eu pudesse chegar a esta conquista, resultado de uma trajetória pessoal e profissional marcada por momentos difíceis, mas também marcada por muitas alegrias e aprendizados. Nesse sentido, agradeço primeiramente a Deus que foi meu esteio e meu socorro, guiando meus passos, orientando minhas decisões.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação do Mestrado e, especialmente, a minha orientadora, Doutora Vivian Miranda Lago, o meu muito obrigada!

## RESUMO

AMADO, VERÔNICA SPANI. **Avaliação do perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes – ES.** 2020. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Vale do Cricaré, 2020.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem sido considerada um problema mundial e de saúde pública, com manifestações e características próprias, e de etiologia multifatorial. Diante dessa grave questão, esta pesquisa objetivou investigar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do Município de Marataízes – ES”. Tratou-se de pesquisa do tipo descritiva, documental e retrospectiva de abordagem quanti – qualitativa, proveniente da realização de entrevistas estruturadas e da análise de prontuários relativos ao período de 2010 a 2018. Participaram deste estudo os pacientes de alto risco ou estágio III, sendo 35 do sexo masculino e 50 do sexo feminino, com idade entre 40 a 70 anos. Os resultados desvelaram a presença majoritária da população feminina portadora de HAS; de indivíduos com idade entre 61-70 anos; aposentados; de etnia branca; com ensino fundamental completo e incompleto; casados; e com renda entre 1-2 salário (s) mínimo (s). Na população masculina, foi observada a predominância de indivíduos dependentes do tabaco, usuários de bebidas alcoólicas, e mais adeptos a prática de atividades físicas, especialmente, da caminhada. Em ambos os grupos foi possível constatar ainda a influência da hereditariedade para o desenvolvimento da HAS, já que a maioria dos participantes possuíam casos desta patologia na família (pais, mães, irmãos e avós). A parcela da população masculina não possuía um padrão de sono satisfatório. Este grupo apresentou média mais elevada de altura; em ambos os grupos, os pacientes encontravam-se com peso elevado; a circunferência da cintura e o IMC estavam acima do recomendado para ambos os grupos; a população feminina apresentou níveis pressóricos mais ascendentes e considerados altos, bem como maiores valores de PA Sistólica e Diastólica quando comparado com a população masculina. A partir da experiência na condução deste estudo, foi elaborada uma cartilha educativa que versa sobre prevenção, promoção e os cuidados relativos à HAS, que será apresentada ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marataízes – ES, visando melhorar as condições de saúde deste público alvo. Sugere-se ao município estudado: que novos estudos sejam realizados para elucidar melhor a questão da HAS dentro desta comunidade; que os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde possam realizar ações de busca ativa da população masculina, dos quais podem estar sendo acometidos pela HAS, e não estarem recebendo o tratamento farmacológico e não farmacológico (educação em saúde para mudança no estilo de vida); que os profissionais enfermeiros possam atuar como agentes facilitadores da prevenção e promoção à saúde por meio de ações educativas capazes de propiciar mudanças no estilo de vida não apenas dos portadores de HAS, mas sim de toda população adstrita. E que sejam disponibilizadas, a todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, as condições de trabalho necessárias para que estes possam atuar de forma efetiva na prevenção, promoção e tratamento da HAS.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Estratégia. Saúde da Família. Hipertensão Arterial. Epidemiologia.

## ABSTRACT

AMADO, VERÔNICA SPANI. **Evaluation of the epidemiological and clinical profile of users registered in the HIPERDIA program of the Family Health Strategy "Barra" in the municipality of Marataízes - ES.** 2020. 123 f. Dissertation (Masters) - Faculdade Vale do Cricaré, 2020.

Systemic Arterial Hypertension (SAH) has been considered a worldwide and public health problem, with its own manifestations and characteristics, and with a multifactorial etiology. In view of this serious issue, this research aimed to investigate the epidemiological and clinical profile of users registered in the Hiperdia program of the Family Health Strategy "Barra" of the Municipality of Marataízes - ES ". This was a descriptive, documentary and retrospective study with a quanti - qualitative approach, from structured interviews and analysis of medical records for the period from 2010 to 2018. High-risk patients or stage III participated in this study, being 35 males and 50 females, aged 40 to 70 years. The results revealed the majority of the female population with SAH; of individuals aged 61-70 years; retired people; white ethnicity; with complete and incomplete elementary education; married; and with income between 1-2 minimum wage (s). In the male population, there was a predominance of tobacco-dependent individuals, users of alcoholic beverages, and more adept at physical activities, especially walking. In both groups, it was possible to verify the influence of heredity for the development of SAH, since most of the participants had cases of this pathology in the family (fathers, mothers, siblings and grandparents). The male population did not have a satisfactory sleep pattern. This group had a higher average height; in both groups, patients were overweight; waist circumference and BMI were above the recommended for both groups; the female population had higher blood pressure levels and were considered high, as well as higher values for systolic and diastolic BP. Based on the experience of conducting this study, an educational booklet was elaborated on prevention, promotion and care related to SAH, which will be presented to the manager of the Municipal Health Secretariat of the municipality of Marataízes - ES, aiming to improve health conditions of this target audience. It is suggested to the studied municipality: that new studies be carried out to better elucidate the issue of SAH within this community; that professionals who work in basic health units can carry out actions of active search of the male population, of whom they may be affected by SAH, and that they are not receiving pharmacological and non-pharmacological treatment (health education for lifestyle change); that professional nurses can act as facilitators of prevention and health promotion through educational actions capable of providing changes in lifestyle not only for people with SAH, but for the entire population. And that the working conditions necessary for them to act effectively in the prevention, promotion and treatment of SAH are made available to all actors involved in health care.

**Keywords:** Public Health. Family Health Strategy. Arterial hypertension. Epidemiology.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de mortalidade por doença cardiovascular e distribuição de causas no Brasil.....	26
Figura 2 – Distribuição percentual dos pacientes hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, quanto a identidade de gênero.....	48
Figura 3 – Distribuição percentual dos pacientes hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, quanto a faixa etária.....	49
Figura 4 – Distribuição do perfil laboral dos pacientes do sexo feminino, hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	51
Figura 5 – Distribuição do perfil laboral dos pacientes do sexo masculino, hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	53
Figura 6 – Etnia dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	54
Figura 7 – Nível escolar dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	55
Figura 8 – Estado civil dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	56
Figura 9 – Renda familiar dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	57
Figura 10 – Local e regularidade de aferição de PA dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	59
Figura 11 – Regularidade do uso de medicação anti-hipertensiva pela população amostral do estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	60
Figura 12 – Avaliação da dieta recomendada aos pacientes cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	61
Figura 13 – Avaliação de tabagismo na população amostral do sexo masculino, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	62

Figura 14 – Tempo de fumo dentre a população amostral do sexo masculino autodeclarada fumante (n=22), cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	63
Figura 15 – Avaliação do consumo de bebida alcoólica nos pacientes do Grupo Crônico do Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	64
Figura 16 – Prática de atividade física dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	65
Figura 17 – Análise da prática de atividades físicas realizadas pelos pacientes do grupo de hiperdia (A - sexo feminino n=16; B - sexo masculino, n=18), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	66
Figura 18 – Regularidade de consulta médica dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	68
Figura 19 – Horas de sono diárias dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	69
Figura 20 – Conhecimento acerca de mudanças no estilo de vida dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	70
Figura 21 – Distribuição de peso da população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	71
Figura 22 – Estatura da população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	72
Figura 23 – Distribuição de medida da circunferência da cintura na população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.....	73
Figura 24 – Avaliação do número de encaminhamento dos pacientes crônicos (n=85), cadastrados no grupo de Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, ao médico com especialidade em cardiologia.....	74
Figura 25 – Avaliação do número de encaminhamento dos pacientes crônicos (n=85), cadastrados no grupo de Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, ao nutricionista .....	75
Figura 26 – Avaliação da média da PA Sistêmica de pacientes do gênero feminino (n=50) durante os anos de 2010 a 2018 do grupo de Hiperdia da ESF “Barra” município de Marataízes, estado do Espírito Santo.....	76

Figura 27 – Avaliação da média da PA Sistêmica de pacientes do gênero masculino (n=35) durante os anos de 2010 a 2018 do grupo de Hipertensão da ESF “Barra” município de Marataízes, estado do Espírito Santo.....	77
Figura 28 – Reprodução da miniatura da Cartilha Educativa: “Hipertensão Arterial: O Que Você Precisa Saber! ” .....	80

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da PA sistólica e diastólica.....	29
Quadro 2 – Recomendações para medição da PA.....	30
Quadro 3 – Sinais que sugerem a hipertensão secundária.....	32
Quadro 4 – Fatores de risco e sinais de lesão de órgãos devido à hipertensão.....	33
Quadro 5 – Medicamentos mais prescritas de acordo com a REMUME do município de Marataízes – ES.....	39

## LISTA DE SIGLAS

ACC	Antagonistas dos Canais de Cálcio
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidentes Vasculares Encefálicos
CC	Circunferência da Cintura
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DBH	Diretriz Brasileira de Hipertensão
DCbV	Doença Cerebrovascular
DH	Doenças Hipertensivas
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
DM	Diabetes Mellitus
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia e SUS Atenção Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAS-S	Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária
HIPERDIA	Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal (IMC)
IIPS	<i>International Institute for Population Sciences</i>
MS	Ministério da Saúde
NFHS	<i>National Family Health Survey</i>
NICE	<i>National Institute For Health And Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde

POP	Procedimento Operacional Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCUDP	Termo de Compromisso de Utilização de Dados e Prontuários
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
2.1	PROCESSO EPIDEMIOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	21
2.2	FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	26
2.3	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRIAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	28
2.4	TRATAMENTO E VALORES-ALVO PARA PRESSÃO ARTERIAL.....	34
<b>2.4.1</b>	<b>Tratamento não farmacológico</b> .....	35
<b>2.4.2</b>	<b>Farmacoterapia anti-hipertensiva</b> .....	37
<b>2.4.3</b>	<b>Hipertensão resistente ao tratamento</b> .....	39
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	41
3.1	TIPO DA PESQUISA.....	41
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	41
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	42
3.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	43
3.5	MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	46
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	46
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	48
4.1	AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS.....	48
4.2	AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS BIOSOCIAIS.....	58
4.3	AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO.....	71
4.4	CARTILHA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE...78	
	<b>CONCLUSÕES</b> .....	81
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	84
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADO PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “BARRA” DO MUNICÍPIO DE MARATAÍZES – ES</b> .....	96
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	98
	<b>APÊNDICE C – PROTOCOLO COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS PARA</b>	

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	101
<b>APÊNDICE D</b> – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUDP).....	102
<b>APÊNDICE E</b> – CARTILHA EDUCATIVA:” HIPERTENSÃO ARTERIAL: O QUE VOCÊ PRECISA SABER!”.....	103
<b>ANEXO A</b> – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE VALE DO CRICARÉ – FVC.....	119
<b>ANEXO B</b> – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE...	123



## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem sido considerada um problema mundial, e uma grave questão de saúde pública. Tal patologia possui manifestações e características próprias, e uma etiologia multifatorial (NOBRE *et al.*, 2013). Comumente, encontrada na Atenção Primária à Saúde (APS) devido a sua alta prevalência e por estar correlacionada com complicações, tais como: coronariopatias; acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, doença renal e, principalmente, por ser uma doença crônica e de evolução lenta, quase sempre diagnosticada tardiamente e, por isso, um importante fator de risco (SANTOS; MOREIRA, 2012; JAMES *et al.*, 2014).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) ressalta a Hipertensão Arterial Sistêmica como uma condição multifatorial caracterizada por elevados níveis pressóricos do paciente acima de 139/85 a 89 mmHg como grau I, um diagnóstico a ser confirmado por monitorização ambulatorial de 24 horas ou medição domiciliar. Seus níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) a associam frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas que desencadeiam o aumento de risco de complicações fatais ou não. Tornou-se uma doença crônica que, apesar de controlável, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças (BRASIL, 2014; SBC, 2016; SANTIAGO *et al.*, 2019).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que 54% dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e 47% dos casos de cardiopatia isquêmica são consequências diretas da HAS, o que a coloca no patamar dos principais fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular (LAWES *et al.*, 2014). Inclusive, o declínio da incidência de AVE nas últimas décadas pode ser explicado em grande parte pela redução da PA (VANGEN-LONNE *et al.*, 2017). O estudo de Santiago *et al.* (2019) traz um número de, aproximadamente, 9,4 milhões de mortes por ano no mundo resultante desta patologia.

O Ministério da Saúde (MS) propôs em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (DM), reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção proposto pelo Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas

e de alta capilaridade (BRASIL, 2001).

O HIPERDIA tem como principal meta a garantia de acompanhamento e tratamento sistemático de portadores de HAS e DM, e propõe a vinculação destes pacientes à Unidade Básica de Saúde (UBS). Situada no nível da atenção primária a saúde, este programa além de realizar o acompanhamento e o tratamento destes usuários, busca ainda recuperar a autonomia destes sujeitos a partir de uma abordagem de cuidado integrada (BRASIL, 2001).

Para Souza e Garnelo (2008), essa proposta sugere avançar no cuidado ofertado além do binômio queixa-conduta, de forma a identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo.

Conforme a SBC (2016), o diagnóstico da HAS tem sido baseado na anamnese, exame físico, laboratorial e eletrocardiograma. Tais exames auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia e no grau de comprometimento dos órgãos-alvo. Por ser, a hipertensão, uma doença assintomática, torna-se necessário maior atenção por parte dos profissionais de saúde quanto aos principais sintomas que o paciente pode apresentar tais como: cefaléia, tontura, enjoo, fraqueza, palpitações, sangramento no nariz, zumbido no ouvido e visão embaçada.

Moraes e Freitas (2012) pontuam como principais fatores de risco da HAS o sedentarismo, estresse, maus hábitos alimentares, sobrepeso, tabagismo e a idade. Tais fatores, na maioria comportamentais, associam-se diretamente às doenças do coração e à hipertensão arterial, embora a HAS seja uma patologia com maior prevalência na população da terceira idade. Observa-se, segundo a SBC (2016) que, no Brasil, 70% da população economicamente ativa já é hipertensa, sendo 35% constituídas de indivíduos com 40 anos ou mais.

As principais medidas não farmacológicas contra a HAS são: a redução do sal na dieta, evitar o consumo excessivo de álcool, cessação do tabagismo, dieta balanceada, exercícios físicos e perda de peso. No caso dos medicamentos de primeira linha para HAS, Jordan *et al.* (2018) cita os bloqueadores dos canais de cálcio di-hidropiridínicos de ação prolongada, os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), ou os bloqueadores do receptor da angiotensina e os diuréticos do tipo tiazídico.

A HAS é uma doença que atinge grande parcela da sociedade e, por ser assintomática livre de sinais que sinalize a sua presença e gravidade, agindo silenciosamente, torna-se ainda mais grave, sendo um preocupante problema de saúde. Desse modo, a população hipertensa normalmente não valoriza e não trata a doença nos estágios iniciais, resultando em internações hospitalares decorrentes do agravamento do quadro clínico, desenvolvendo sequelas graves, prejudicando os órgãos vitais (LUCENA; ECHER; LAUTER, 1996).

Essa dinâmica da doença gera sérios problemas econômicos para o sistema de saúde e é altamente deletéria para a qualidade de vida da população. Inclusive, observa-se que a população hipertensa frequentemente procura as instituições de saúde nos estágios finais da doença, momento este que é caracterizado por complicações graves.

A melhor alternativa ainda é prevenir o surgimento desses danos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes e promovendo o tratamento adequado da hipertensão através de ações que promovam estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos e riscos, fundamentais no cuidado a pacientes hipertensos. Assim, medidas preventivas e conscientizadoras devem ser implementadas nas Unidades de Saúde (US) para enfatizar a importância da prevenção, tratamento e controle da HAS de forma a se reduzir as complicações das doenças a ela associadas.

Diante dessa grave questão de saúde pública, que é a HAS, torna-se imperioso estudos capazes de viabilizar subsídios teóricos para proposição (como é o caso desta pesquisa) implementação e avaliação de políticas públicas direcionadas a esses usuários, não somente na esfera municipal, mas também no âmbito da União e do Estado. Assim, a presente investigação teve como objetivo geral avaliar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes – ES. Já como objetivos específicos, buscou-se identificar os principais fatores de risco conhecidos pelos pacientes cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes-ES dos quais contribuem para o aumento dos seus níveis pressóricos; avaliar os níveis pressóricos dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes – ES; realizar análise comparativa entre o gênero masculino e feminino no que tange ao perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da

Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes – ES; e, elaborar uma cartilha educativa, contendo orientações básicas sobre prevenção, promoção e os cuidados relativos à HAS direcionada aos usuários das Estratégias Saúde da Família do município de Marataízes – ES.

O resultado desta pesquisa pode contribuir como ferramenta para melhoria na qualidade da assistência prestada a esse grupo de usuários, e ainda fornecer elementos para avaliar a efetividade deste programa no município em questão.

A fim de ser melhor compreendida, esta dissertação foi estruturada em capítulos, ficando assim organizada, conforme abaixo.

Após esta introdução, inicia-se o Segundo Capítulo que discorre sobre o referencial teórico. Nessa seção, são apresentados tópicos importantes como: o processo epidemiológico da HAS; a fisiopatologia da HAS; a avaliação diagnóstica e triagem da HAS; o tratamento e valores-alvo para PA, destacando-se: o tratamento não farmacológico, a farmacoterapia anti-hipertensiva e a hipertensão resistente ao tratamento.

Valemo-nos do Terceiro Capítulo para descrever a metodologia e discorrer sobre o tipo de pesquisa empregado, o cenário do estudo, os sujeitos da pesquisa, os instrumentos e as técnicas de coleta de dados, o método de análise dos dados utilizado, e os aspectos éticos imbricados na pesquisa.

No Quarto Capítulo, encontram-se descritos os resultados e discussão dos achados da pesquisa, na qual se descrevem as avaliações das variáveis socioeconômicas e biossociais, a avaliação do perfil clínico dos sujeitos partícipes deste estudo e apresenta-se a Cartilha Educativa.

Já no Quinto Capítulo, encerra-se a dissertação com a apresentação das conclusões e considerações finais, nas quais apresentam-se as recomendações ao Município de Marataízes – ES, e propõe-se a condução de novos estudos acerca da temática estudada nesta pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PROCESSO EPIDEMIOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS tem sido considerada como grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo por conta de sua alta prevalência e por estar correlacionada com complicações, tais como: coronariopatias; acidente vascular cerebral; infarto agudo do miocárdio e doença renal e, principalmente, por ser uma doença crônica e de evolução lenta, quase sempre diagnosticada tardiamente, e por possuir fator de risco multissistêmico (SANTOS; MOREIRA, 2012; SILVA; BATISTA; CAMPANHARO, 2013).

Trata-se de uma patologia que compõe a primeira causa de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando um imenso impacto socioeconômico. Constitui-se como o principal fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, além de ser uma das principais causas de óbito no Brasil e da perda da qualidade de vida, que acomete a população mundial em todas as idades, na qual o número de casos só cresce, adquirindo atualmente uma proporção de pandemia (SARAIVA *et al.*, 2016).

Segundo dados da OMS, estima-se que cerca de 600 milhões de indivíduos sejam portadores da HAS, estando previsto um crescimento global de 60% dos casos até o ano 2025; além de 7,1 milhões de mortes anuais, em média, ocasionadas por esta doença (BRASIL, 2011; SILVA; BATISTA; CAMPANHARO, 2013; MALTA *et al.*, 2018).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), no Brasil, a prevalência da HAS fica entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, além de influência direta ou indireta para 50% das mortes por doenças cardiovasculares das quais acarretaram nos anos de 2006 a 2015 um impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimando um valor US\$ 4,18 bilhões (SBC, 2016).

Em 2014, a Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) mediu a PA de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em smartphone. A prevalência

geral de PA  $\geq 140/90$  mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens de (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7%. No Rio de Janeiro, foi de 13,2%. No Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural de (21,7% vs 19,8%) (SBC, 2016, p. 14).

Existem vários fatores que predisõem à hipertensão, embora variem de país para país com diferenças mesmo entre regiões urbanas e rurais do mesmo local, pois a urbanização é considerada um determinante da saúde e um dos principais fatores de doenças não transmissíveis, especialmente em países de baixa e média renda. Percebendo o efeito da urbanização na saúde coletiva, a World Health Organization (WHO) escolheu “Urbanização e Saúde” como tema do Dia Mundial da Saúde 2010 (WHO, 2010).

Segundo o *National Family Health Survey* (NFHS), do *International Institute for Population Sciences* (IIPS), as pessoas urbanas estão mais expostas ao risco da HAS em comparação com suas contrapartes rurais. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde da Família do governo indiano relataram que a prevalência de hipertensão, obesidade e glicemia na área urbana de Uttar Pradesh foi de 10,5%, 23,9 e 9,9%, respectivamente. No entanto, a prevalência do mesmo fenômeno foi de 8,3%, 10,8% e 8,2%, respectivamente na área rural (IIPS, 2017).

Entre todos os parâmetros, a área urbana apresentou maior prevalência em comparação à área rural, uma vez que a rápida urbanização, o aumento da população idosa, a mecanização, a vida sedentária e as mudanças na dieta agem em conjunto como uma rede de fatores de risco que enredam as pessoas e levam a várias doenças crônicas. Assim, para tomar medidas eficazes de prevenção, a identificação dos fatores de risco é um pré-requisito essencial.

Embora o aumento da informação esteja se tornando disponível, devido à vigilância e relatórios limitados, os dados sobre a prevalência de hipertensão nos países em desenvolvimento ainda são relativamente escassos. No entanto, o projeto Monitoramento de Tendências e Determinantes da Doença Cardiovascular da OMS que data da década de 1990 realizou o maior levantamento de documentos sobre níveis de PA e níveis de hipertensão em cerca de 22 países submetendo-os a pesquisa.

Em relação às taxas de incidência, os dados revelam que os níveis de hipertensão aumentam com a idade em ambos os sexos. Entre as idades de 30 a 39 anos, as taxas são maiores em homens do que nas mulheres e, entre 70 e 79 anos

de idade, as taxas são maiores nas mulheres do que nos homens. Uma análise mais recente do instituto inglês *Framingham Heart Study* sugere que o risco ao longo da vida de desenvolver hipertensão para indivíduos de meia-idade e idosos é próximo de 90% (VASAN *et al.*, 2002).

Quanto à idade, a PA é consideravelmente mais baixa em crianças do que em adultos, e aumenta constantemente ao longo das duas primeiras décadas de vida. Nos adultos, as pesquisas transversais e longitudinais têm mostrado que a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) aumenta progressivamente com a faixa etária. Esse aumento de platôs possivelmente diminui após os 50 anos para PAD, mas não para PAS, levando a um aumento acentuado da pressão de pulso, um fator de risco essencial para o desfecho cardiovascular (HAJJARI *et al.*, 2011).

Neuhauser *et al.* (2015) e Oliveira *et al.* (2002) destacam que, embora a associação epidemiológica entre HAS, morbidade e mortalidade cardiovascular seja conhecida, e apesar das evidências suficientes para justificar o tratamento anti-hipertensivo, a PA muitas vezes não é adequadamente controlada, não é aferida ou acontece falha em reagir diante de valores elevados de PA, ou mesmo o tratamento não é fornecido de maneira ideal ou o paciente não toma a medicação necessária regularmente (HO *et al.*, 2008).

Em pacientes que sofrem de HAS resistente ao tratamento, a PA não pode ser adequadamente controlada, mesmo que o paciente tome o medicamento prescrito regularmente. Já em pacientes com hipertensão essencial<sup>1</sup>, nenhum dos métodos clínicos atualmente disponíveis podem detectar uma causa específica da PA elevada, na qual o tratamento implicará na mudança no estilo de vida e no uso de fármacos (NEUHAUSER *et al.*, 2015).

Dantas *et al.* (2018) destacam que, no período de 2008 a 2012, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registrou 5.685.827 internações por doenças do aparelho circulatório, sendo que 479.497 foi em virtude da hipertensão essencial, dado este que evidencia a alta prevalência desta patologia na população brasileira.

Neste sentido, cabe pontuar que em 1994, o Governo Federal, através do MS,

---

<sup>1</sup> Pode-se definir um conceito de hipertensão arterial essencial ou hipertensão arterial idiopática ou hipertensão primária como uma forma de hipertensão que não tem uma causa atribuível e identificável. É o tipo mais comum de hipertensão e afeta cerca de 95% dos hipertensos (DANTAS *et al.*, 2018).

cria o Programa Saúde da Família (PSF). Hoje, é conhecido como ESF pela mudança drástica de foco que substituiu a vertente assistencial antes voltada para o atendimento de emergência do paciente e que agora tem como objetivo ampliar a compreensão de toda a família do processo saúde/doença com ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Sendo a Unidade UBS a porta de entrada pelos usuários ao SUS, onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados e acompanhados pelas equipes de saúde (BRASIL, 2016).

Nesse âmbito, Lotufo (2015) lembra que a ESF expandiu a atenção primária à saúde, à institucionalização das avaliações e à promoção da equidade, oferecendo acesso a uma gama de serviços de saúde por meio de iniciativas organizadas para doenças específicas ou faixas etárias, e assistência médica mais abrangente através de práticas de trabalho multidisciplinares, foco familiar, recepção, humanização e orientação comunitária. Trata-se de uma estratégia baseada em alguns princípios centrais da atenção à saúde, como centramento de pessoas/família, relacionamento com os usuários, atenção integral e coordenada, coordenação com o sistema de saúde, participação social e ações intersetoriais (IBGE, 2013).

A atenção básica na ESF tem papel central no sentido da implementação do cuidado integral à HAS trazendo como benefícios a promoção da saúde, prevenção de doenças, busca proativa de casos, educação em saúde, atendimento domiciliar e a melhora da absorção de tratamentos para hipertensão e outras doenças.

Os desafios no Brasil para o controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica cujo conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, é voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Nesse contexto, há que ser mencionado o Hiperdia, para pacientes atendidos na rede ambulatorial do SUS, instituído em 2001, que acabou se tornando uma estratégia do MS para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, quase sempre clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, número que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de setecentos e cinquenta pessoas por agente comunitário e de doze agentes por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006).



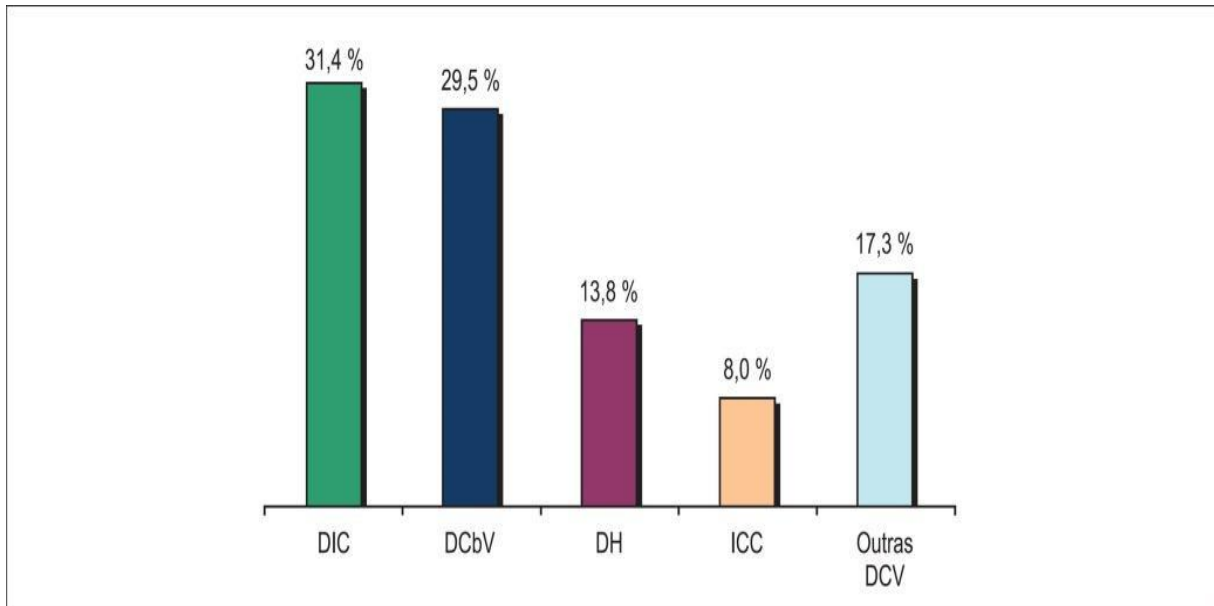
Na década de 1990, a prevalência de HAS no Brasil ainda era superior à média entre outros países da América Latina. Dados epidemiológicos nesse período foram registrados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1998 (196.439 participantes), 2003 (231.921) e 2008 (250.664). A PNAD é realizada no Brasil desde 1967 pelo IBGE (IBGE, 2011).

Nesse estudo, um total de 196.439 pessoas com idade superior a 20 anos participaram em 1998; 231.921 em 2003 e 250.664 em 2008. As prevalências de Intervalo de Confiança (IC 95%) de hipertensão referida foram de 18,0% (IC 95%; 17,9-18,2) em 1998, 19,2% (IC 95%: 19,0-19,4) em 2003 e 20,9% (IC 95%: 20,7-21,0) em 2008, ou seja, aumentaram nos períodos estudados, sendo sempre mais elevadas entre as mulheres (IBGE, 2011).

Somente no Brasil, 32,5%, cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos são portadores da HAS, o que, por conseguinte, representa de forma direta ou indireta 50% das mortes por doença cardiovascular, através da incidência de Doenças Isquêmicas do Coração (DIC); Doença Cerebrovascular gerando e (DCbV); Doenças Hipertensivas (DH) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Juntamente com a DM, suas complicações cardíacas, renais e AVE, geram grande impacto na perda da produtividade do trabalho e na renda familiar, cujos valores registrados entre os anos de 2006 a 2015 foram acima de US\$ 4,1 bilhões (SCALA *et al.*, 2015).

A Figura 1 representa a taxa de mortalidade no Brasil por doença cardiovascular e sua distribuição por causas.

Figura 1 – Taxa de mortalidade por doença cardiovascular e distribuição de causas no Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Scala *et al.* (2015).

Com dados tão alarmantes, tendendo ao aumento, é necessário atuar para prevenir complicações nestes pacientes hipertensos, principalmente no que se refere a AVE e casos de doença isquêmica do coração por serem consequências diretas da HAS alta, que é, portanto, um dos principais fatores de risco para a morbidade e mortalidade cardiovascular.

## 2.2 FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Ainda há muita incerteza sobre a fisiopatologia da HAS. Apenas um pequeno número de pacientes (entre 2% e 5%) tem uma doença renal ou adrenal subjacente como causa da elevação da PA. No restante, porém, nenhuma causa clara e identificável é encontrada e sua condição é rotulada como "hipertensão essencial". Vários mecanismos fisiológicos estão envolvidos na manutenção da pressão sanguínea normal e seu desarranjo pode desempenhar um papel no desenvolvimento da hipertensão essencial (HALL *et al.*, 2012).

É provável que muitos fatores inter-relacionados contribuam para o aumento da PA em pacientes hipertensos e seus papéis relativos possam diferir entre os indivíduos. No rol dos fatores intensivamente estudados, estão a ingestão de sal, a obesidade e a resistência à insulina, o sistema renina-angiotensina e o sistema nervoso simpático (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Em relação ao débito cardíaco e resistência periférica, a manutenção de uma PA normal depende diretamente do equilíbrio entre eles. A maioria dos pacientes com hipertensão essencial tem um débito cardíaco normal, mas uma resistência periférica aumentada. A resistência periférica é determinada não por grandes artérias ou capilares, mas por pequenas arteríolas, cujas paredes contêm células musculares lisas (FISHER; FADEL, 2010).

Os autores, supracitados, sugerem que a contração das células musculares lisas esteja relacionada ao aumento da concentração intracelular de cálcio, o que pode explicar o efeito vasodilatador de drogas que bloqueiam os canais de cálcio. Entende-se que a constrição prolongada do músculo liso induz alterações estruturais com o espessamento das paredes dos vasos arteriulares possivelmente mediados pela angiotensina, levando a um aumento irreversível da resistência periférica (FISHER; FADEL, 2010).

O aumento subsequente na resistência arteriolar periférica pode, portanto, desenvolver-se de maneira compensatória para impedir que a pressão elevada seja transmitida ao leito capilar, no qual afetaria substancialmente a homeostase celular. Como a PA é igual ao débito cardíaco x resistência vascular periférica total, os mecanismos patogênicos devem envolver aumento do débito cardíaco, resistência vascular periférica total aumentada e ambos.

Quanto ao Sistema Nervoso Simpático, sua estimulação aumenta a PA, geralmente mais em pacientes com hipertensão elevadas do que em pacientes normotensos. Não se sabe se essa hiper-responsividade reside no sistema nervoso simpático ou no miocárdio e no músculo liso vascular. Uma alta taxa de pulso em repouso, que pode resultar do aumento da atividade nervosa simpática, é um preditor bem conhecido de hipertensão. Em alguns pacientes hipertensos, os níveis circulantes de catecolamina no plasma durante o repouso são maiores que o normal (WRAY; SUPIANO, 2010).

A PA elevada deve-se ao débito cardíaco alto, resistência vascular periférica elevada ou a combinação de ambos. Esses mecanismos são regulados, por sua vez, pelos processos hemodinâmico, neural, humoral e renal, que variam em sua contribuição de um indivíduo para outro. À medida que as pessoas envelhecem, a causa predominante de hipertensão tende a ser a elevada resistência vascular periférica, geralmente em combinação com maior rigidez dos vasos, manifestada como hipertensão sistólica isolada (SILVA, 2014). Segundo Longo, Martelli e

Zimmermann (2011, p. 272):

Com o envelhecimento fisiológico, ocorre o desenvolvimento de processos ateroscleróticos nos grandes vasos e arteríolas, ocasionando perda da distensibilidade e elasticidade, diminuindo sua capacidade com o aumento da velocidade da onda de pulso. A rigidez da parede dos vasos tende a elevar a pressão sistólica e o aumento da velocidade da onda de pulso mantém a PA diastólica (PAD) dentro dos valores normais ou pode até diminuí-la. Com isso, a pressão sistólica e a pressão de pulso têm-se definido como adequados preditores de eventos cardiovasculares no idoso.

Posto desse modo, Machado, Pires e Lobão (2012) esclarecem que o agrupamento familiar implica uma predisposição genética cuja interação com fatores ambientais, como a ingestão de sal e calorias e o grau de exercício físico, determina em última análise a gravidade do aumento da PA.

### 2.3 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRIAGEM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O diagnóstico para HAS consiste em fazer a média aritmética da PA maior ou igual a 130 x 89 mmHg, aferida em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as aferições segundo dados do quadro 01 que descreve a classificação da PA estabelecida pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão de acordo com a medida casual no consultório para indivíduos acima de 18 anos. Devem-se somar as médias das medidas realizadas no primeiro dia, mais as duas medidas posteriores e dividi-las por três. É importante ressaltar que uma alteração da PA em um dia mesmo aferido a pressão mais de uma vez, não é suficiente para fechar o diagnóstico de hipertensão (BRASIL, 2014).

No Quadro 1, é apresentada a classificação de PA, da qual são referidas como ótima uma pressão entre 120 por 80 mmHg. No contexto normal entre 130 a 85 mmHg, sendo o limítrofe considerado aceitável entre 139 a 89 mmHg. Entretanto, importante salientar que a PA apresenta estágios que são categorizados em 1, 2, 3 e, sistólica isolada.

Quadro 1 – Classificação da PA sistólica e diastólica

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (MMHG)	PRESSÃO DIASTÓLICA (MMHG)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de acordo com medida casual no consultório > 18 ANOS (SBC, 2016).

Cabe elencar que a HAS por vezes se mostra como uma patologia assintomática, por isso, verifica-se que há dificuldades para que os indivíduos busquem os serviços de saúde para obterem o diagnóstico e assim aderirem ao tratamento (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

A avaliação inicial de uma pessoa com HAS deve abarcar a confirmação do diagnóstico, a identificação da causa secundária e ainda a avaliação do risco para doenças cardiovasculares, sendo preciso avaliar e aferir a PA com técnica apropriada e com equipamentos validados, bem como investigar a história pregressa do paciente e de seus familiares e realização de exames físicos, clínicos e laboratoriais (SBC, 2016).

Cumprir pontuar que, deve ser observado que pacientes que apresentarem as pressões sistólica e diastólica alteradas situam-se em categorias diferentes, a maior base deve ser utilizada para classificação da PA. De acordo com as diretrizes propostas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), o valor liminar para ser considerado como pressão alta é de  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Ainda segundo essa sociedade, tal patologia comumente está ligada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (SBC, 2016).

Autores como James *et al.* (2014) lembram que ao menos três medições devem ser feitas em cada um dos dias (1 a 2 minutos de intervalo entre elas) e uma pausa de 3 a 5 minutos antes que a PA seja medida com o paciente sentado.

As condições ideais para a medição da PA devem ser mantidas através de recomendações para medição da PA no consultório médico e em casa, como não consumir substâncias como café, álcool ou tabaco por pelo menos uma hora antes da medição, esvaziar a bexiga antes da medição, se colocar numa posição relaxada, sentada, com o braço relaxado e repousado sobre uma superfície firme durante a

medição e realizar pelo menos 2 medições com 1-2 minuto(s) de intervalo, em silêncio, sem se mexer ou falar e sentado.

O Quadro 2 apresenta algumas recomendações quanto aos cuidados para aferição da PA em consultório médico e/ou em casa.

#### Quadro 2 – Recomendações para medição da PA

- A bexiga deve ser esvaziada antes da medição;
- O paciente não deve consumir café, álcool ou tabaco por pelo menos uma hora antes da medição; O paciente deve ficar sentado de 3 a 5 minutos antes da medição em um ambiente silencioso a uma temperatura agradável;
- Medição em uma posição relaxada, sentada, com encosto;
- O braço do paciente deve estar livre de roupas;
- As pernas devem ser plantadas no chão, não cruzadas;
- O braço deve estar relaxado e repousar sobre uma superfície firme durante a medição;
- Tamanho do manguito adequado à circunferência do braço;
- O local da medição deve estar no nível do coração;
- Pelo menos 2 medições devem ser realizadas com 1-2 minutos de intervalo. O paciente deve permanecer sentado em silêncio, sem se mexer ou falar.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de James *et al.* (2014).

As medidas do braço em pacientes com uma circunferência do braço de 22 a 32 cm são feitas com um manguito padrão (12 a 13 cm de largura, 35 cm de comprimento). Para braços com circunferência superior a 32 cm, estão disponíveis punhos com 15 a 18 cm de largura. Para Freeman *et al.* (2011), quando a pressão sanguínea é medida pela primeira vez, deve ser medida em ambos os lados. Se a diferença nos valores obtidos nos dois lados for maior que 20 mmHg sistólica ou maior que 10mmHg diastólica, devem ser descartadas as seguintes causas potenciais e, se a PA for mais baixa no lado esquerdo, a possibilidade de estenose do istmo da aorta deve ser considerada. Principalmente, a síndrome do arco aórtico devido à aterosclerose ou, raramente, vasculite; estenose unilateral da artéria subclávia; dissecação aórtica.

Posteriormente, sempre são feitas medições adicionais no braço para a PA que apresentar valores acima de 130/90 mmHg. Hipotensão ortostática é definida como queda da PA em mais de 20 mmHg sistólica e/ou superior a 10 mmHg diastólica após o paciente ficar em pé por três minutos (FREEMAN *et al.*, 2011).

Se houver suspeita de hipotensão ortostática, principalmente em pacientes idosos ou diabéticos, duas medidas adicionais devem ser feitas 1 e 3 minutos depois, com o paciente ainda em pé. O diagnóstico deve ser confirmado por uma medição ambulatorial de 24 horas ou por medições automatizadas da PA em casa.

Os valores obtidos por esses métodos geralmente são inferiores aos obtidos no consultório médico. Esse fato é levado em consideração pelos menores valores de corte recomendados (WILLIAMS *et al.*, 2018).

Uma medida ambulatorial de 24 horas também é particularmente útil para determinar a presença de hipertensão do avental branco ou hipertensão mascarada, na qual um paciente com este tipo de hipertensão (caracterizada pela resposta pressórica do paciente à presença do médico, porém em paciente previamente hipertenso), regularmente apresenta PA elevada no consultório médico, e valores normais se medida em casa. A prevalência desse fenômeno na população em geral é de aproximadamente 13% (FAGARD; CORNELISSEN, 2007).

Para Bobrie *et al.* (2008), no caso da hipertensão mascarada, situação em que os valores medidos da PA são normais no consultório médico, mas elevados em casa, é mais comum em jovens, homens, fumantes, pessoas com sobrepeso ou diabéticos e aqueles que sofrem de ansiedade ou estresse. Já Mancia *et al.* (2013) defende que a incidência de eventos cardiovasculares em pessoas com hipertensão mascarada é semelhante à de pessoas com PA persistentemente aumentada.

A Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária (HAS-S) “[...] tem prevalência de 3% a 5% e cerca de 10–15% das pessoas com hipertensão têm diagnóstico para hipertensão secundária devido a uma causa potencialmente tratável” (AMODEO *et al.*, 2010, p. 44). Se a história e a avaliação diagnóstica básica sugerirem essa possibilidade, uma avaliação suplementar direcionada deve ser realizada. Os autores chamam a atenção e questionam como necessário antes de se investigar as causas secundárias de HAS, devem ser “excluídas” as medidas inadequadas de PA, hipertensão do avental branco, tratamento inadequado, não adesão ao tratamento, progressão das lesões nos órgãos alvos da hipertensão, presença de comorbidades e interação com medicamentos. De acordo com Diniz *et al.* (2019), em cerca de 90% dos casos, não se é possível estabelecer uma causa e por isso a HAS denomina-se primária. Os autores discorrem que, atualmente, a HAS-S tem representado um problema de saúde pública mundial e fator de risco maior para doença cardiovascular.

O Quadro 3 apresenta alguns sinais que sugerem a hipertensão secundária.

### Quadro 3 – Sinais que sugerem a hipertensão secundária

- Evidências da análise diagnóstica básica;
- Hipertensão grave e, principalmente, maligna;
- Intratabilidade;
- Elevação persistente da PA após um longo período de bom controle da PA;
- Hipertensão de início repentino;
- Ausência de queda noturna da PA (non-dipper) ou mesmo aumento noturno da PA (dipper reverso) na medição a longo prazo de 24 horas;
- Idade incomum de início (antes dos 30 anos ou após os 60 anos).

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de James *et al.* (2014).

De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão (DBH), as principais causas de HAS-S são doenças tais como o hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma e paragangliomas, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, síndrome de Cushing, acromegalia, coarctação da aorta, hipertensão renovascular, síndrome da apnéia e hipopneia obstrutiva do sono, doença renal crônica, medicamentos e drogas (SBC, 2016).

Alguns são os fatores de risco e sinais de lesão de órgãos devido à hipertensão, tais como danos assintomáticos nos órgãos terminais, doença cardiovascular ou renal evidente e doença cardíaca coronária. Para James *et al.* (2014), o paciente deve ser questionado sobre a ingestão de substâncias que elevam a PA, incluindo anfetaminas, cocaína, anticoncepcionais orais, mineral e glicocorticóides, anti-inflamatórios não esteroides, eritropoietina e ciclosporina. Drogas anticâncer, particularmente inibidores da angiogênese e inibidores da tirosina quinase também elevam a pressão sanguínea.

Para Williams *et al.* (2018), a pressão alta geralmente é acompanhada por outros fatores de risco cardiovascular que potencializam ainda mais seus efeitos negativos. Sendo assim, o primeiro objetivo é realizar uma avaliação do risco geral do paciente.

O Quadro 4 representa a recomendação atual, quanto maior o risco cardiovascular geral do paciente, mais estritamente a PA deve ser controlada e o tratamento medicamentoso deve ser iniciado.

Conforme Mancia *et al.* (2013), os fatores de risco e sinais de lesão de órgãos devido à hipertensão são diversos tais como: idade, ser tabagista, quadro de dislipidemia, diabetes, hiperucemia, obesidade, doença cardiovascular, história familiar, menopausa prematura, estilo de vida sedentário, fatores psicossociais e socioeconômicos e frequência cardíaca. Os danos assintomáticos nos órgãos terminais podem ser detectados pela pressão de pulso, velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral, hipertrofia ventricular esquerda, sinais eletrocardiográficos e ou



sinais ecocardiográficos, retinopatia avançada, índice tornozelo-braço, insuficiência renal, moderada ou grave, microalbuminúria e diabetes mellitus.

#### Quadro 4 – Fatores de risco e sinais de lesão de órgãos devido à hipertensão

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores de risco</li> <li>- Sexo masculino</li> <li>- Idade (<math>\geq 55</math> anos; <math>\geq 65</math> anos)</li> <li>- Fumar (agora ou no passado)</li> <li>- Dislipidemia</li> <li>- Colesterol total <math>&gt; 190</math> mg/dL e/ou</li> <li>- HDL-colesterol <math>&lt; 40</math> mg / dL; ♀ <math>&lt; 46</math> mg/dL e/ou</li> <li>- Glicemia no sangue em jejum 102–125 mg/dL</li> <li>- Hiperuricemia</li> <li>- Obesidade</li> <li>- Índice de massa corporal (IMC) <math>\geq 30</math> kg / m<sup>2</sup> e/ou</li> <li>- Obesidade abdominal (circunferência da cintura ♂ <math>\geq 102</math> cm; ♀ <math>\geq 88</math> cm)</li> <li>- Doença cardiovascular em parente de primeiro grau (♂ <math>&lt; 55</math> anos; ♀ <math>&lt; 65</math> anos)</li> <li>- História familiar de início precoce da hipertensão arterial</li> <li>- Menopausa prematura</li> <li>- Estilo de vida sedentário</li> <li>- Fatores psicossociais e socioeconômicos</li> <li>- Frequência cardíaca <math>&gt; 80</math> /min em repouso <ul style="list-style-type: none"> <li>• Danos assintomáticos nos órgãos terminais</li> </ul> </li> <li>- Pressão de pulso (em um indivíduo idoso) <math>\geq 60</math> mm Hg</li> <li>- Velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral <math>&gt; 10</math> m/s</li> <li>- Hipertrofia ventricular esquerda</li> <li>- Sinais eletrocardiográficos (índice de Sokolow – Lyon <math>&gt; 3,5</math> mV, etc.) e/ou</li> <li>- Sinais ecocardiográficos (índice de massa ventricular esquerda: ♂ <math>&gt; 115</math> g/m<sup>2</sup>; ♀ <math>&gt; 95</math> g/m<sup>2</sup>).</li> <li>- Retinopatia avançada (hemorragias ou exsudatos, papiledema) - Índice tornozelo-braço <math>&lt; 0,9</math></li> <li>- Insuficiência renal, moderada (TFGe <math>&gt; 30</math>–<math>59</math> mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) ou grave (TFGe <math>&lt; 30</math> mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).</li> <li>- Microalbuminúria (30-300 mg/24 horas ou 30-300 mg/g de creatinina)</li> <li>Diabetes mellitus</li> <li>- Glicemia no jejum <math>\geq 126</math> mg/dL em pelo menos duas medições e / ou</li> <li>- HbA 1c <math>&gt; 7\%</math> e/ou</li> <li>- Glicemia pós-prandial <math>&gt; 199</math> mg/dL <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença cardiovascular ou renal evidente</li> </ul> </li> <li>- Doença cerebrovascular</li> <li>- AVC isquêmico</li> <li>- Hemorragia subaracnóide</li> <li>- Ataque isquêmico transitório <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença cardíaca coronária</li> </ul> </li> <li>- Infarto do miocárdio</li> <li>- Angina de peito</li> <li>- Revascularização do miocárdio, cirúrgica ou intervencionista</li> <li>- Insuficiência cardíaca, sistólica ou diastólica</li> <li>- Doença arterial oclusiva periférica</li> <li>- Demonstração de placa aterosclerótica por estudo de imagem</li> <li>- Fibrilação atrial</li> </ul>
--

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Mancina *et al.* (2013).

As doenças cardiovasculares ou renais envolvem diversas doenças, a saber: doença cerebrovascular, acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia subaracnóide, ataque isquêmico transitório. Já a doença cardíaca coronária: o infarto

do miocárdio, angina de peito, revascularização do miocárdio, cirúrgica ou intervencionista, insuficiência cardíaca, sistólica ou diastólica doença arterial oclusiva periférica, demonstração de placa ateromatosa por estudo de imagem e fibrilação atrial. A Doença Cardíaca Coronariana é o resultado da obstrução das artérias coronárias, os vasos sanguíneos que irrigam o músculo do coração. O conjunto de artérias coronárias constitui a circulação coronária (MANCIA *et al.*, 2013).

Persu *et al.* (2014) recomenda que, antes de qualquer tratamento, as causas potenciais de hipertensão secundária devem ser excluídas. A conformidade pode ser verificada por medição da pressão sanguínea após a ingestão supervisionada de medicamentos ou por medida da (s) substância (s) ativa (s) no soro ou na urina do paciente. Esses fatores são muitas vezes esquecidos, mesmo por especialistas.

Em um estudo, dos 731 pacientes portadores do diagnóstico de hipertensão resistente ao tratamento, 26,5% realmente tinham hipertensão essencial pseudo-resistente ou um tipo secundário de hipertensão. Em 47% dos casos, a PA tornou-se normal após uma mudança adequada no regime medicamentoso (PERSU *et al.*, 2014).

#### 2.4 TRATAMENTO E VALORES-ALVO PARA PRESSÃO ARTERIAL

Os valores alvos para as taxas da PA considerada como saudáveis ficaram mais rígidas por conta da determinação da Associação Americana do Coração e o Colégio Americano de Cardiologia que atualizaram as recomendações de diagnóstico e tratamento da pressão alta. Os valores alvos para as taxas da PA considerada como saudáveis ficaram mais rígidos por conta da determinação da Associação Americana do Coração e o Colégio Americano de Cardiologia que atualizaram as recomendações de diagnóstico e tratamento da pressão alta. Segundo Biernath (2018) antes, eram considerados hipertensos aferições acima de 140 por 90 milímetros de mercúrio (mmHg). Atualmente, 130 por 80 já é considerada doença, e situações que variam de 120 a 129 por 80 – antes normais – acionam o sinal de alerta amarelo.

De acordo com a atualização das diretrizes europeias ESH/ESC (MANCIA *et al.*, 2013), todos os pacientes, incluindo aqueles com insuficiência renal ou diabetes, devem ter sua pressão sanguínea reduzida para menos de 140/90mmHg para o início do tratamento. Conforme Williams *et al.* (2018), a maioria dos pacientes toleram bem o tratamento, embora seja recomendada uma redução adicional da PA. É definido um

intervalo alvo de PA, incluindo um limite inferior. Em Garrison *et al.* (2017, p. 8):

Para pacientes entre 18 e 65 anos, é sugerida uma PA sistólico alvo abaixo de 130mmHg, mas não inferior a 120mmHg. O mesmo vale para pacientes diabéticos, enquanto a recomendação para pacientes com insuficiência renal é um faixa alvo mais alta da PA sistólica (abaixo de 140mmHg, mas não inferior a 130mmHg). Para pacientes acima de 65 anos, a faixa de PA sistólica alvo recomendada também é inferior a 140mmHg, mas não inferior a 130mmHg. A faixa de PA diastólica alvo para todos os pacientes, independentemente da idade, é inferior a 80mmHg, mas não inferior a 70mmHg. Em pacientes idosos, em particular, deve-se prestar atenção aos efeitos colaterais e o alvo da PA pode ter que ser redefinido.

As sociedades cardiológicas Europeias e Nortes Americanas, na atualização mais recente de suas diretrizes, classificam os valores da PA na faixa de 130 a 139/85 a 89mmHg como hipertensão grau I, mas afirmam que isso deve ser tratado inicialmente sem drogas na maioria dos casos (WHELTON *et al.*, 2017). Já o *National Institute For Health And Care Excellence* do Reino Unido (NICE) define a hipertensão como uma medida inicial  $\geq 140/90$ mmHg com medições subsequentes  $\geq 135/85$ mmHg (TALER, 2018).

No Brasil, de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a pré-hipertensão é considerada a partir dos níveis pressóricos em torno de 121-139 para PAS, e 81-89 para PAD além dos estágios 1, 140 – 159 (PAS) e 90 – 99 (PAD). Hipertensão estágio 2, 160 – 179 100 – 109. Hipertensão estágio 3  $\geq 180 \geq 110$  (GOMES *et al.*, 2016, p. 11).

#### **2.4.1 Tratamento não farmacológico**

Os dois pilares do tratamento anti-hipertensivo são o tratamento não farmacológico e o tratamento medicamentoso. As mudanças no estilo de vida sempre devem ser consideradas primeiro como um meio de diminuir a PA, e faz sentido manter essas alterações mesmo após o início do tratamento medicamentoso (WILLIAMS *et al.*, 2018).

De acordo com Graudal *et al.* (2017), as medidas mais importantes são dieta com pouco sal, ingestão adequada de potássio, prevenção do consumo excessivo de álcool, cessação do tabagismo, dieta saudável e equilibrada, exercício físico e perda de peso. Em uma metanálise, a redução da ingestão de sal de 201 mmol/dia (um valor bastante típico para a população alvo para 66 mmol/dia reduziu a PA em uma média de 5,5/2,9 mmHg em pacientes hipertensos brancos. De acordo com estudo da

Unicamp, a hipertensão é mais persistente entre negros, apesar de o tratamento da pressão alta ter avançado entre a população em geral; afrodescendentes têm mais dificuldade para controlar a doença, diz estudo, segundo Graudal *et al.* (2017).

O efeito é variável; no entanto, nem todo paciente se beneficia de uma dieta com pouco sal. Alguns fármacos anti-hipertensivos, particularmente inibidores do sistema renina angiotensina-aldosterona, tendem a ser mais eficazes se o paciente estiver em dieta com pouco sal (GARFINKLE, 2017).

Para Borjesson *et al.* (2016), em ensaios clínicos randomizados, o treinamento regular de resistência reduziu a PA em uma média de 11/5mmHg. O efeito mais forte foi encontrado em pacientes que se exercitaram durante períodos de 40 a 60 minutos pelo menos três vezes por semana. Uma metanálise revelou que o treinamento dinâmico regular de força também pode afetar positivamente a PA.

Pessoas com sobrepeso e obesas correm maior risco de HAS, precisam de mais medicamentos anti-hipertensivos e são mais resistentes ao tratamento do que pacientes com peso normal (JORDAN *et al.*, 2014). Atualmente, recomenda-se que todas as pessoas tenham um Índice de Massa Corporal (IMC) entre 20 e 25 kg/m<sup>2</sup>, com uma Circunferência da Cintura (CC) menor que 94cm nos homens e 80cm nas mulheres (SIEBENHOFER *et al.*, 2016). A WHO estabelece os seguintes valores para avaliação do IMC: baixo peso (IMC < 18,5), normal (18,5 <IMC< 25), sobrepeso (25< IMC<IMC 40), obesidade (30<IMC< 40) e obesidade mórbida (IMC>40) (WHO, 1997).

Oliveira (1996) salienta que o tratamento não medicamentoso consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa e tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da PA. Para Figueiredo (2015), a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento.

De acordo com o departamento de hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o tratamento não medicamentoso está indicado a todos os hipertensos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Conforme diretriz, dentre as modificações, as que comprovadamente reduzem a PA são: redução do peso corporal, redução da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcólicas, exercício físico regular, e a não utilização de drogas (BRASIL, 2017).

### 2.4.2 Farmacoterapia anti-hipertensiva

O tratamento medicamentoso pode ser iniciado com um único medicamento ou uma preparação combinada. A Sociedade Brasileira de Cardiologia seguindo as diretrizes internacionais atualizadas recomenda que a maioria dos pacientes tome dois anti-hipertensivos no início da farmacoterapia, preferencialmente combinados em um único comprimido (WILLIAMS *et al.*, 2018).

De acordo com Bombig e Póvoa (2009), os bloqueadores dos canais de cálcio de ação prolongada da dihidropiridina diuréticos do tipo tiazida são Antagonistas dos Canais de Cálcio (ACC), são agentes anti-hipertensivos particularmente efetivos em idosos e naqueles com atividade da renina plasmática baixa. São, também, úteis em angina pectoris, taquicardia supraventricular recorrente, fenômeno de Raynaud, enxaqueca, insuficiência cardíaca diastólica e espasmo esofágico. Embora os bloqueadores beta-adrenorreceptores sejam inferiores a essas classes de substâncias em relação à proteção cardiovascular, eles são considerados um componente adequado do tratamento de primeira linha em vários países (WRIGHT *et al.*, 2009).

Williams *et al.* (2018) destacam que os betabloqueadores são usados em pacientes que sofrem de angina de peito, sofreram infarto do miocárdio no passado ou têm insuficiência cardíaca, ou ainda para o controle da frequência cardíaca. Por um lado, a escolha do medicamento anti-hipertensivo baseia-se na eficácia e tolerabilidade individual, para as quais ainda não existem bons preditores. Entretanto, alguns medicamentos anti-hipertensivos melhoram os resultados em pacientes com certas doenças subjacentes e, portanto, devem ser utilizados preferencialmente nesses pacientes.

Preparações com meia-vida longa que podem ser administradas uma vez ao dia são preferíveis por motivos de conformidade. Em vista dos ritmos circadianos da regulação circulatória, pode ser melhor para os pacientes tomar medicamentos anti-hipertensivos de ação prolongada à noite, mas ainda não está claro se isso tem algum efeito positivo nos eventos cardiovasculares (HERMIDA *et al.*, 2011).

Os inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) e os antagonistas dos receptores Angiotensina 1 (AT1) melhoram a sobrevida de pacientes com insuficiência cardíaca e têm um efeito benéfico na nefropatia diabética, devendo, portanto, ser administrados preferencialmente a pacientes com essas condições. Eles

também podem diminuir o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2. No caso dos bloqueadores dos canais de cálcio do tipo di-hidropiridina, são anti-hipertensivos eficazes e podem, em princípio, ser combinados com qualquer outro tipo de anti-hipertensivo de primeira linha. O edema periférico devido à vasodilatação periférica é um efeito colateral comum e, às vezes, leva à descontinuação do medicamento (NICE, 2018).

Os diuréticos do tipo tiazida são um dos pilares do tratamento anti-hipertensivo há décadas. A hidroclorotiazida é a mais comumente prescrita em todo o mundo, embora pareça ser menos eficaz que a indapamida ou a clortalidona. Os distúrbios eletrolíticos são um efeito colateral comum, principalmente em pacientes idosos; os principais tipos são hiponatremia e hipocalcemia. 4,1% dos idosos hipertensos tratados com clortalidona apresentaram uma concentração sérica de sódio abaixo de 130 mmol/L (MANCIA *et al.*, 2013).

Os betabloqueadores são inferiores a outros anti-hipertensivos de primeira linha para redução da PA embora melhorem o prognóstico de pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio e/ou sofrem de insuficiência cardíaca congestiva crônica, sendo, portanto, indicados para pacientes com essas condições, independentemente de seu efeito anti-hipertensivo (WILLIAMS *et al.*, 2018).

Os inibidores da ECA e os antagonistas dos receptores AT1 são contraindicados durante a gravidez. As mulheres grávidas podem tomar medicamentos anti-hipertensivos mais antigos, como di-hidralazina e alfa-metildopa; elas também podem tomar betabloqueadores, como metoprolol e nifedipina de liberação prolongada. Dihidralazina e nifedipina, no entanto, não devem ser administradas durante o primeiro trimestre por conta do risco de complicações fetais. Dessa forma, seu emprego deve ser cauteloso e frequentemente monitorado em adolescentes e mulheres em idade fértil (KOHLMANN JUNIOR *et al.*, 2010; SEELYE *et al.*, 2011).

Após a compreensão dos inibidores, o Quadro 5 representa uma análise do banco de dados da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) no qual indica as medicações mais prescritas pelo município de Marataízes/ES.

Quadro 5 – Medicamentos mais prescritos de acordo com a REMUME do município de Marataízes – ES

MEDICAMENTOS	MG	QUANTIDADE
Hidroclorotiazida	25 mg	1 comprimido/ao dia (manhã)
Propranolol	40 mg	1 comprimido/ao dia
Losartana	50 mg	1 comprimido/ao dia
Enalapril	10 mg	1 comprimido/ao dia
Nifedipino	20 mg	1 comprimido/ao dia
Anlopidino	5 mg	1 comprimido/ao dia
Atenolol	25 mg	2 comprimido/ao dia
Atenolol	50 mg	1 comprimido/ao dia
Furosemida	40 mg	1 comprimido/ao dia (manhã)
Sinvastatina	20 mg	1 comprimido/a noite

Fonte: Banco de dados da REMUME<sup>2</sup> (2017).

### 2.4.3 Hipertensão resistente ao tratamento

Mesmo quando todas essas medidas são tomadas, cerca de 10% dos pacientes hipertensos tratados na prática clínica de rotina não alcançam controle adequado da PA. A definição de hipertensão resistente ao tratamento é a PA que permanece persistentemente acima de 140/90 mmHg, apesar do tratamento com três drogas anti-hipertensivas em doses ótimas, uma das quais é um diurético (DE LA SIERRA *et al.*, 2011).

A definição também requer a exclusão de possíveis causas de hipertensão secundária. A hipertensão resistente ao tratamento geralmente se torna tratável quando a questão da adesão do paciente e o potencial de melhoria adicional do regime medicamentoso são tratados adequadamente (PERSELL, 2011).

O tratamento deve ser direcionado contra dois mecanismos fisiopatológicos principais: hiperatividade do sistema nervoso simpático e excesso de volume devido à retenção excessiva de sódio, insuficiência renal ou um nível excessivamente alto de aldosterona (PERSELL, 2011).

A pesquisa que Grassi *et al.* (2014) realizaram trouxe informações de tratamento em 58% dos pacientes, nos quais a PA tornou-se normal. A frequência de efeitos secundários graves e a taxa de descontinuação do tratamento não diferiram entre os grupos de pacientes em tratamento.

<sup>2</sup> Diário Oficial do município de Marataízes. Documento online Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Marataízes (REMUME). Disponível em: [https://www.marataizes.es.gov.br/uploads/filemanager/BVS\\_conteudos/RELACAO\\_DOS\\_MEDICAMENTOS\\_DA\\_REMUME\\_2017.pdf](https://www.marataizes.es.gov.br/uploads/filemanager/BVS_conteudos/RELACAO_DOS_MEDICAMENTOS_DA_REMUME_2017.pdf). Acesso em 24 out. 2019.

Posto desse modo, de acordo com Helena *et al.* (2010, p. 615 apud BRASIL, 2006, n. p.) o MS preconiza uma atenção básica que conduza atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Destaca ainda, que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a ESF.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva, documental e retrospectiva com uma abordagem quanti-qualitativa. O tipo de pesquisa denominada descritiva tem como propósito viabilizar maior familiaridade com o problema e descrever as principais características da população a ser estudada. Já a pesquisa documental constitui-se como um tipo de pesquisa que utiliza materiais que ainda não foram submetidos ao tratamento analítico. No que tange a pesquisa retrospectiva, cabe pontuar que se mostra apropriada para a pesquisa em tela, uma vez que tomaremos como objetivo de análise os registros passados dos sujeitos participantes desta (GIL, 2008).

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no município de Marataízes, que segundo dados do IBGE possui população estimada de 38.499 habitantes. Trata-se de um município localizado no litoral sul do estado do Espírito Santo, no Brasil, banhado pelo Oceano Atlântico e faz divisa com os municípios de Itapemirim e Presidente Kennedy (IBGE, 2019).

No que tange ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), do município de Marataízes, em 2010, era de 0,696, o que colocou o município na faixa de IDHM entre 0,600 e 0,699. Impende pontuar que a variável que mais contribuiu para que o município viesse alcançar esse resultado foi a de longevidade (índice de 0,847), renda (índice de 0,676), e de educação (índice de 0,588), respectivamente (BRASIL, 2019).

A pesquisa foi realizada na ESF “Barra” no município de Marataízes. A unidade foi inaugurada em 12 de junho de 2019 e está localizada à Rua Jones dos Santos Neves S/N, Marataízes, zona urbana, a 3,0 Km do centro da cidade. Atinge uma população com cerca de 3.503 habitantes, com um total 1.176 famílias cadastradas, compreendendo 62 ruas. O horário de funcionamento da unidade é das 7: 00 às 16:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira.

Ocupa 300 metros quadrados de área construída, com recurso do governo

Estadual, em terreno cedido pelo município. Foi projetada dentro de novo padrão arquitetônico, que inclui características sustentáveis para permitir o aproveitamento da luminosidade e ventilação natural.

A estrutura física da unidade é composta por: recepção (arquivo e prontuário), sala de espera, auditório, consultório médico, consultório ginecológico, consultório odontológico, uma sala de administração e gerência, uma sala de imunização, uma sala de enfermagem, sala de triagem, sala de nebulização, sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala de esterilização, sala de expurgo, escovário, um almoxarifado, cozinha, banheiro para funcionários, dois sanitários adaptados para uso de portadores de deficiência, área de serviço e depósito de materiais de limpeza. A unidade conta ainda com um abrigo na parte externa para resíduos sólidos contaminados.

A equipe é composta por dezoito profissionais sendo 01 (um) médico clínico geral; 01 (um) pediatra; 01 (um) ginecologista; 01 (um) enfermeiro; 02 (dois) técnicos de enfermagem; 07 (sete) ACS; 01 (um) odontólogo; 01 (um) auxiliar de saúde bucal; 02 (dois) recepcionistas; 01 (um) auxiliar de serviços gerais. A carga horária dos profissionais da ESF é de 40 (quarenta) horas semanais, exceto o médico pediatra e o ginecologista que possuem carga horária de 20 (vinte) horas semanais.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Segundo dados da consulta on-line realizada no sistema da Estratégia e SUS Atenção Básica (e-SUS AB)<sup>3</sup> existem hoje cerca de 425 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados na ESF “Barra” do Município de Marataízes-ES, distribuídos de acordo com sua classificação de risco. 197 desses pacientes possuem o diagnóstico de baixo risco ou estágio I, com PAS de 140 a 159 mmHg e PAD entre 90 a 99 mmHg; 143 pacientes com médio risco ou estágio II, com PAS de 160 a 179 mmHg e PAD de 100 a 109 mmHg, e 85 pacientes de alto risco ou estágio III dos quais apresentam PA Sistólica de  $\geq 180$  ou  $\geq 110$  mmHg, conforme VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, publicada no ano de 2016, pela Sociedade

---

<sup>3</sup> O e-SUS AB uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2019).

Brasileira de Cardiologia, que pontua a necessidade dos serviços de saúde agruparem os pacientes por critérios que estratifiquem seu grau de risco cardiovascular (SBC, 2016).

Do universo de pacientes acima elencados, participaram deste estudo os pacientes de alto risco ou estágio III, sendo 35 do sexo masculino e 50 do sexo feminino, com idade entre 40 a 70 anos.

A escolha por realizar a pesquisa com pacientes portadores de HAS de alto risco, ou seja, grau III deu-se em razão destes pacientes possuírem um ou mais fatores de risco associados com doenças cardiovasculares ou renais, e possível lesão em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), bem como a probabilidade de evento cardiovascular em 10 anos, sendo, portanto, imprescindível a imediata e efetiva conduta terapêutica.

### 3.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Com o intento de investigar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da ESF “Barra” do município de Marataízes-ES, a coleta de dados ocorreu em duas etapas: a primeira, foi direcionada por um roteiro de entrevista estruturado, contendo 16 (dezesseis) perguntas fechadas, que versavam sobre variáveis socioeconômicas (gênero, idade profissão, etnia, nível de escolaridade, estado civil, e renda familiar) e biossociais (há quanto tempo o entrevistado era hipertenso; em qual local costumava aferir a PA; se fazia uso de medicamento anti-hipertensivo; se usava regularmente os medicamentos; se seguia algum tipo de dieta recomendada; se tinha hábito de fumar e, em casos afirmativo, há quanto tempo fazia o uso; se fazia uso de bebida alcoólica, se sim, com qual frequência; se praticava atividade física, qual era a modalidade e frequência; se havia histórico de pressão alta na família, e o nível de parentesco com o familiar; se detinha o conhecimento acerca das complicações que podem surgir em função da pressão alta; se conhecia os fatores de risco que poderiam levá-lo a ter pressão alta, se sim, quais o mesmo obtinha conhecimento; se fazia consulta médica regularmente; quantas horas de sono por dia ele dormia; e se saberia dizer o que significava mudança no estilo de vida (Apêndice A).

Dessa forma, tendo como ponto de partida o roteiro supracitado, essa primeira etapa constituiu-se da realização das entrevistas com os 85 pacientes de alto risco ou

estágio III.

As entrevistas tiveram início no mês de novembro do ano de 2019 e término no mês de fevereiro do ano de 2020. Os sujeitos participantes deste estudo, foram entrevistados durante a consulta nos grupos de Hipertensão, destinados aos pacientes com diagnóstico prévio de alto risco ou estágio III, que acontecem no auditório ESF “Barra” do município de Maratáizes-ES, a cada dois meses, às segundas e às quartas-feiras, no turno vespertino. Na ocasião, antes da coleta dos dados, os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e seu objetivo, e foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice B), o qual era assinado após concordância em participar da pesquisa.

Já a segunda etapa, baseou-se na coleta de informações específicas contidas nos prontuários físicos referentes ao período de 2010 a 2018 dos pacientes cadastrados no programa Hipertensão, dos quais foram selecionados para este estudo. Esta contou com a utilização de um protocolo (Apêndice C) que permitiu a coleta dos respectivos dados: número do prontuário; idade; sexo; variáveis antropométricas (altura, peso, CC e IMC); se o paciente havia sido encaminhado ao cardiologista e/ou nutricionista; e ainda, dados sobre o diagnóstico prévio da PAS e da PAD.

Cabe elucidar que as variáveis antropométricas relativas à altura, peso e CC, foram registradas por profissionais capacitados e treinados, que posteriormente realizaram o cálculo do IMC e descreveram no prontuário. Estas mensurações foram norteadas por meio do instrumento de trabalho denominado Procedimento Operacional Padrão (POP)<sup>4</sup>, comumente utilizado nas unidades de saúde com o objetivo de estabelecer rotinas padronizadas na execução de procedimentos.

Dessa forma, para aferir a altura e o peso dos pacientes, foi utilizado balança eletrônica (digital) com Antropômetro. Para medir a altura, o profissional solicitou ao paciente que se posicionasse descalço no centro do equipamento, que permanecesse de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, e que encostasse os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o Antropômetro. Após isso, a parte móvel do equipamento foi fixada contra a cabeça do mesmo, gerando pressão suficiente para

---

<sup>4</sup> Procedimento Operacional Padrão (POP) - é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

comprimir o cabelo. Feito isso, foi solicitado que o paciente descesse do equipamento, ficando o cursor mantido imóvel. Logo em seguida foi realizada a leitura, sem soltar a parte móvel do equipamento, e o resultado anotado no prontuário.

O peso foi aferido em uma balança eletrônica (digital). Os pacientes foram posicionados em pé no centro da balança, estando descalço, com o mínimo de roupa possível, e com os braços estendidos ao longo do corpo, na qual o valor do peso fixado no visor foi registrado no prontuário.

Já a medida da CC foi realizada com uma fita métrica que foi posicionada sobre o ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela no momento da expiração, sendo o seu valor descrito no prontuário.

No que se refere ao cálculo do IMC, esse consistiu na divisão do peso corporal (kg) pela estatura ao quadrado ( $m^2$ ), no qual os resultados foram utilizados para verificar a curva de risco nutricional e de obesidade dos hipertensos, e encaminhamentos para nutricionista e/ou cardiologista, conforme prevê a classificação proposta pela WHO (1997).

No que tange aos valores relativos a PAS e PAD registrados nos prontuários, esses foram resultados da média das quatro aferições anuais realizadas pelos profissionais, que, seguindo as diretrizes proposta pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, considera o valor liminar para ser considerado como pressão alta o valor de  $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg. Para isso, foi utilizado um Esfigmomanômetro Aneróide calibrado e um estetoscópio. Inicialmente, foi solicitado ao paciente o repouso de cinco minutos em um contexto calmo; foi certificado se o mesmo não estava com a bexiga cheia; se não havia praticado exercício físico nos últimos sessenta minutos; se não havia ingerido bebida alcoólica, café ou alimentos; se não havia fumado trinta minutos antes da medida.

O paciente foi orientado a não falar durante o procedimento, a manter as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e a permanecer relaxado. Em seguida, o braço esquerdo do mesmo foi posicionado na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido. Após isso, foi realizada a medida da circunferência do braço do paciente, selecionado o manguito no tamanho adequado, sem que houvesse folgas de dois a três centímetros acima da fossa cubital.

O pulso radial do paciente foi palpado e o manguito inflado até seu desaparecimento, a fim de estimar o nível da PAS. Dando continuidade, o manguito

foi desinflado rapidamente e aguardou-se um minuto para inflar novamente. Isto feito, a campânula do estetoscópio foi posicionada suavemente na fossa antecubital, visando evitar compressão excessiva. O manguito foi inflado rapidamente de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, que é o nível estimado da PAS.

Procedeu-se a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a PAS, aumentou-se a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente. Dessa forma, PAS foi determinada no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Já a PAD foi determinada no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Isto feito, os batimentos cardíacos foram auscultados cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento, e depois procedeu-se à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistiram até o nível zero, foi determinada a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), e anotado nos prontuários os valores das pressões sistólica/ diastólica/ (zero).

Cumprir elencar que, no âmbito da saúde, o prontuário é utilizado para facilitar a assistência ao paciente, constituindo-se num meio de comunicação entre os diferentes profissionais da saúde e um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento, tanto durante uma internação quanto no período entre as consultas de ambulatório. Vale salientar que, por se tratar de pacientes de alto risco, a avaliação clínica destes usuários foi realizada a cada dois meses, sendo os dados advindos dessa avaliação inseridos nos prontuários físicos.

### 3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados advindos desta pesquisa foram agrupados e tabulados no *Software Microsoft Excel 2016*, permitindo realizar uma análise descritiva dos dados e das variáveis coletadas que foram apresentados e discutidos à luz da literatura pertinente.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através da Plataforma Brasil, ficando registrada sob o número 25407519.4.0000.82075 e recebendo no dia sete de novembro de 2019 a aprovação

do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré – FVC (Anexo A). Objetivando cumprir com todos os requisitos éticos para a realização desta pesquisa, além do TCLE (Apêndice B), foi necessária a utilização do Termo de Autorização da instituição coparticipante (Anexo B), bem como do Termo de Compromisso de Utilização de Dados e Prontuários (TCUDP), que se encontra disposto no Apêndice D.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

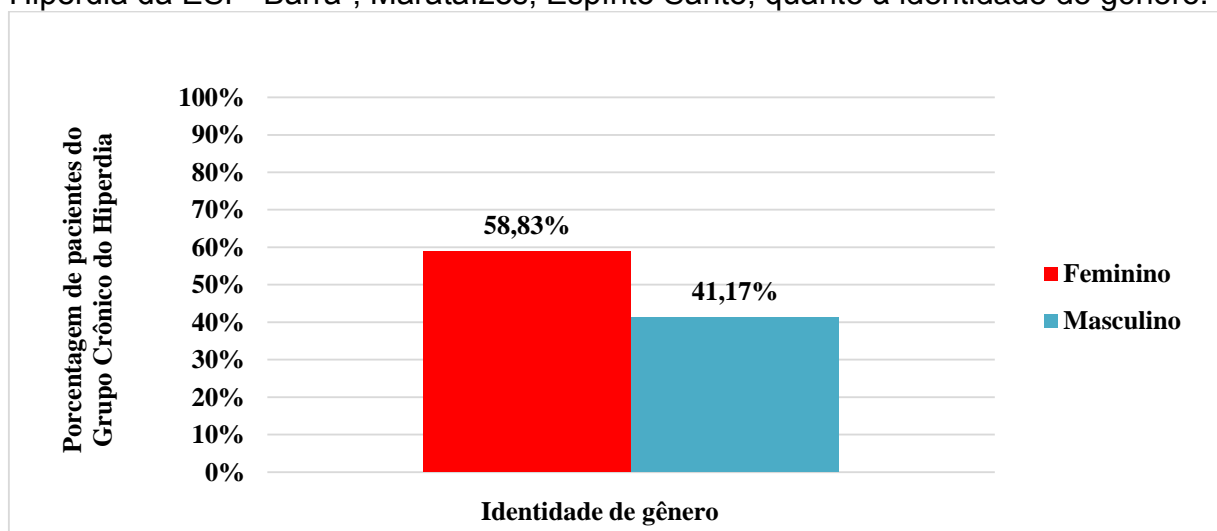
Os resultados foram estratificados para uma melhor compreensão. Inicialmente, foram avaliadas as características socioeconômicas, seguida das biossociais, do perfil clínico e da proposta educativa relacionada à prevenção, à promoção e aos cuidados relativos à HAS.

### 4.1 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Os pacientes que participaram do estudo estavam cadastrados no Programa Hipertensão da ESF “Barra”, município de Marataízes, estado do Espírito Santo, sendo classificados de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) como hipertensos de grau III ou alto risco. O estudo foi conduzido com todos os pacientes desse grupo no período de 2010 a 2018.

Ao total, 85 pacientes hipertensos grau III cadastrados no Programa Hipertensão da ESF “Barra” no município de Marataízes, Espírito Santo, fizeram parte dessa pesquisa. Em relação à identidade de gênero, 58,83% (50) pacientes pertenciam ao gênero Feminino e 41,17% (35) pertenciam ao grupo “Masculino”, como indicado na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição percentual dos pacientes hipertensos grau III, cadastrados no Hipertensão da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, quanto à identidade de gênero.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Na perspectiva Bertolini e Simonetti (2014), historicamente, predomina no



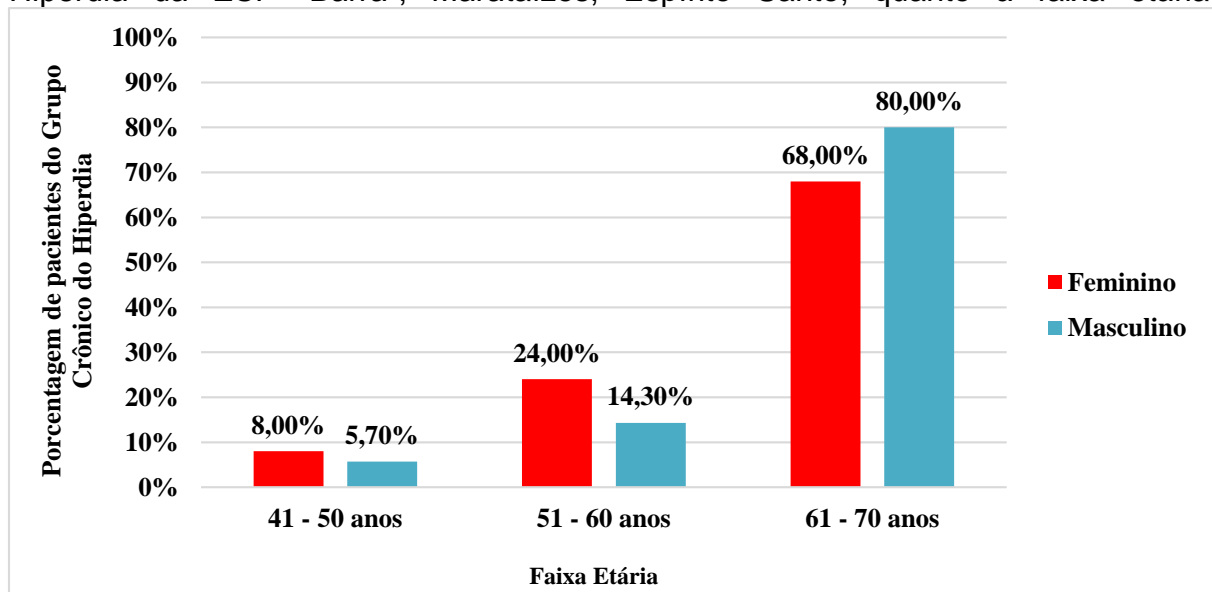
senso comum a visão de que o gênero masculino é forte e que dificilmente adocece. Essa visão reflete de forma negativa no campo dos cuidados em saúde, contribuindo para que a procura pelos serviços de saúde ocorra de forma predominante pela população feminina.

Ainda sobre a diferença quanto ao gênero dos pacientes, Zangirolani *et al.* (2018) e Dias *et al.* (2019) descrevem em seus estudos que essa disparidade também encontrada nesta pesquisa pode ser compreendida a partir da perspectiva de que a mulher possui uma maior percepção acerca dos sinais físicos e sintomas das patologias, possuindo um maior interesse por sua própria saúde e, por conseguinte, pela busca de assistência médica.

Já Dias *et al.* (2019) explicam que a predominância do gênero feminino pode ser compreendida pelo processo de feminização da velhice, em razão da mortalidade masculina ser maior que a feminina, sobretudo nas idades avançadas que, por conseguinte, concede à mulher maior longevidade e possibilidade de desenvolver deficiências físicas e mentais ou ainda doenças referidas, como é o caso da HAS.

Com relação a faixa etária dos pacientes (Figura 3), foi possível observar que 68% (34) das pacientes possuíam de 61 a 70 anos; em seguida, foi observado que 24% (12) das pacientes estavam na faixa etária de 51 a 60 anos e 8% (4) de 41 a 50 anos. No sexo masculino, 80% (28) pertenciam à faixa etária entre 61 a 70 anos, 14,30% (5) na faixa etária 51 a 60 anos e, por fim, 5,70% (2) entre 41 e 50 anos.

Figura 3 – Distribuição percentual dos pacientes hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, quanto à faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Os resultados encontrados por Castro *et al.* (2018) divergem dos dados deste estudo, no qual foi observado pelos pesquisadores uma maior prevalência da HAS em pessoas com idade superior a 70 anos.

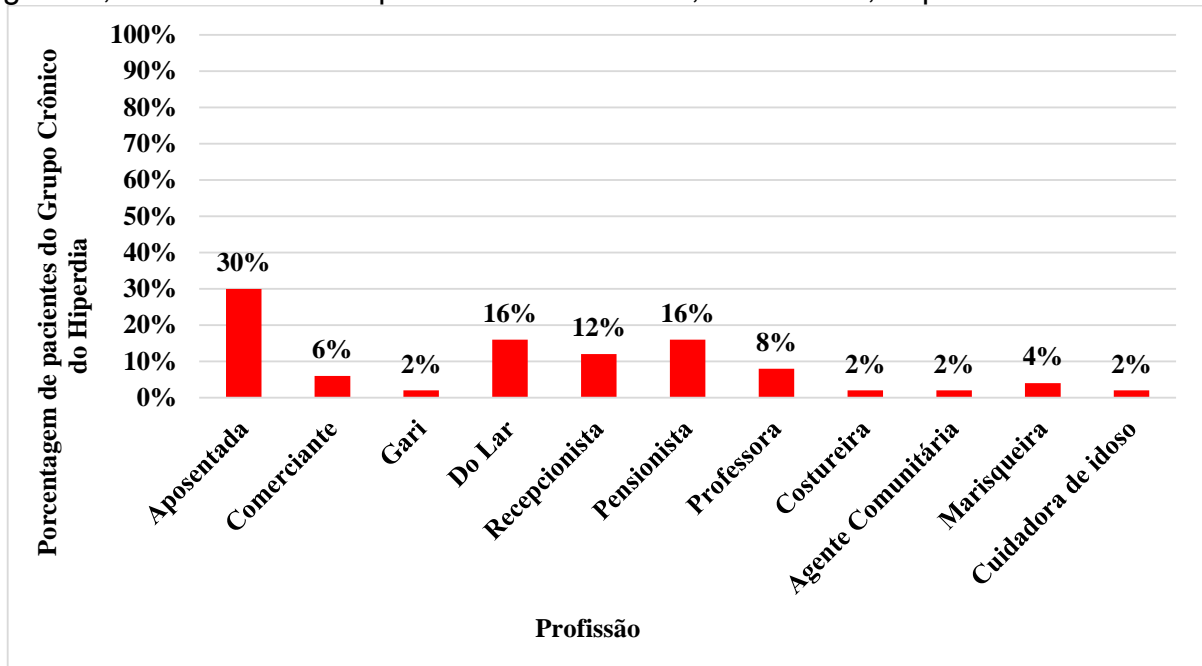
Sobre isso, Malta *et al.* (2017) pontua que a prevalência da HAS em indivíduos com idade superior a 65 anos se dá devido às alterações biológicas que são inerentes ao processo fisiológico de envelhecimento, como por exemplo, o enrijecimento da veia aorta e a maior resistência vascular periférica.

Santana *et al.* (2019) em consonância com Malta *et al.* (2017) descrevem que a prevalência da HAS na população idosa decorre das mudanças inerentes ao processo de envelhecimento que resultam em alterações morfológicas, metabólicas e psíquicas, sendo a esta a condição mais prevalente em idosos acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde.

Corroborando com o resultado desta pesquisa, destaca-se o estudo de Zangirolani *et al.* (2018) que assinala a existência do aumento da prevalência de HAS com a idade, e faz um paralelo deste achado com o aumento da expectativa de vida da população, que, por conseguinte, ocasiona em larga escala diversas doenças crônicas.

No que diz respeito à profissão dos pacientes do grupo “Feminino” (Figura 4), foi observado que 30% (15) eram aposentadas, 16% (8) pensionistas, 16% (8) “do lar”, 12% (6) recepcionistas; 6% (3) comerciantes; 8% (4) professoras; 4% (2) marisqueiras, 2% (1) agente comunitária, cuidadora de idosos, costureira e gari, respectivamente.

Figura 4 – Distribuição do perfil laboral dos pacientes do sexo feminino, hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Conforme elucida Dantas e Oliveira (2019), a ocupação possui grande relação com os níveis pressóricos, posto que as condições em que ela se dá podem contribuir para o surgimento de outros fatores, tais como: déficit de horas de sono, sobrecarga de trabalho, preocupação, dentre outros. Esses ainda mencionam que quanto menor é o status do trabalho, maior é a tendência do aumento da PA. Este fato pode ser explicado pelo viés do estresse ambiental, da insatisfação no trabalho, e pela limitação quando às opções de lazer do indivíduo, sendo o lazer o nono mandamento contra HAS para combater o estresse preconizado pela SBC.

Sobre isso, Andrade *et al.* (2015) destacam que a etiologia da HAS é multifatorial, podendo a exposição a fatores ocupacionais influenciarem no desenvolvimento desta, dentre esses fatores, encontra-se o ruído, estresse no ambiente do trabalho, trabalhos em turnos e exposição a determinados agentes químicos.

O estudo de Vancini-Campanharo *et al.* (2015) se assemelha com esta pesquisa ao identificar a predominância de mulheres hipertensas das quais eram aposentadas, do lar e pensionistas. Almeida *et al.* (2017) também identificaram o aumento da PA no grupo de participantes aposentadas, pensionistas, do lar, comerciante, professora e costureira.

No que tange a relação da HAS com a ocupação de Gari, a pesquisa conduzida

por Santos *et al.* (2016) se aproxima do resultado deste estudo, ao identificar que esta profissão apresenta fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da HAS. Dentre esses fatores, destaca-se o etilismo, ingestão de sal diário, número de refeições diárias, esforço físico desgastante, número de refeições diárias, o sono e repouso prejudicado.

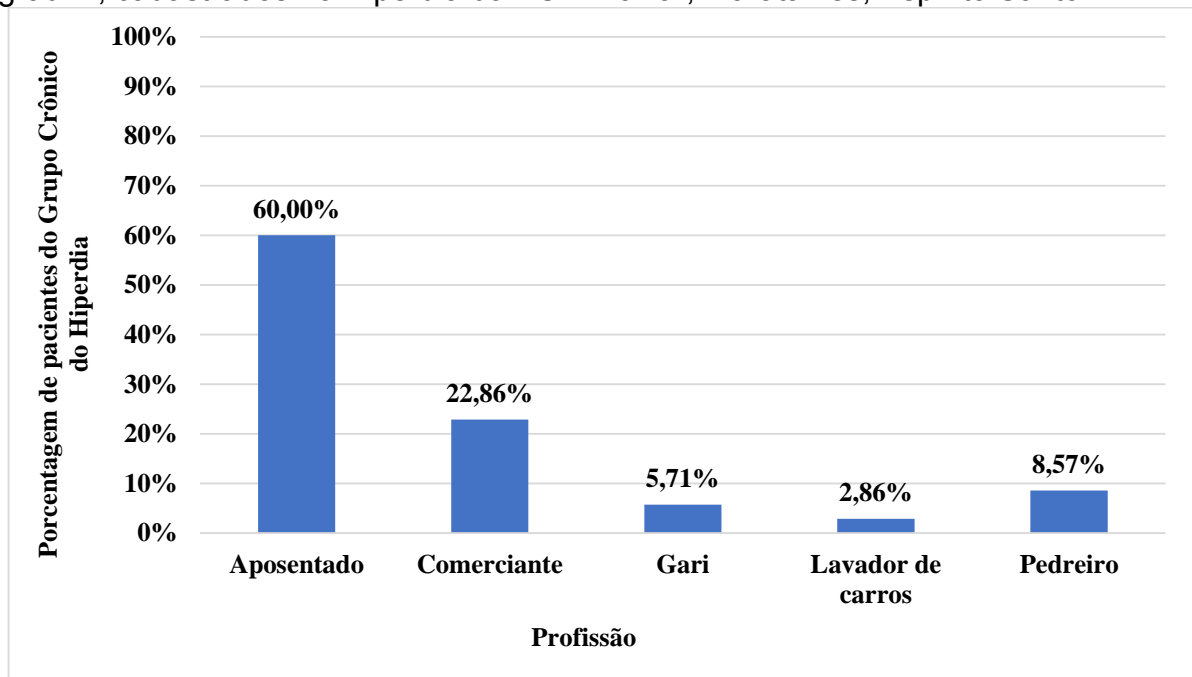
Os resultados deste estudo também coincidem com as pesquisas conduzidas por Silva *et al.* (2010) e Vieira *et al.* (2018) que identificaram que a ocupação como professora pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento da HAS, em função do alto grau de exigências vivenciadas por esta categoria profissional, o elevado cansaço físico, o estresse e desgaste emocional.

Já sobre as profissões de recepcionista, ACS e cuidadora de idoso, Pacheco e Rosa (2016), Silva *et al.* (2017) e Souza *et al.* (2015), respectivamente, discutem que essas modalidades de trabalho podem acarretar elevado grau de stress para o trabalhador, que, por serem assim, podem constituir-se enquanto fator de risco para o aumento da PA.

No que diz respeito a ocupação como marisqueira, Pena e Gomes (2014) destacam que esta é marcada pela realização de intensos esforços físicos e elevado número de atividades repetitivas, constituindo-se como um trabalho exaustivo, que, por ser assim, pode influenciar na elevação dos níveis pressóricos.

No sexo masculino, foi observado que 60% (21) dos pacientes eram aposentados. Outras profissões que se seguiram foram as de comerciante 22,86%(8), pedreiro 8,57% (3), gari 5,71%(2) e 2,86% (1) lavador de carros (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição do perfil laboral dos pacientes do sexo masculino, hipertensos grau III, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

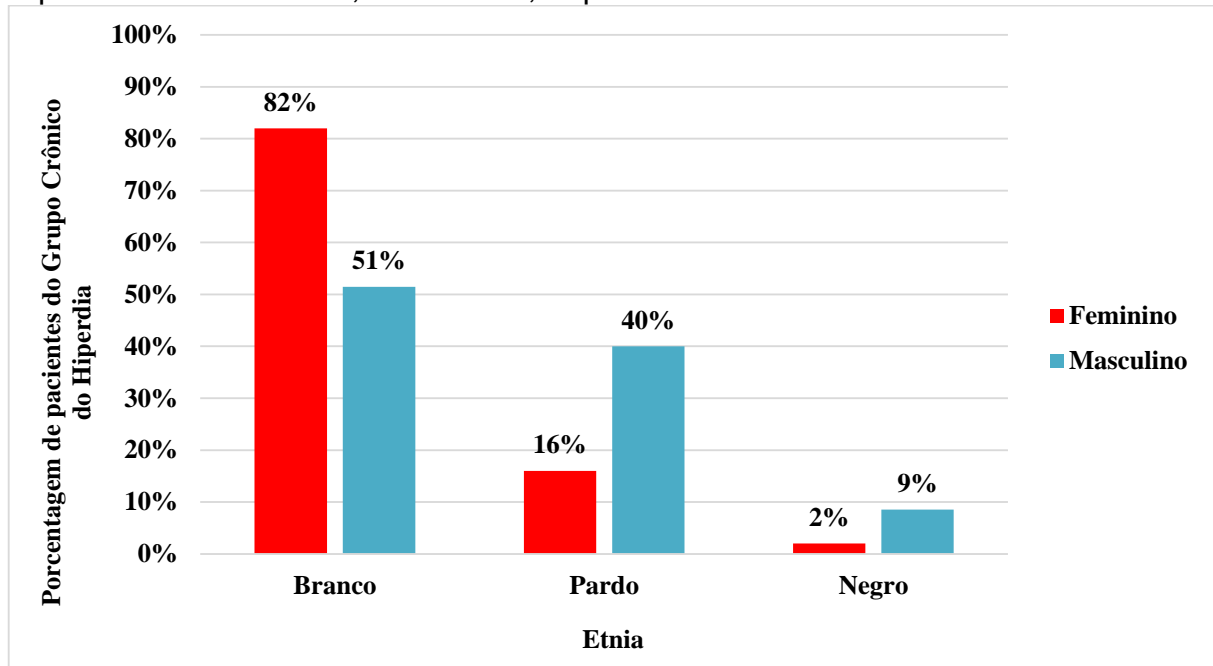
Os dados apresentados na Figura 5 revelam-se em harmonia com as pesquisas desenvolvidas por Vancini-Campanharo *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2016) que também identificaram nos grupos de participantes de suas pesquisas, indivíduos aposentados, comerciantes, pedreiros e garis.

No que tange a relação da HAS com a ocupação de Gari, a pesquisa conduzida por Santos *et al.* (2016) se aproxima do resultado deste estudo, ao identificar que esta profissão apresenta fatores de risco que contribuem para o aumento da PA.

Já em relação a ocupação como pedreiro e lavador de carros, sabe-se que ambas expõem os trabalhadores a ruídos em diferentes graus e intensidades. Isto posto, cumpre destacar a pesquisa de Andrade *et al.* (2015) que identificaram que a exposição a diferentes frequências e níveis de ruído podem está associado ao aumento dos níveis pressóricos.

A Figura 6 se refere à etnia dos pacientes da pesquisa, revelando que 82%(41) do sexo feminino apresenta cor branca, 16% (8) pardas e 2% (1) negra. Enquanto que, no sexo masculino, foi observado que 51% (18) dos pacientes foram da etnia branca, 40% (14) pardos e 9% (3) negros.

Figura 6 – Etnia dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



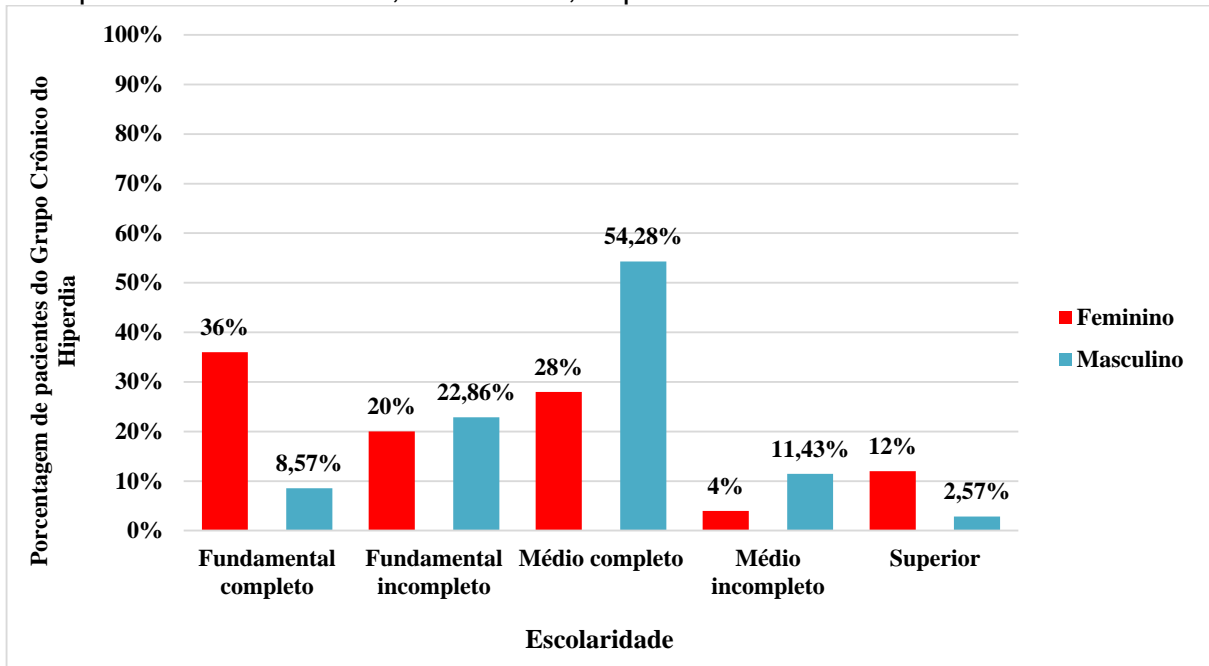
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

No que se refere a etnia de portadores de HAS, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) elucida que a prevalência dessa patologia é maior em indivíduos de etnia negra, contrapondo-se aos achados deste estudo. Essa constatação justifica-se pelo fato de que “a etnia negra possui maior predisposição à pressão alta do que a branca, porém, pelo fato do Brasil apresentar uma grande miscigenação, há uma dificuldade de classificação genérica da mesma” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 4832-4833).

Já as pesquisas desenvolvidas por Silva, Oliveira e Pierin (2016), Almeida *et al.* (2017) e Diniz *et al.* (2019) mostram-se em consonância com o resultado deste estudo, ao identificar a prevalência de homens e mulheres de cor branca portadores de HAS.

Em relação à escolaridade (Figura 7) do grupo feminino, 36%(18) das pacientes concluíram o ensino fundamental, 4% (2) o ensino médio incompleto, 28%(14) o ensino médio, 20% (10) possuíam ensino fundamental incompleto e 12% (6) ensino superior. Já no que diz respeito aos pacientes do grupo masculino, 54,28% (19) possuíam ensino médio completo, seguido de 22,86% (8) com ensino fundamental incompleto, 11,43% (4) com ensino médio incompleto, 8,57% (3) com ensino fundamental completo e 2,57% (1) com ensino superior.

Figura 7 – Nível escolar dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



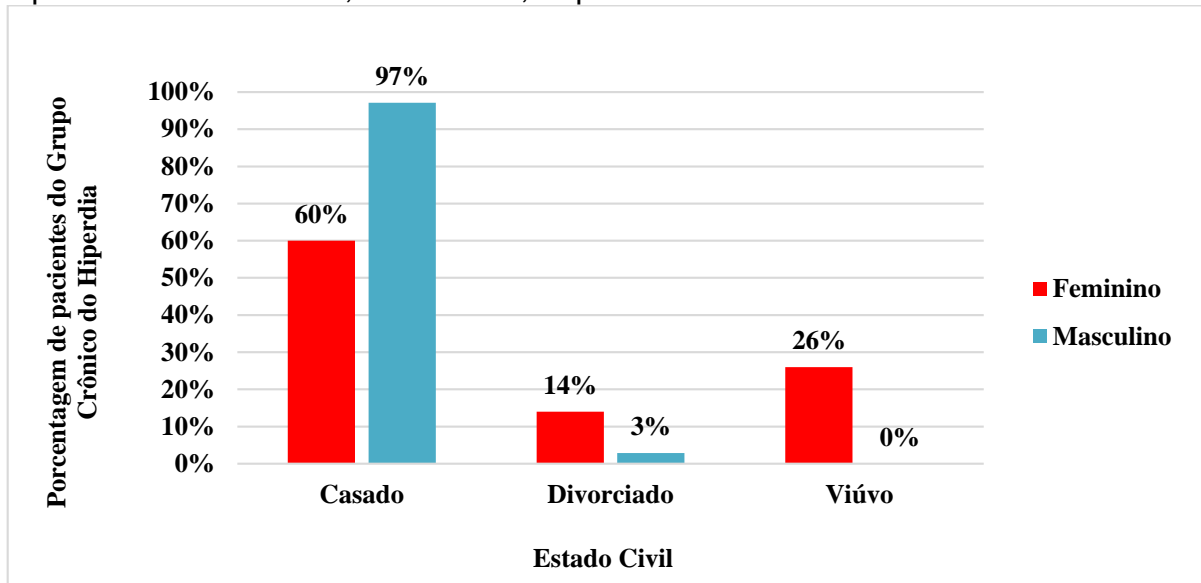
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Os resultados deste estudo em relação à escolaridade se contrapõem aos achados da pesquisa de Vancini-Campanharo *et al.* (2015) que verificou, em seus estudos, uma maior prevalência de HAS entre indivíduos com ensino fundamental incompleto. Diniz *et al.* (2019) também encontraram dados semelhantes em seus estudos, no qual apontam a preponderância da HAS em indivíduos que nunca frequentaram a escola. Já Silva, Oliveira e Pierin (2016) identificaram a predominância de portadores de HAS que possuíam apenas o ensino médio como identificado neste estudo.

Em consonância com os dados de Vancini-Campanharo *et al.* (2015) e Diniz *et al.* (2019) a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) relata que adultos que possuem menor nível de escolaridade, ou seja, aqueles sem instrução ou fundamental incompleto, apresentam maior prevalência de HAS, sendo que esta proporção diminui naqueles que completaram o ensino fundamental, mas aumenta naqueles que completaram o ensino superior.

Quanto ao estado civil dos pacientes (Figura 8), 60%(30) do grupo feminino eram casadas, seguido de 26% (13) viúvas e 14% (7) divorciadas. No sexo masculino, 97% (34) eram casados e 3% (1) paciente divorciado.

Figura 8 – Estado civil dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

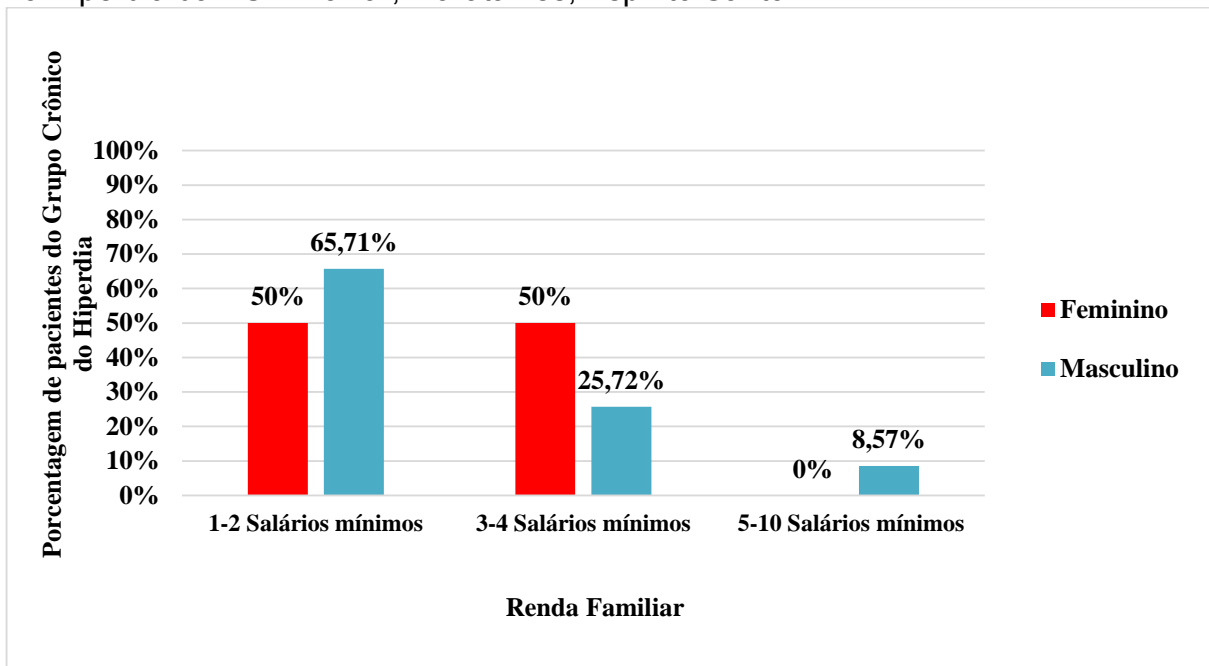
Este resultado mostra-se em consonância com a pesquisa realizada por Silva, Oliveira e Pierin (2016), por ter constatado que, de forma majoritária, indivíduos do sexo masculino casados são mais acometidos pela HAS.

Corroborando com os resultados deste estudo, destaca-se o trabalho de Fiorio *et al.* (2020) que identificou que os casados possuem níveis pressóricos mais elevados e sugeriu que viver na companhia de alguém pode ter relação com o maior acesso aos serviços de saúde, o que, por conseguinte, pode impactar na maior chance de detecção desta patologia nesse grupo. Estes ainda realçam que a qualidade do casamento pode exercer um papel mais significativo na saúde do que a situação conjugal propriamente dita e que a qualidade do relacionamento que se estabelece modera o efeito do estresse. Portanto, nos relacionamentos dos quais possuem qualidade negativa, pode ser identificado elevação da PA, haja vista que o estresse pode atingir o sistema vascular.

Avaliando a renda familiar dos participantes da pesquisa (Figura 9), foi possível observar que 50% (25) das pacientes recebiam de 1 a 2 salários mínimos e 50% (25) de 3 a 4 salários mínimos correntes. Já no grupo masculino, 65,71% (23) dos pacientes apresentavam renda de 1 a 2 salários, seguido de 25,72%(9) com renda familiar de 3 a 4 salários mínimos e 8,57%(3) de 5 a 10 salários mínimos.



Figura 9 – Renda familiar dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

As pesquisas de Almeida *et al.* (2017) e de Dias *et al.* (2019) também identificaram que a prevalência de HAS foi maior entre o grupo de participantes que possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos.

Silva, Oliveira e Pierin (2016) também observaram que as mulheres portadoras de HAS possuíam renda salarial menor quando comparada com o grupo de homens, e elucida que a remuneração feminina tende a ser inferior quando comparada com a do sexo masculino por mais que seja desempenhada a mesma função. Para estes existe uma relação entre baixo poder aquisitivo e a HAS que revela que condições inadequadas de vida predispõem ou podem estar ligadas à maior prevalência de HAS, bem como de fatores de risco que propiciam a elevação dos níveis pressóricos. Portanto, as diferenças socioeconômicas podem exercer um papel significativo nas condições de saúde, haja vista a presença de hábitos alimentares não adequados, menor grau de informação, menor acesso aos cuidados de saúde, reduzida compreensão do problema, menor adesão ao tratamento e maior grau de estresse psicossocial.

Não obstante, cabe ainda reflexão sobre a questão da discriminação de gênero no trabalho que se manifesta em nossa sociedade, e que precisa ser abolida. Embora o papel da mulher tem sido ampliado e que haja a presença desta em quase todas as profissões, inclusive, naquelas que antes eram destinadas só a homens, até nos dias

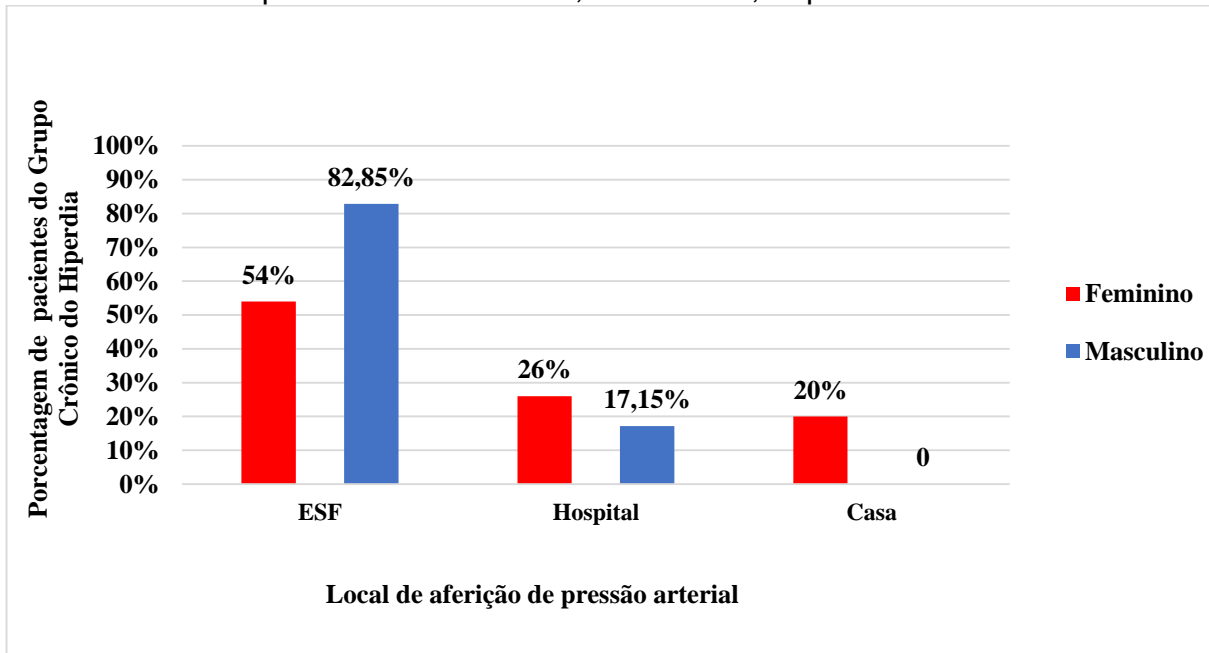
de hoje os homens recebem salários superiores aos das mulheres, por mais que desempenhem a mesma função (PRONI; PRONI, 2018).

#### 4.2 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS BÍOSSOCIAIS

Dentre os 85 pacientes hipertensos grau III cadastrados no Programa Hiperdia da ESF “Barra” no município de Marataízes, Espírito Santo, sujeitos deste estudo, foram questionados sobre o tempo de existência do diagnóstico da hipertensão. Todos 50 (100%) pacientes do sexo feminino e 35 (100%) do sexo masculino afirmaram que a identificação de tal patologia foi feita há mais de três anos. Este achado se contrapõe ao resultado da pesquisa desenvolvida por Pierin *et al.* (2011) que identificou, em sua população de estudo, que a maioria dos hipertensos tinham mais de cinco anos de diagnóstico. Contrapondo-se ao resultado deste estudo, também foi observado na pesquisa de Carvalho *et al.* (2013) uma predominância de indivíduos que eram portadores de HAS há mais de 17 anos. Importa realçar que, na população de hipertensos da ESF pesquisada, o diagnóstico desta patologia tem ocorrido de forma precoce, se comparado com os estudos citados, o que, por conseguinte, diminui os agravos que podem decorrer desta doença.

No que se refere à última mensuração de PA (Figura 10), os pacientes disseram aferir a PA na ESF, no hospital e em casa. Dessa forma, 54%(27) pacientes do sexo feminino relataram aferir a PA na ESF; 20% (13) no hospital, e 20% (10) em casa. Enquanto os pacientes do sexo masculino aferem da seguinte forma: 82,85% (29) na ESF e 17,85% (5) no hospital.

Figura 10 – Local de aferição de PA dos pacientes hipertensos inclusos no estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.

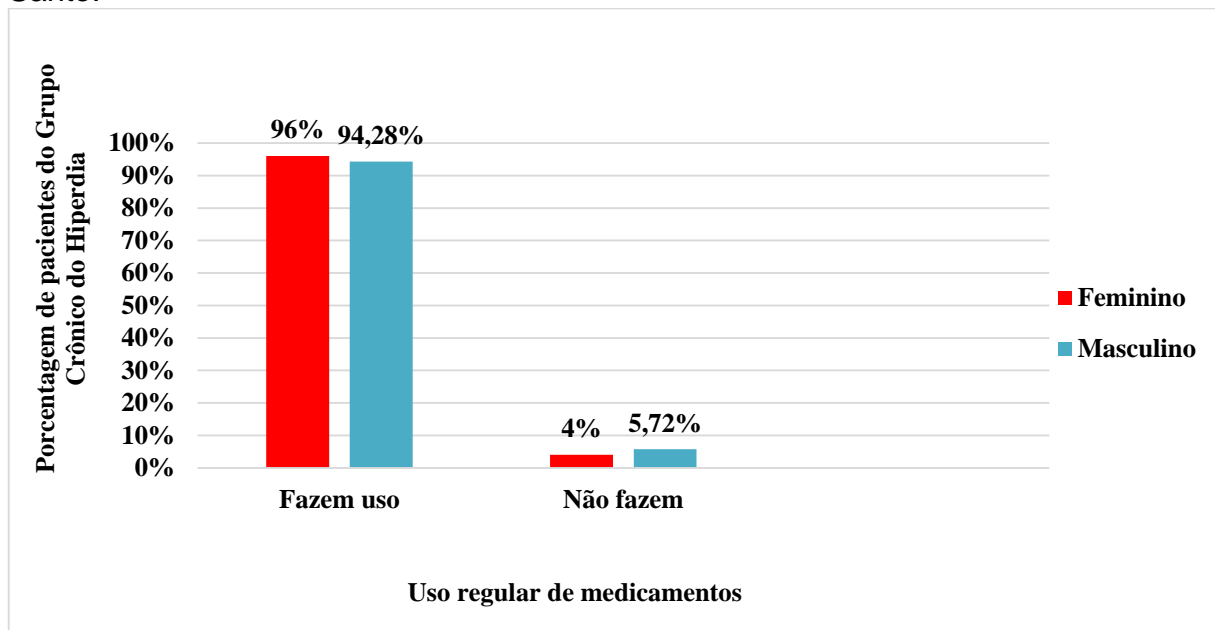


Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Sobre o local onde os pacientes verificam a PA, Faquinello, Carreira e Marcon (2010) pontuam que as ESFs comumente são os locais mais procurados por indivíduos portadores de HAS, posto que muitos destes se preocupam em manter seus níveis pressóricos dentro da normalidade através da verificação frequente desta medida.

Todos os pacientes, de ambos os sexos, fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Ao serem questionados sobre a acuidade com que utilizam tais fármacos (Figura 11), foi possível observar que os pacientes os utilizam com a regularidade prescrita, 96%(48) do sexo feminino e 94,28%(33) no sexo masculino. Entretanto, 4%(2) pacientes do sexo feminino e 5,72%(2) pacientes do sexo masculino não utilizam os medicamentos com a regularidade necessária.

Figura 11 – Regularidade do uso de medicação anti-hipertensiva pela população amostral do estudo, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Em se tratando de gênero e adesão ao tratamento para hipertensão e conseqüentemente o controle dos níveis pressóricos, nota-se que indivíduos do sexo masculino tendem a ser menos aderentes ao tratamento, conforme também encontrado nessa pesquisa (PIERIN *et al.*, 2011).

Hori e Silva (2016) discorrem que uma das principais razões para os baixos níveis de controle da PA é a baixa adesão ao tratamento farmacológico, no qual apenas 50 a 75 % da população portadora desta patologia é aderente ao tratamento.

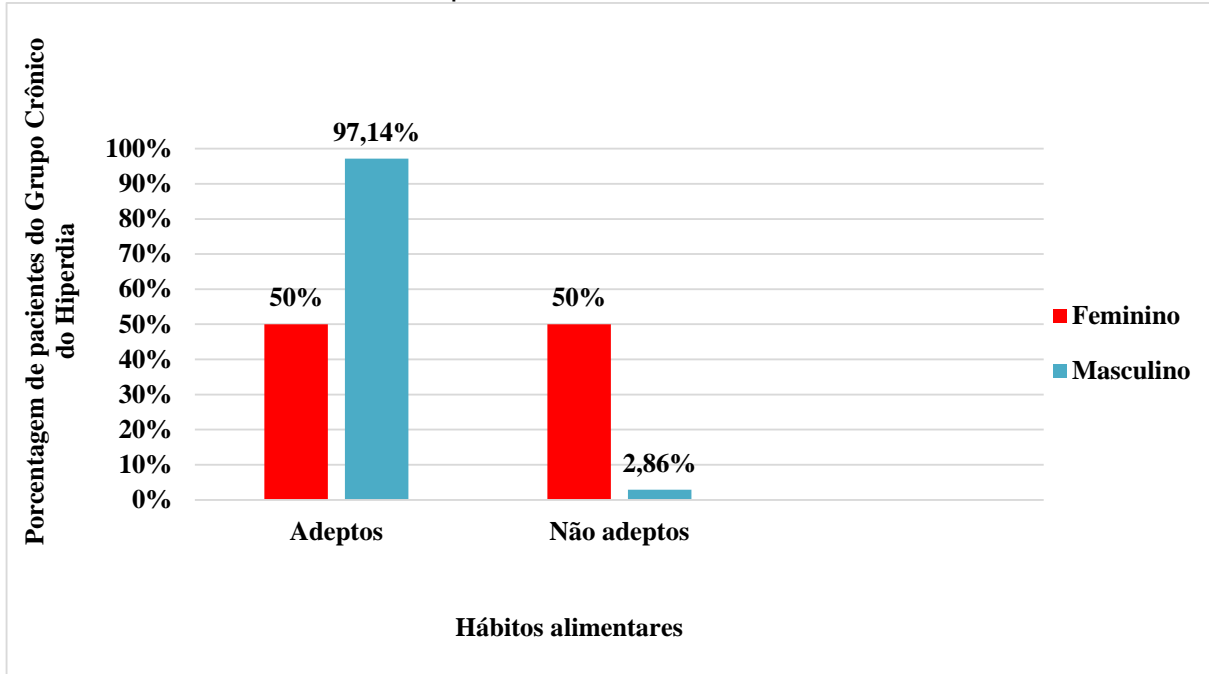
De acordo com os dados desta pesquisa, Silva, Oliveira e Pierin (2016) também identificaram que mulheres tendem a aderir melhor o tratamento farmacológico.

De forma dissonante ao encontrado nesta pesquisa, o estudo conduzido por Gewehr *et al.* (2018) identificou baixa adesão ao tratamento medicamentoso para HAS em menos da metade de seus participantes. Estes destacam que a não adesão farmacológica compromete o sucesso da terapêutica, influenciando no controle dos níveis pressóricos, e acarretando o aumento das complicações que podem surgir em razão da HAS não controlada.

No que tange às características da alimentação, 50% (25) das pacientes do sexo feminino seguem recomendações dietéticas específicas, enquanto outra metade, 50%(25), não é adepta de tais hábitos. Já para os pacientes do sexo masculino, foi observado que 97,14% (34) dos indivíduos relataram seguir padrão

alimentar e apenas 2,86%(1) não segue tais recomendações (Figura 12).

Figura 12 – Avaliação da dieta recomendada aos pacientes cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



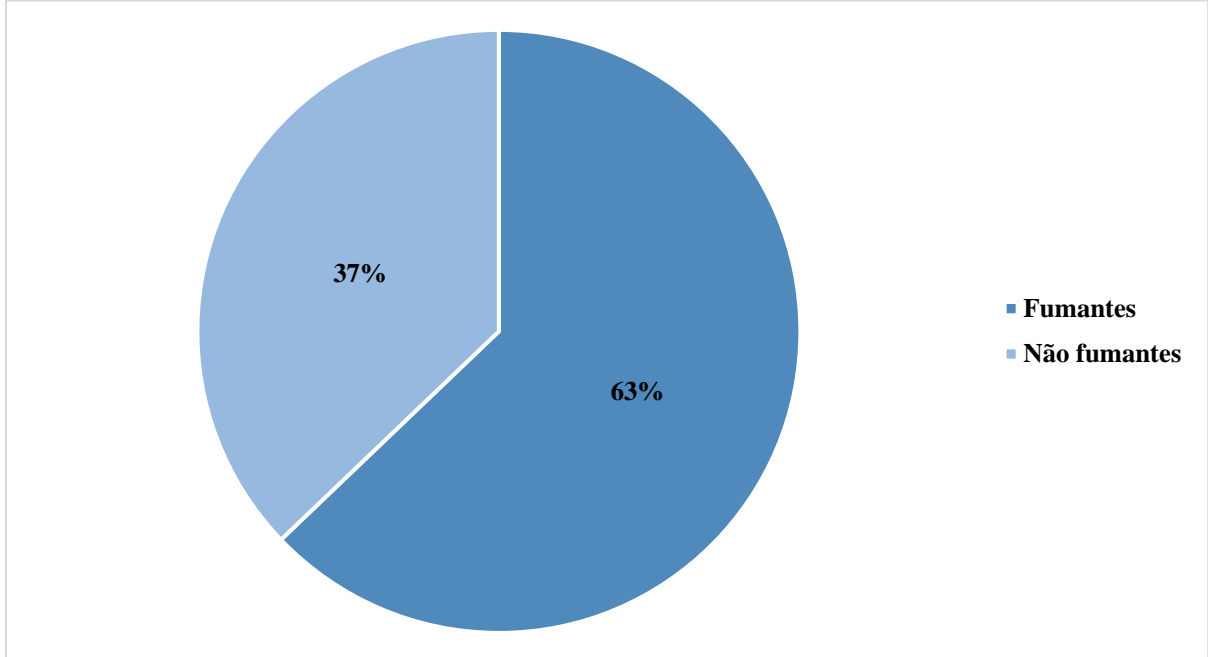
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Os achados deste estudo se contrapõe ao resultado das pesquisas conduzidas por Destri, Zanini e Assunção (2017) e Firmo *et al.* (2019) que constataram maior adesão a dietas alimentares por mulheres, quando comparada aos homens, em razão de que estas apresentam hábitos mais saudáveis do que os homens.

No que concerne a não adesão a dietas alimentares por hipertensos, Bricarello *et al.* (2020) ressalta que essa é perpassada por diversas nuances: biológicas (sabor dos alimentos); econômicas (a renda familiar, o custo dos alimentos e a escolaridade); sociais (estrutura, dinâmica e influência da família); e de oferta/disponibilidade dos alimentos (as influências do meio ambiente na aquisição dos alimentos).

Quando os pacientes foram questionados em relação ao fumo, 100% (50) das pacientes do sexo feminino relataram não terem tal hábito. Entretanto, dentre indivíduos do sexo masculino (Figura 13) 63% (22) afirmaram fumar, enquanto 37% (13) não o fazem.

Figura 13 – Avaliação de tabagismo na população amostral do sexo masculino, cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



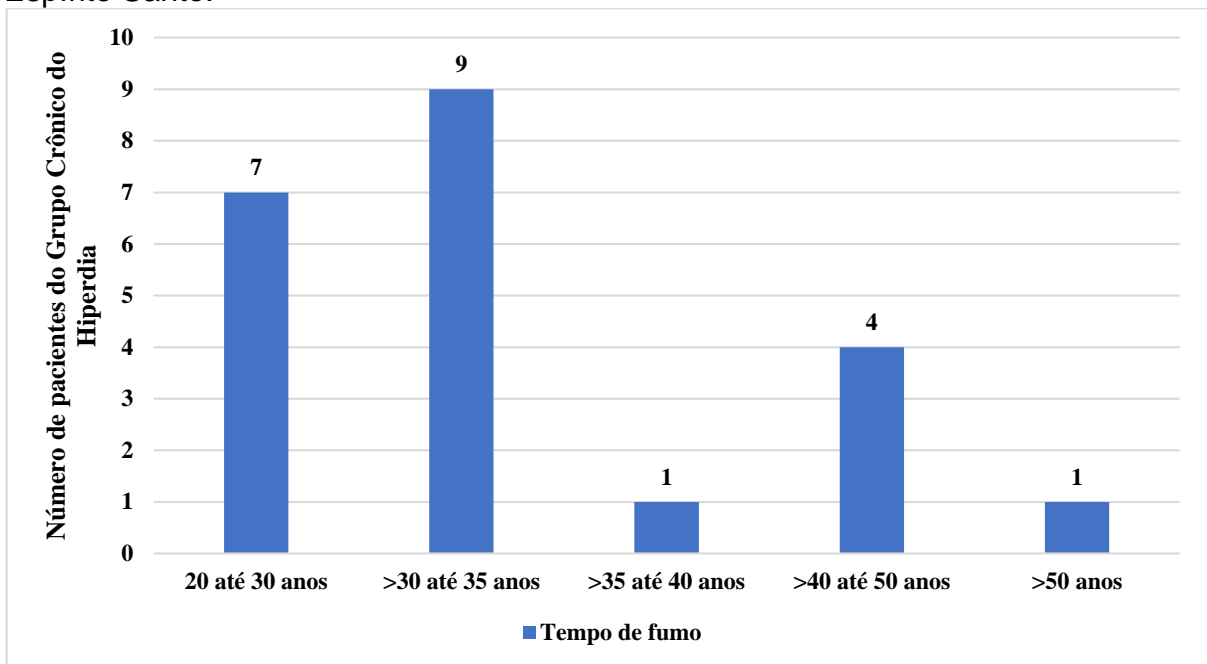
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

As pesquisas de Paes (2016), Carvalho *et al.* (2016), Santos *et al.* (2018) e Firmo *et al.* (2019) detectaram que o gênero masculino comumente faz mais uso do tabaco, quando comparado com o gênero feminino corroborando os dados desta pesquisa.

Já o estudo de Silva, Oliveira e Pierin (2016), verificou elevada prevalência de hipertensos tabagistas em ambos os gêneros, ratificando que o uso do tabaco se constitui como fato de risco para a elevação dos níveis pressóricos.

Os pacientes autodeclarados fumantes foram questionados em relação ao tempo cronológico de uso do tabaco (Figura 14). Observou-se que 40,9% (9) fumam de 30 até 35 anos; 31,81% (7) relataram o uso de cigarros no período de 20 até 30 anos; 18,18% (4) por mais de 40 anos até 50 anos. Um indivíduo (4,54%) relatou fumar de 35 até 40 anos e outro paciente (4,54%) relatou ser tabagista por um período superior a 50 anos.

Figura 14 – Tempo de fumo dentre a população amostral do sexo masculino autodeclarada fumante (n=22), cadastrados no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



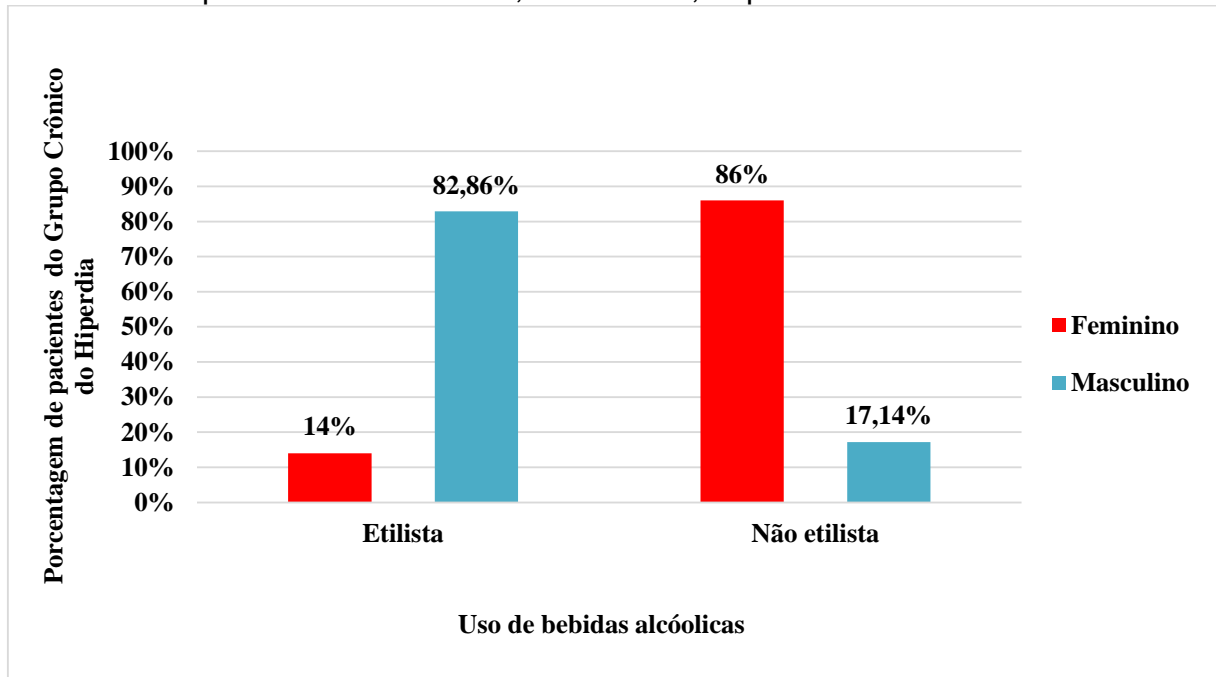
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

De forma semelhante ao achado supracitado, foi observado na pesquisa de Santos *et al.* (2018) que também verificou a prevalência de tabagistas com alto grau de dependência a nicotina, já que estes fumavam há muitos anos.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (Figura 15), 86% (43) das pacientes do sexo feminino não faz uso. Já no sexo masculino, foi observado que 82,86% (29) fazem ingestão de álcool, e 17,14% não fazem ingestão desta substância.

Os sujeitos etilistas deste estudo foram questionados sobre a regularidade com que fazem à ingestão de bebidas à base de álcool. Das pacientes que fazem uso de bebida alcoólica, 100% (7) o fazem socialmente. 72,41% (21) dos etilistas do sexo masculino fazem uso no final de semana, enquanto 27,59% (8) o fazem socialmente.

Figura 15 – Avaliação do consumo de bebida alcoólica nos pacientes do Grupo Crônico do Hipertensão da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

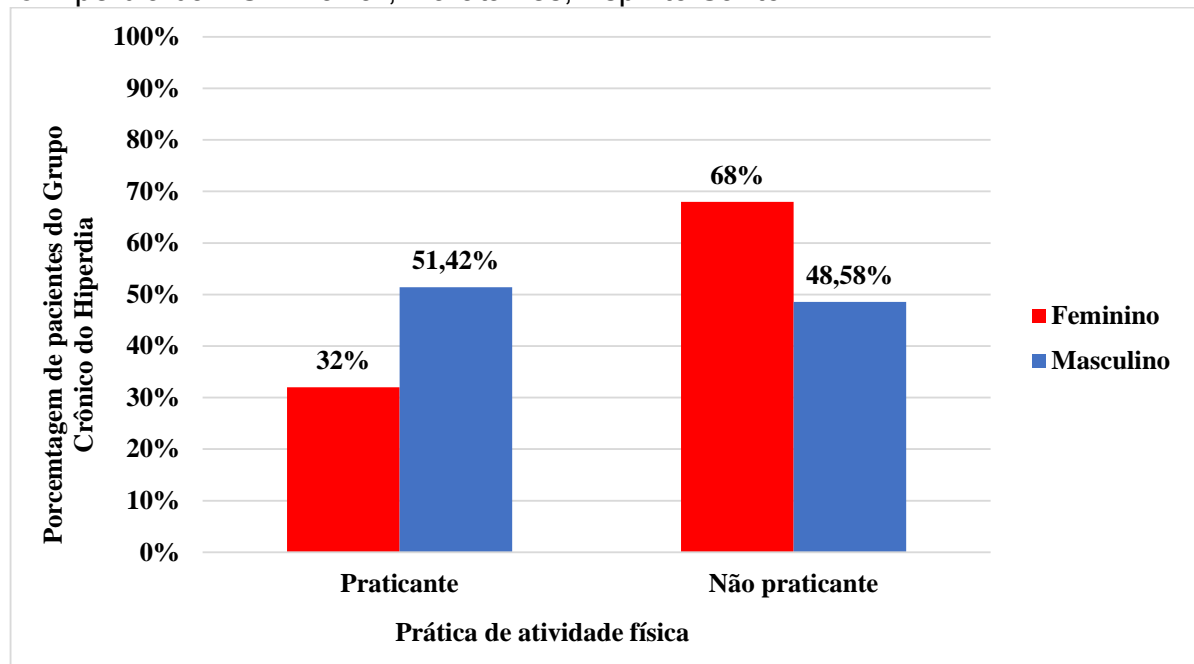
No que concerne ao uso de bebidas alcoólicas por hipertensos, Silva, Oliveira e Pierin (2016) e Carvalho *et al.* (2016), de modo semelhante, verificaram que as mulheres hipertensas tendem a fazer menor consumo de bebida alcoólica (14,2% vs 37,5%).

Contra-pondo-se aos achados deste estudo, a pesquisa de Firmo *et al.* (2019) constatou maior prevalência de mulheres hipertensas etilista e estabeleceu associação positiva entre o consumo moderado de álcool e o controle dos níveis pressóricos, sobretudo na população feminina.

A prática de atividade física foi avaliada nos indivíduos incluídos neste estudo (Figura 16), da ESF “Barra”, em Marataízes, Espírito Santo, e evidenciou que 32% (16) dos pacientes do sexo feminino praticam atividade física, enquanto 68% (34) não o fazem. Em relação aos hábitos dos indivíduos do sexo masculino, foi constatado que 51,42% (18) praticavam atividade física, enquanto 48,58% (17) não realizavam nenhuma atividade.



Figura 16 – Prática de atividade física dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

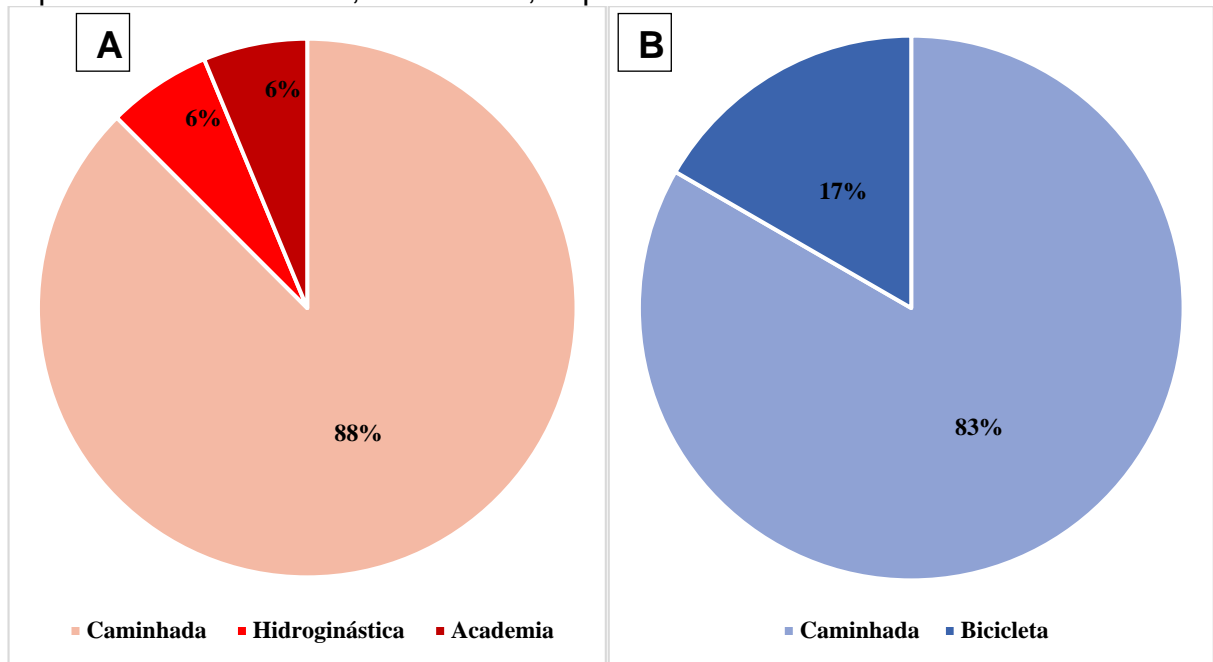
Em discordância com os dados deste estudo, Silva, Oliveira e Pierin (2016) e Carvalho *et al.* (2016) não identificaram discrepância da prática de atividade física entre homens e mulheres portadores de HAS.

Já a pesquisa de Pimenta e Caldeira (2014) se mostra em consonância com os dados deste trabalho por ter constatado maior inatividade física entre mulheres hipertensas, constituindo-se enquanto fator de risco cardiovascular mais frequente entre essa população.

Em consonância com os achados observados neste estudo, a pesquisa de Firmo *et al.* (2019) verificou que a população hipertensa masculina possui nível superior de prática de atividade física, quando comparado a mulheres, e ratificou a importância desta prática como um comportamento de saúde que contribui para o controle da HAS.

Quando questionados acerca do tipo de atividade física praticada (Figura 17), a caminhada foi a atividade mais mencionada, tanto por pacientes do gênero feminino 88%(14), quanto por pacientes do gênero masculino 83%(15). Outras atividades foram citadas pelas pacientes entre estas a hidroginástica [1(6%)] e academia [1(6%)] e 3 (17%) dos homens relataram a bicicleta como atividade praticada.

Figura 17 – Análise da prática de atividades físicas realizadas pelos pacientes do grupo de hiperdia (A - sexo feminino n=16; B - sexo masculino, n=18), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

A predominância da caminhada como a principal atividade física praticada por idosos hipertensos também foi identificada nas pesquisas de Duca *et al.* (2014) e de Silva *et al.* (2017), estando associada a redução dos níveis pressóricos desta população. Segundo Duca *et al.* (2014), este fato deve-se notadamente por ser a caminhada uma atividade física simples e acessível à maioria dos indivíduos. Esta proporciona diversos benefícios à saúde e por esta razão ocupou lugar de destaque dentre as diversas modalidades de atividade física e está ao alcance das recomendações populacionais relativas à saúde dos adultos.

Quando os pacientes foram questionados acerca da regularidade com que praticam tais exercícios físicos, avaliando as 16 pacientes do sexo feminino que relataram praticar atividade física: 50% (8) o fazem duas vezes na semana, 25% (4) três vezes na semana e 25% (4) quatro vezes na semana. Percentuais semelhantes foram observados entre os 18 indivíduos do sexo masculino: 44,4% (8) indivíduos o fazem duas vezes na semana; seguido por 39,0% (7) que fazem três vezes na semana e 16,7% (3) o fazem quatro vezes por semana.

Esse achado se contrapõe ao resultado da pesquisa de Ferreira *et al.* (2017) que identificou que a maioria dos idosos hipertensos de sua amostra praticavam atividade física por pelo menos três vezes na semana.

Avaliando a existência de hipertensão familiar, ou seja, o relato desta patologia em algum membro familiar, foi observado 98% (49) das pacientes disseram existir casos na família; Uma (2%) relatou não existir casos de HAS na parentela. Dentre os indivíduos do sexo masculino, 100% (35) pacientes relataram existir parentes hipertensos.

Os pacientes que relataram existir indivíduos na família portadores de HAS crônica, foram questionados acerca do grau de parentesco com tais indivíduos. 100% (49) das pacientes do sexo feminino e 100% (35) dos pacientes relacionaram a pais, mães, irmãos ou avós.

De modo semelhante, Silva, Domingos e Caramaschi (2018) também constataram de forma majoritária a existência de casos de hipertensão na família (pais, mães e irmãos), ratificando a relação entre a hereditariedade e o desenvolvimento da HAS.

Buscando realizar a diagnose acerca do conhecimento das possíveis complicações que a hipertensão pode levar, a população amostral foi interrogada. 100%(35) dos indivíduos do sexo masculino e 90% (45) das pacientes descreveram que possuíam tal conhecimento. 10%(5) da amostra de indivíduos do sexo feminino não possuíam ciência do assunto. Quando os pacientes foram questionados sobre as possíveis complicações da HAS, 100%(80) desses pacientes relataram o infarto, arritmia cardíaca e acidente vascular cerebral.

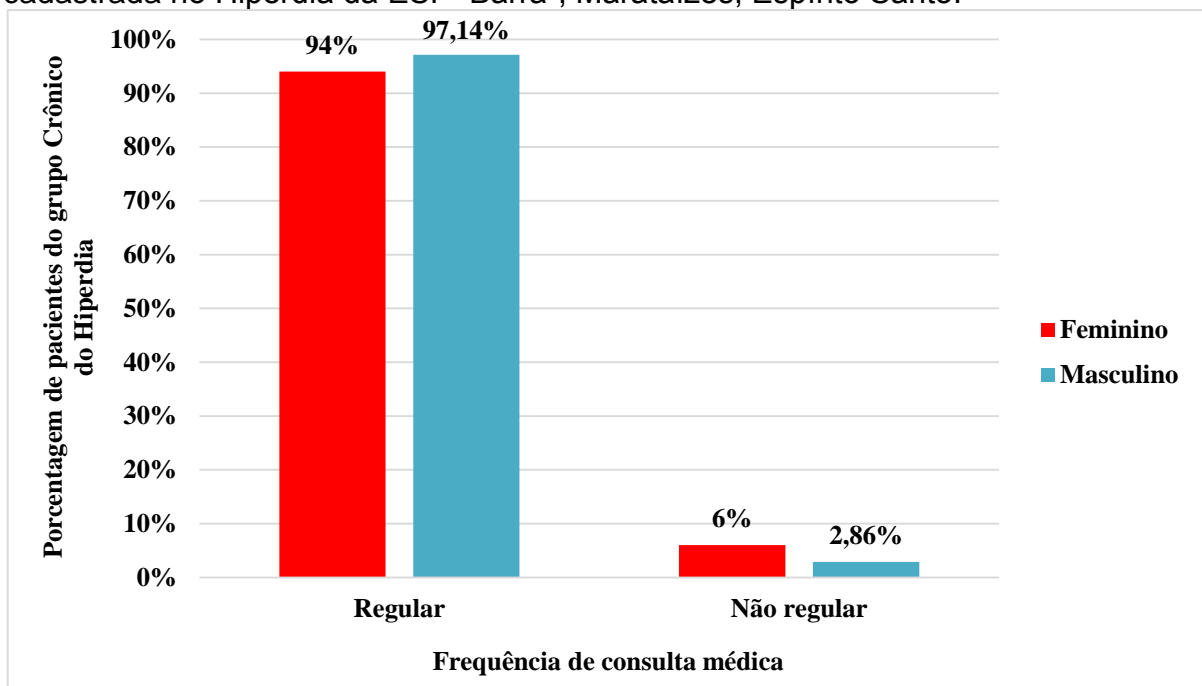
Silva, Domingos e Caramaschi (2018), de forma similar, verificaram que os indivíduos portadores de HAS detinham elevado grau de conhecimento acerca das complicações que poderiam advir desta patologia, pontuando o infarto e o acidente vascular cerebral como os principais agravos.

Ainda no que tange à educação em saúde, os pacientes foram questionados acerca do conhecimento sobre fatores de risco para a elevação de PA. 100% (85) dos pacientes crônicos do grupo de Hipertensão relataram possuir conhecimento sobre os fatores de risco. Entre esses, foram citados o uso excessivo de sal, o tabaco, o álcool, o sedentarismo e a má alimentação.

Estes achados dialogam com os resultados da pesquisa conduzida por Silva, Domingos e Caramaschi (2018) que apuraram entre a amostra de participantes portadores de HAS alto nível de conhecimento acerca dos fatores de risco que podem elevar a PA, sendo destacado além do uso excessivo de sal, o tabaco, o álcool, o sedentarismo e a má alimentação, o fator genético, o peso e o fator emocional.

Na Figura 18, observa-se a regularidade das consultas médicas realizadas pelos sujeitos do presente estudo. Foi observado que, nas pacientes do sexo feminino, 94% (47) fazem consultas frequentes, e 6%(3) não a fazem frequentemente. Valores semelhantes foram observados em pacientes do sexo masculino, no qual 97,14% (34) disseram que fazem consulta regularmente e, somente, 2,86%(1) paciente relatou não fazer consultas com frequência.

Figura 18 – Regularidade de consulta médica dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.

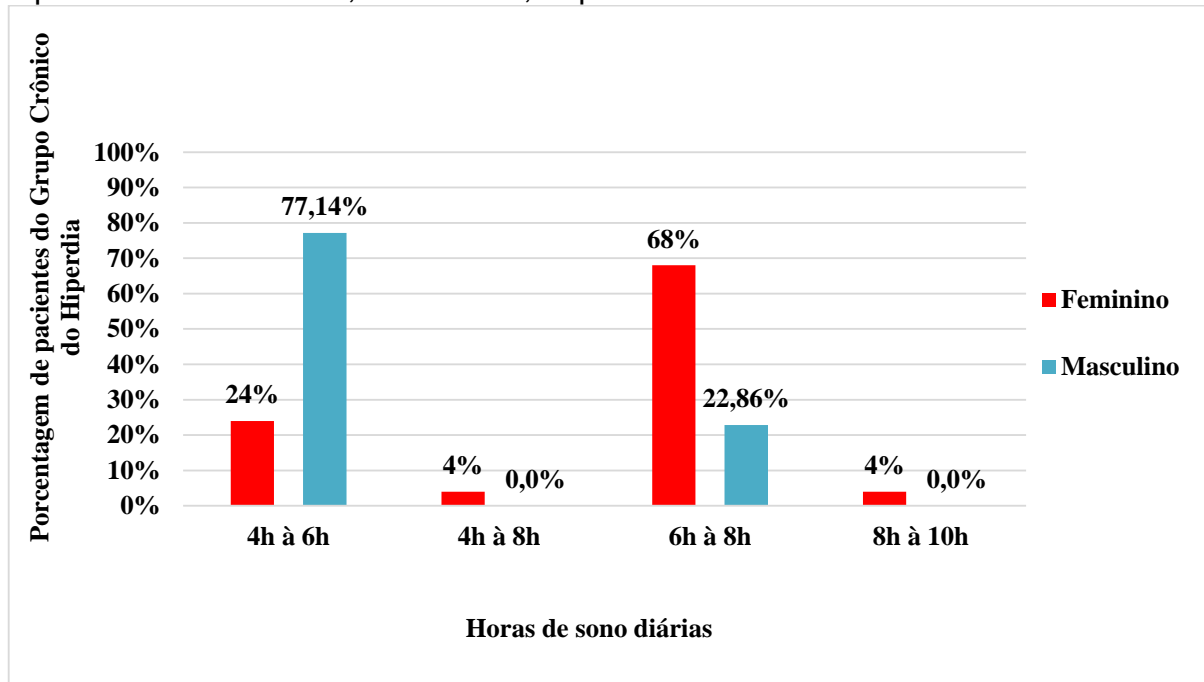


Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Esse dado se alinha ao resultado da pesquisa de Barreto *et al.* (2018) que também constatou baixa prevalência da não frequência a consultas médicas por indivíduos hipertensos. Estes autores, por sua vez, evidenciaram que a não frequência nas consultas influenciou na não adesão à farmacoterapia e no descontrole dos níveis pressóricos.

Os pacientes foram questionados sobre o quantitativo de horas de sono por dia (Figura 19) e foi observado 77,14% (27) dos pacientes do sexo masculino dormem de 4 a 6 horas diárias, enquanto 22,86%(8) relataram de 6 a 8 horas diariamente. Dentre os pacientes do sexo feminino, 68%(34) afirmaram dormir de 6 a 8 horas, seguido por 24%(12) que dormem de 4 a 6 horas por dia; 4%(2) de 4 a 8 horas diárias, e 4%(2) das pacientes dormem de 8 a 10 horas.

Figura 19 – Horas de sono diárias dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Drager *et al.* (2018), no “1º Posicionamento Brasileiro sobre o Impacto dos Distúrbios de Sono nas Doenças Cardiovasculares da Sociedade Brasileira de Cardiologia”, destacam que as principais evidências científicas sugerem haver estreita relação entre o fator sono e as doenças cardiovasculares. Estes elucidam que, atualmente, ainda não é consenso a respeito da média normal do número de horas dormidas da população, mas que grande parte das pesquisas sugerem como média normal entre sete e oito horas de sono por noite.

Diante disso, pode-se inferir que expressivo número de participantes do sexo masculino não possuíam um padrão de sono satisfatório. Sobre isso, Silva *et al.* (2010, p. 1353) destaca que dormir menos que oito horas por dia constitui-se de fator de risco para a HAS, posto que

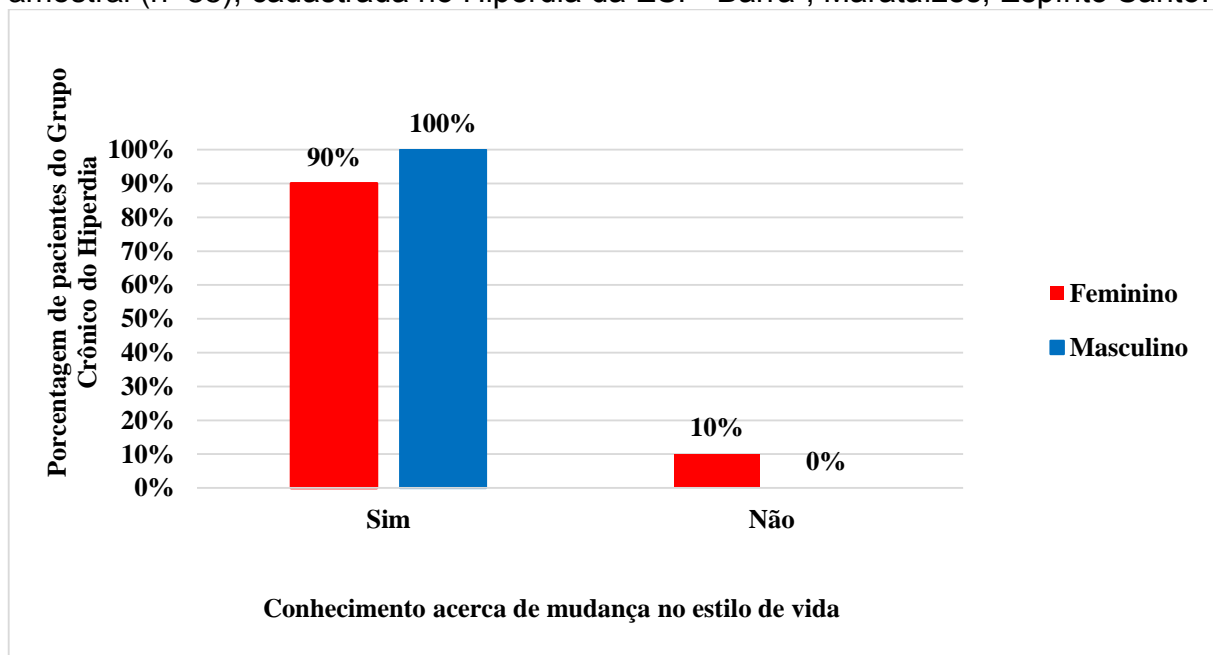
Durante o sono há uma discreta queda da frequência cardíaca e do débito cardíaco sem alteração da resistência periférica, com discreta queda da PA. Quando o padrão de sono não é satisfatório, este pode levar a um quadro de hipertensão arterial, ou então a hipertensão pode levar a insônia.

Hanus *et al.* (2015) elenca que evidências recentes sugerem que as condições de má qualidade do sono estão intimamente ligada com o aumento da prevalência e incidência de HAS, destacam ainda que portadores desta patologia possuem pior qualidade de sono que os indivíduos normotensos, e que os sujeitos hipertensos estão

mais vulneráveis a desenvolver distúrbios emocionais como depressão, ansiedade que podem desencadear alterações no sono, sendo a HAS fortemente associada ao fator de risco para os distúrbios do sono.

Os pacientes foram indagados sobre a importância na mudança do estilo de vida (Figura 20). 100% (35) dos indivíduos do sexo masculino e 90%(45) do sexo feminino descreveram possuir tal informação;10%(5) dos pacientes do sexo feminino não possuíam ciência dessa temática.

Figura 20 – Conhecimento acerca de mudanças no estilo de vida dentre a população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Os resultados descritos na Figura 20 confirmam-se nos trabalhos de Almeida *et al.* (2017) e de Silva, Domingos e Caramashi (2018), uma vez que estes também identificaram que de forma majoritária os participantes de suas pesquisas detinham elevado grau de conhecimento acerca da necessidade de mudança no estilo de vida para o controle dos níveis pressóricos.

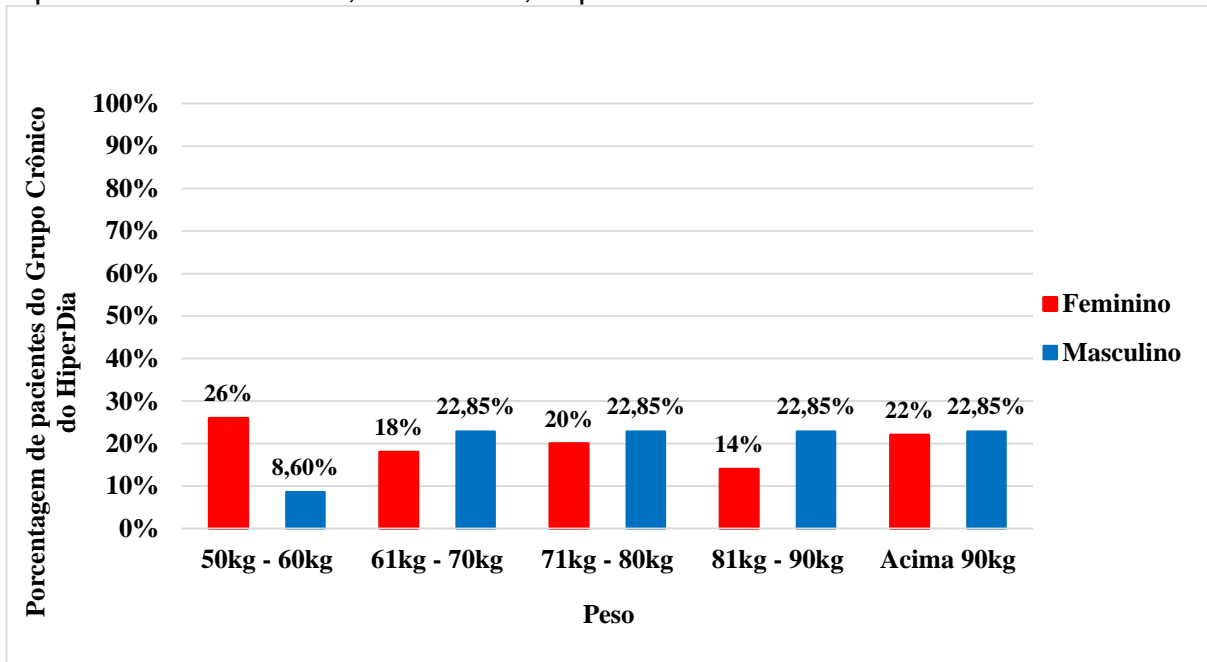
Sobre isso, Firmo *et al.* (2019) refletem que esse conhecimento é capaz de trazer contribuições na melhoria do controle da HAS e de atuar como adjuvante da terapia medicamentosa, visto que implica na adoção de comportamentos em saúde que acarretam repercussões positivas na qualidade de vida e nas taxas de mortalidade de indivíduos portadores desta patologia.

### 4.3 AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO

Os pacientes hipertensos cadastrados no Hiperdia na ESF “Barra” do município de Marataízes, Espírito Santo que constituíram a população amostral do presente estudo foram avaliados quanto às variáveis antropométricas: Peso, estatura, CC e IMC.

Em relação ao peso dos pacientes (Figura 21), foi observado que: 26%(13) das pacientes do sexo feminino possuíam de 50kg a 60kg; 22% (11) estavam acima de 90kg; 20%(10) das pacientes entre 71kg a 80kg; 18%(9) apresentando peso entre 61kg a 70kg; e 14%(7) pacientes o peso estava entre 81kg a 90kg. Em relação aos pacientes sexo masculino, observou-se que 22,85%(8) dos pacientes estavam entre 61kg a 71kg; 22,85%(8) pacientes estavam entre 71kg a 80kg; 22,85%(8) pacientes estavam entre 81kg a 90kg; 22,85%(8) pacientes estavam acima de 90kg; e 8,6%(3) possuíam peso entre 50kg a 60kg.

Figura 21 – Distribuição de peso da população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.

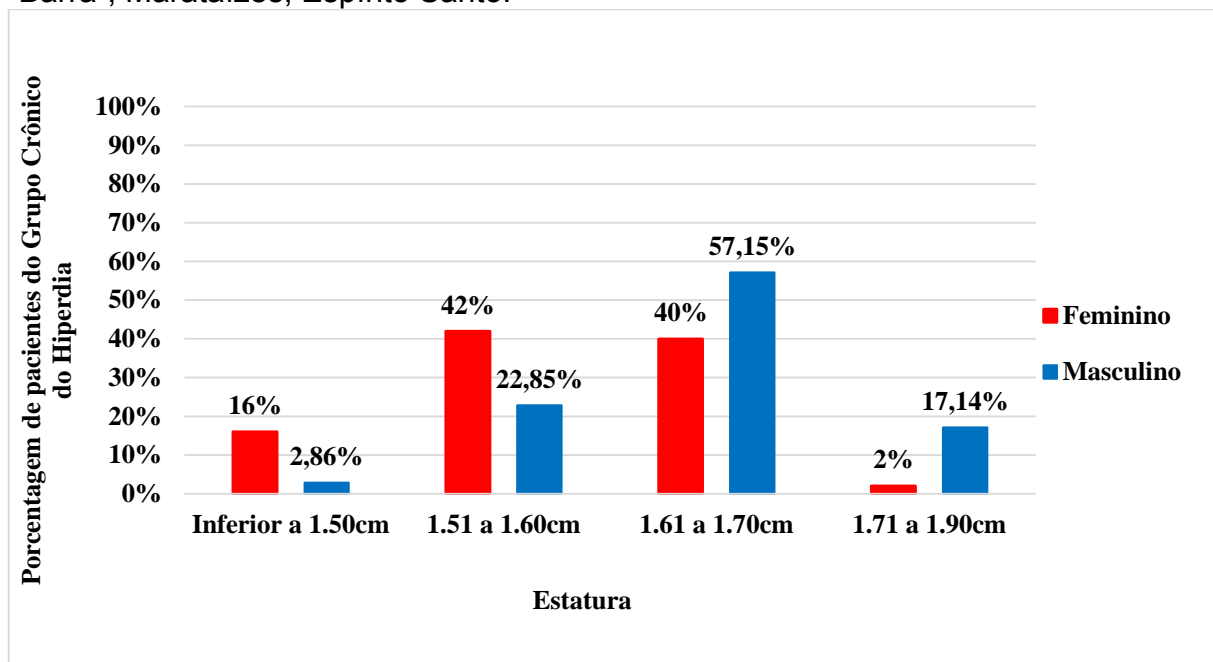


Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

Analisando a Figura 21, pode-se inferir que a população masculina apresentou média mais alta de peso, fato este também encontrado na pesquisa de Peixoto *et al.* (2005). Os dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) corroboram com o presente estudo quando correlaciona o aumento de peso com alterações da PA.

No que se refere à estatura (Figura 22), 42%(21) das pacientes do sexo feminino apresentaram entre 1.51cm a 1.60cm; seguido de 40%(20) pacientes com estatura entre 1.61cm a 1.70cm; 16%(8) com estatura inferior a 1.50cm; e 2%(1) paciente com estatura entre 1.71cm a 1.90cm. No que tange aos pacientes do sexo masculino, 57,15%(20) apresentaram a estatura entre 1.61cm a 1.70cm; seguido por 22,85%(8) com altura entre 1.51 a 1.60cm; 17,14%(6) entre 1.71 a 1.90cm; e 2,86%(1) entrevistado com estatura inferior a 1.50cm.

Figura 22 – Estatura da população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

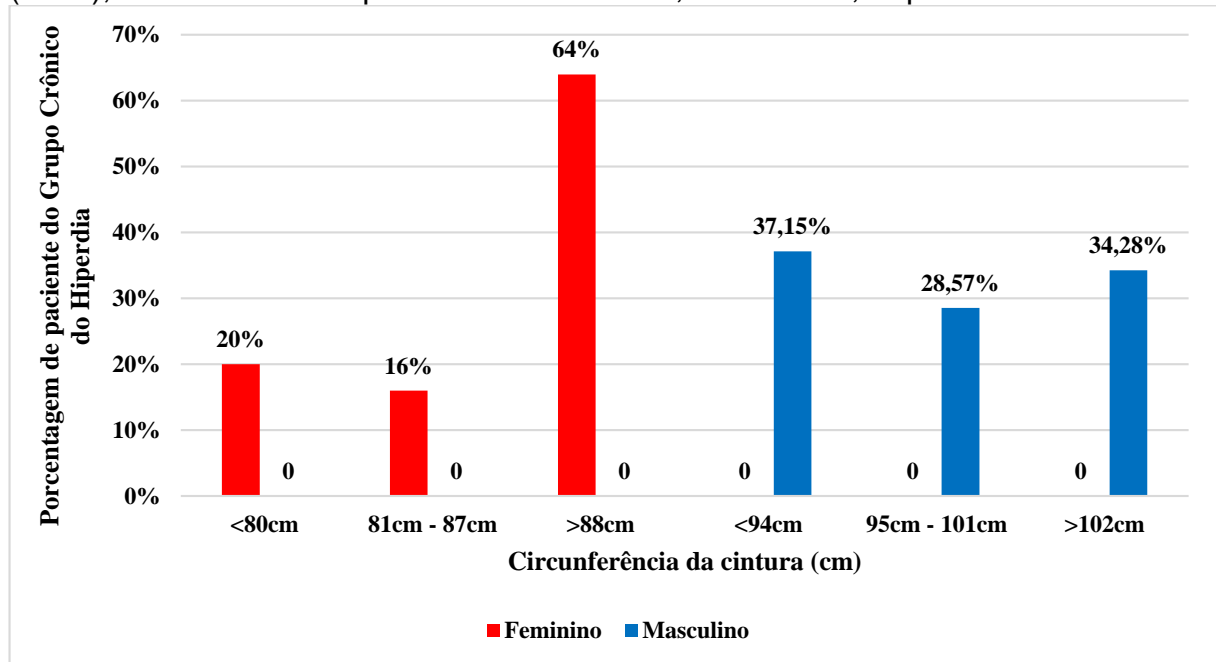
Conforme consta na Figura 22, o sexo masculino apresentou médias mais altas de estatura, dado este também encontrado na pesquisa de Peixoto *et al.* (2005).

Acerca dessas medidas antropométricas, Carvalho *et al.* (2016) destacam que as utilizações desses indicadores têm crescido de modo exponencial, já que se constitui como método simples e eficaz para a avaliação do risco cardiovascular.

Quanto a CC (Figura 23) das pacientes do sexo feminino, 64%(32) estava acima de 88 cm; seguido de 20% (10) das pacientes com medida inferior a 80cm; 16%(8) com CC entre 81cm e 87cm. No sexo masculino, 37,15%(13) dos entrevistados apresentaram índices inferiores a 94 cm; 34,28%(12) dos pacientes apresentaram medidas acima de 102 cm e 28,57%(10) estavam entre de 95 cm a 101 cm.



Figura 23 – Distribuição de medida da circunferência da cintura na população amostral (n=85), cadastrada no Hiperdia da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

No que diz respeito a CC, o MS com base nas diretrizes da OMS estabelece que a medida igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres sugerem risco de doenças ligadas ao coração, fato este que pode ser observado neste estudo, posto que houve a predominância de participantes com essa medição acima do recomendado, dado também verificado nas pesquisas de Silva, Oliveira e Pierin (2016) e Pires *et al.* (2018). Sobre isso, Araújo e Paes (2013) pontuam que a CC está mais ligada à hipertensão do que à obesidade propriamente dita.

Quanto à avaliação IMC dos pacientes, naqueles do sexo feminino 18% (9) das pacientes apresentaram o índice normal; 40% (20) sobrepeso; 38% (19) obesidade leve; 2 % (1) obesidade média; 2% (1) obesidade mórbida. No que tange aos pacientes do sexo masculino, foram 17,14% (6) de entrevistados que apresentaram índices normais; 28,57% (10) sobrepeso; 42,86% (15) obesidade leve e 11,43% (4) obesidade média. Não foi observado obesidade mórbida em tais indivíduos.

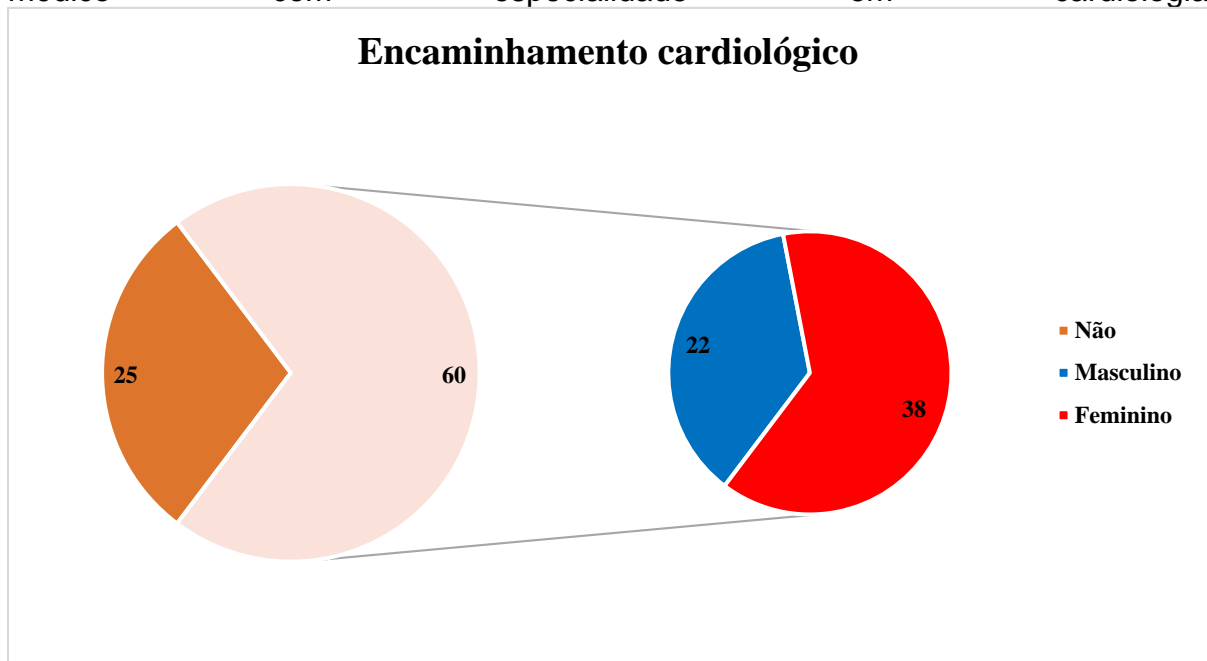
Os resultados deste estudo dialogam com os autores De Sá *et al.* (2014) e de Silva, Oliveira e Pierin (2016) identificaram a predominância de mulheres e homens hipertensos com o IMC acima do esperado, identificando a prevalência da HAS associada à obesidade ou sobrepeso entre ambas as populações de estudo.

De Sá *et al.* (2014), a partir de seus achados, constataram que para o gênero masculino a obesidade foi percebida como um fator ainda mais importante para o

aumento dos níveis pressóricos. Esses achados são capazes de subsidiar parâmetros que oferecem sustentação para a necessidade de planejamento de estratégias de prevenção e tratamento diferenciadas entre ambos os gêneros.

Alguns pacientes, a depender de critérios clínicos previamente estabelecidos no SUS, são encaminhados a outros profissionais de saúde e, no que diz respeito a pacientes hipertensos, especialmente, ao cardiologista e à nutricionista. Foi avaliado, então, o encaminhamento dos pacientes que fazem parte da população amostral (n=85) a tais profissionais. No que diz respeito ao encaminhamento cardiológico (Figura 24), 60 pacientes foram encaminhados. Quando analisado os pacientes quanto ao gênero, 38 das pacientes e 22 dos pacientes do sexo masculino receberam encaminhamento para o especialista.

Figura 24 – Avaliação do número de encaminhamento dos pacientes crônicos (n=85), cadastrados no grupo de Hipertensão da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, ao médico com especialidade em cardiologia.



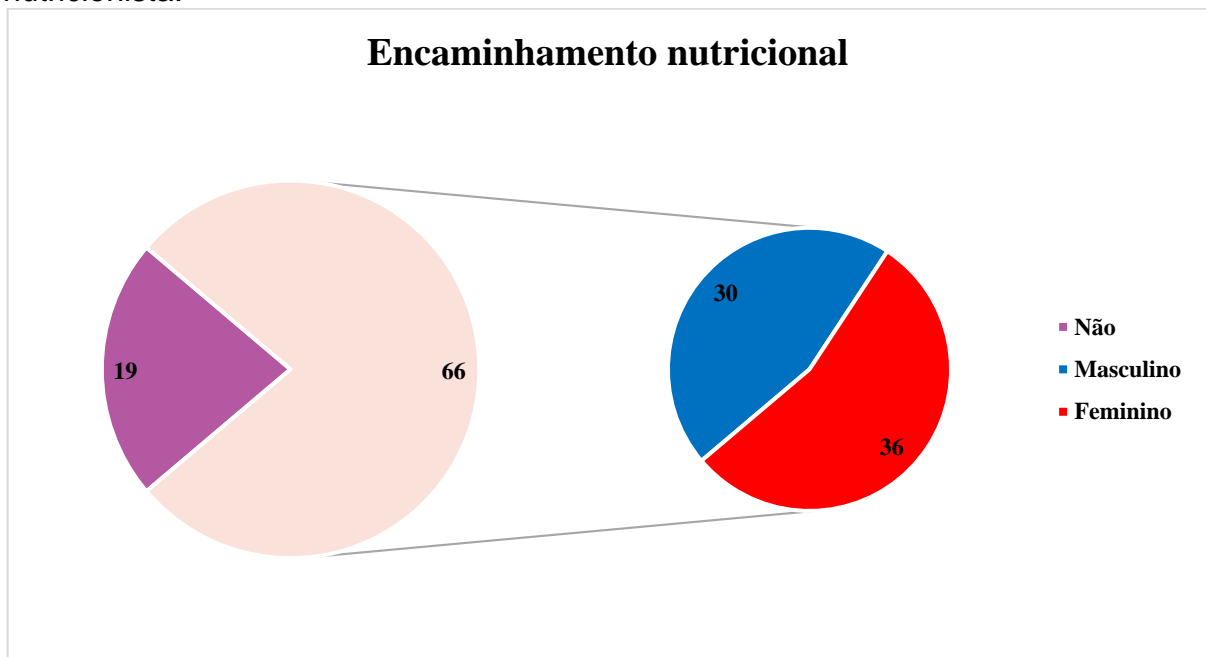
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), na atenção à saúde de pacientes portadores de HAS, é indispensável que seja utilizada uma abordagem multiprofissional com vistas a possibilitar o controle dos níveis pressóricos. Nesse sentido, diversas categorias de profissionais são envolvidas, tais como: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, dentre outras.

De acordo com “Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada” do MS, as condições para o encaminhamento do hipertenso para a atenção cardiológica: presença da hipertensão secundária; hipertensão do avental branco; medida inadequada da PA; tratamento inadequado; progressão das lesões nos órgãos-alvo da hipertensão; não adesão ao tratamento; presença de comorbidades (BRASIL, 2016).

No que tange ao encaminhamento nutricional (Figura 25), 66 (77,64%) dos pacientes receberam tal recomendação. Em uma análise relacionada ao gênero, 36 (72,00%) das pacientes do gênero feminino foram encaminhadas a tal serviço frente a 30 (85,72%) dos pacientes do gênero masculino.

Figura 25 – Avaliação do número de encaminhamento dos pacientes crônicos (n=85), cadastrados no grupo de Hipertensão da ESF “Barra”, Marataízes, Espírito Santo, ao nutricionista.



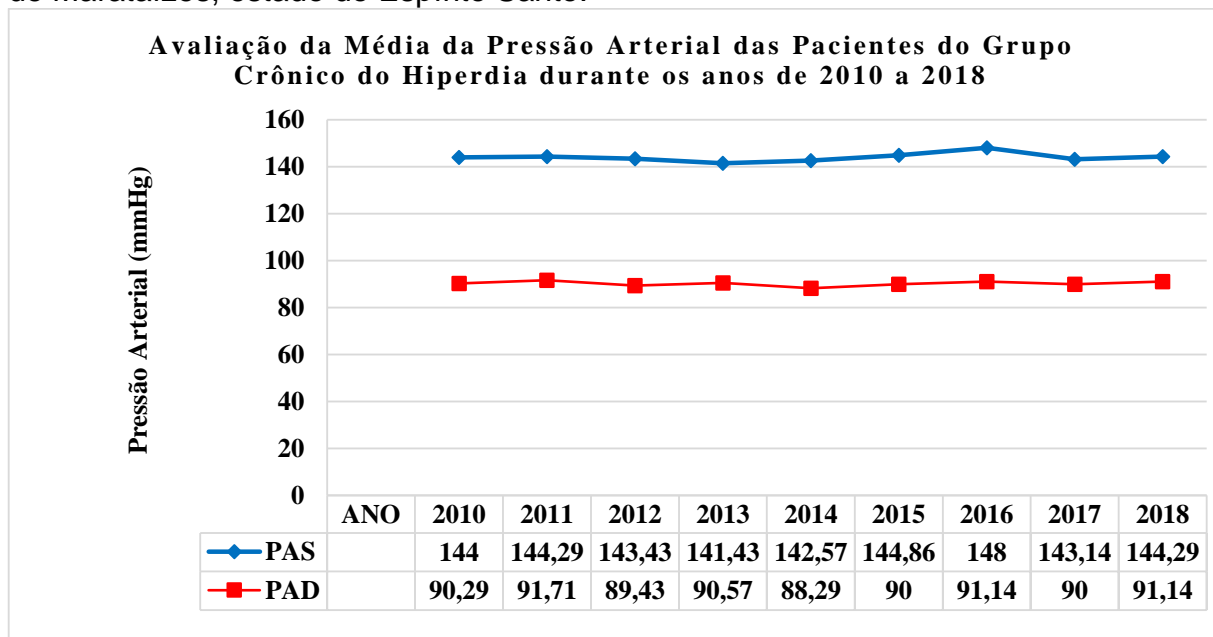
Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019).

No que concerne a intervenção nutricional direcionada a pessoa portadora de HAS, o MS pontua que esta tem os seguintes objetivos: redução dos níveis pressóricos, viabilizando a redução da quantidade de medicamentos utilizados na terapia medicamentosa; adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais; manutenção do peso corporal; redução da obesidade visceral e redução de peso, nos casos de sobrepeso e obesidade; prevenção ou retardo dos agravos vinculados aos hábitos e padrões

alimentares; adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais; e, a incentivo aos hábitos e da cultura alimentar, bem como de uma alimentação saudável, potencializando ações de reeducação alimentar, com o intuito de possibilitar mudanças de hábitos sustentáveis a longo prazo (BRASIL, 2013).

A análise dos dados, contido nos prontuários, do período de 2010 a 2018 foi realizada nos indivíduos do gênero feminino (Figura 26) e, em tais pacientes (n=50), foi possível observar níveis pressóricos ascendentes e considerados altos, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) (140mmHg/90mmHg), especialmente, no ano de 2016.

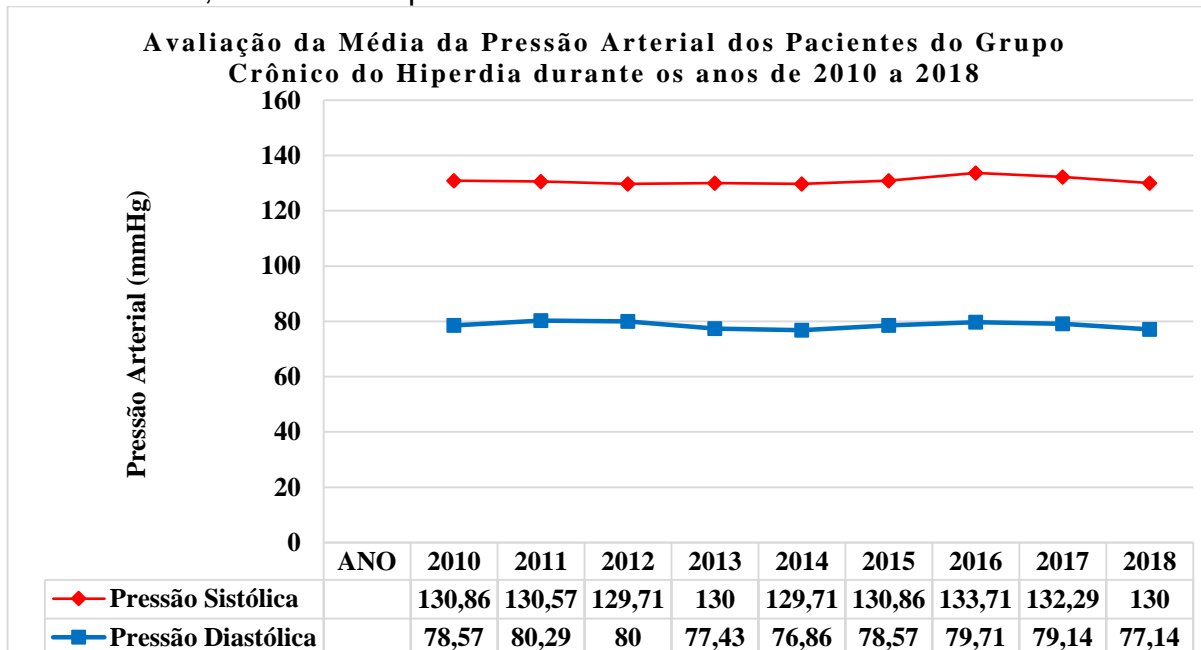
Figura 26 – Avaliação da média da PA Sistêmica de pacientes do gênero feminino (n=50) durante os anos de 2010 a 2018 do grupo de Hipertensão da ESF “Barra” município de Marataízes, estado do Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019). Legenda: PAS - PA Sistólica e PAD - PA Diastólica.

De modo similar, foi feita a análise dos dados no mesmo período nos indivíduos do gênero masculino (Figura 27) e, nesses pacientes (n=35), foi possível observar níveis pressóricos que tangem a normalidade (até 140mmHg/90mmHg).

Figura 27 – Avaliação da média da PA Sistêmica de pacientes do gênero masculino (n=35) durante os anos de 2010 a 2018 do grupo de Hipertensão da ESF “Barra” município de Marataízes, estado do Espírito Santo.



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na pesquisa (2019). Legenda: PAS - PA Sistólica e PAD - PA Diastólica.

Os dados deste estudo mostram-se em dissonância ao estudo conduzido por Silva, Oliveira e Pierin (2016) que constatou em sua pesquisa que a população feminina possuía os níveis pressóricos mais controlados do que os sujeitos que compuseram a amostra da população masculina, mesmo apresentando variáveis negativas das quais são dificultadoras no processo de adesão ao tratamento e consequentemente no controle dos níveis pressóricos, tais como: menor renda salarial; maior percentual de transtornos mentais comuns; o índice de massa corporal elevado; e menos apoio social. Nas perspectivas destes autores, o maior controle da PA pela população feminina deve-se ao fato destas possuírem uma visão mais acurada a respeito da sua condição de saúde e, por isso, buscam mais o serviço de saúde e tendem a aderir mais os tratamentos propostos.

De modo oposto ao resultado desta pesquisa, o estudo de Pierin *et al.* (2011) caracterizou o controle de hipertensos atendidos na atenção primária com uma amostra de 440 hipertensos e verificou que as mulheres apresentavam níveis pressóricos mais controlados do que os homens.

Já os resultados da pesquisa conduzida por Santana *et al.* (2019) se assemelha aos dados da presente pesquisa, posto que estes constataram que a maioria dos

participantes com a PA descontrolada eram do sexo feminino.

Isto posto, Moroz, Kluthcovsky e Schafranski (2016) elencam que controle da PA é extremamente necessário para a redução da morbimortalidade ligada à doença e depende fundamentalmente não só da adesão dos pacientes, mas também dos profissionais de Saúde e das ações institucionais. Estes ainda destacam que dentre os fatores para o não controle da PA ligados aos pacientes estão a idade avançada, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a não adesão ao tratamento e a obesidade. Já as razões ligadas aos profissionais de saúde destacam a falta de conhecimento ou não adesão aos protocolos, a resistência em tratar uma condição “assintomática” e a preocupação com efeitos colaterais dos medicamentos.

Ao analisar os resultados apresentados na Figura 16, pode-se conjecturar que a ausência da prática de atividade física entre as mulheres pode estar influenciando no controle dos níveis pressóricos desta população, uma vez que a Sociedade Brasileira de Cardiologia enfatiza que essa prática é benéfica tanto na prevenção quanto no controle da PA (SBC, 2016).

Avaliando a média da pressão sistólica e diastólica, durante o período de 2010 a 2018, nas quatro últimas aferições, o gênero feminino (n=50) apresentou média de 144mmHg  $\pm$  9,32mmHg de PAS e 90,28mmHg  $\pm$  4,59mmHg de PAD. Já o gênero masculino (n=35) exibiu média de PAS 130,85mmHg  $\pm$  13,86mmHg e PAD de 78,63 mmHg  $\pm$  7,26mmHg.

Os resultados desta investigação se contrapõem aos achados da pesquisa de Silva, Oliveira e Pierin (2016) já que estes verificaram que a população feminina apresentou menores valores de PAS e PAD quando comparada com a população masculina. Tal fato, pode ser compreendido em função da menor adesão à prática de atividades físicas e de melhores hábitos alimentares por esta população.

#### 4.4 CARTILHA EDUCATIVA: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A fim de se realizar uma proposta de intervenção diante dos elevados quadros de HAS vivenciados na sociedade local, foi elaborada uma cartilha educativa (conforme Figura 28 e Apêndice E) com o intuito de propiciar aos usuários da ESF orientações básicas sobre prevenção, promoção e os cuidados relativos à HAS. A perspectiva é apresentar tal documento informativo ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marataízes, estado do Espírito Santo, objetivando a

reprodução do material pelo município.

A cartilha apresenta linguagem simples, sendo pensada e escrita na forma de um bate papo ocorrido entre os principais atores envolvidos no cuidado aos pacientes portadores de HAS que são assistidos na ESF, na qual apresenta os principais fatores de risco para o surgimento dessa patologia, o manejo clínico que é adotado pelo médico para a confirmação do diagnóstico, e ainda as orientações que podem diminuir os níveis pressóricos destes pacientes.

Por fim, no link a seguir, o leitor é direcionado ao acesso da cartilha: <<https://cdn.flipsnack.com/widget/v2/widget.html?hash=fxmqdil3x>>. A mesma também se encontra disposta no Apêndice E deste trabalho.





## CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico da população estudada foi analisado através da coleta de dados que ocorreu em duas etapas: a primeira foi realizada por um questionário estruturado, contendo 16 (dezesesseis) perguntas fechadas, que versavam sobre variáveis socioeconômicas e biossociais.

No que diz respeito às variáveis socioeconômicas, foi possível constatar a presença majoritária da população feminina portadora de HAS. Verificamos ainda a predominância de participantes com idade entre 61-70 anos. No quesito relacionado à profissão feminina, foi possível estabelecer correlações da HAS com as seguintes categorias ocupacionais: aposentada, comerciante, gari, do lar, recepcionista, professora, costureira, agente comunitária de saúde, marisqueira, cuidadora de idosos. No que tange o sexo masculino, as profissões mais relevantes foram: comerciante, lavador de carro e pedreiro. No que concerne à etnia, tornou-se possível perceber a predominância de indivíduos de cor branca, portadores de HAS. Também foi predominante a baixa escolaridade e renda entre os participantes, e a presença majoritária de sujeitos casados.

Já no que tange as variáveis biossociais, foi evidenciado que todos os participantes haviam recebido o diagnóstico de HAS há mais de três anos. Em sua maioria fazem uso regular de medicamentos. A população masculina se mostrou mais adepta a mudança de hábitos alimentares. Houve a presença predominante de tabagista com elevado grau de dependência da nicotina, contudo, apenas na população masculina, na qual podemos inferir que o uso do tabaco não se constitui enquanto fator de risco para o aumento dos níveis pressóricos da população feminina. Também foi observado a preponderância de indivíduos do sexo masculino que faziam uso de bebidas alcoólicas. Os indivíduos do sexo masculino mostraram maior adesão à prática de atividade física, especialmente, da caminhada, praticada pela maioria durante duas vezes na semana. A partir do estudo realizado, foi possível ainda constatar a influência da hereditariedade para o desenvolvimento da HAS, posto que a maioria dos participantes possuíam casos desta patologia na família (pais, mães, irmãos e avós). De forma predominante, os sujeitos participantes deste estudo demonstraram possuir elevado grau de conhecimento acerca das complicações que podem decorrer da HAS, destacando como as principais: o infarto, arritmia cardíaca, e acidente vascular cerebral. Estes também evidenciaram conhecerem os principais

fatores de risco que podem resultar na elevação da PA, dos quais elencaram como os principais, o sal, o tabaco, o álcool, o sedentarismo e a má alimentação. Outro dado que foi possível observar é que grande parte dos sujeitos frequenta as consultas médicas com regularidade. Foi evidenciado que a maior parcela da população masculina não possui um padrão de sono satisfatório, o que, por conseguinte pode está influenciando no aumento dos níveis da PA. Outro achado importante, diz respeito ao fato de que foi possível identificar a predominância de sujeitos que reconheciam sobre a importância na mudança de estilo de vida para o controle da HAS.

Para analisar ao perfil clínico dos sujeitos participantes desta pesquisa (segunda etapa), a coleta baseou-se nas informações específicas contidas nos prontuários físicos referente ao período de 2010 a 2018 dos pacientes cadastrados no programa do hiperdia. No que concerne a avaliação do perfil clínico, foi constatado que a população masculina apresentou média mais elevada de altura. Verificou-se também que em ambos os grupos, os pacientes encontravam-se com peso elevado. Foi possível constatar de forma majoritária que ambos os grupos de participantes possuíam a CC acima do recomendado pela OMS. Também predominou a presença de sujeitos com o IMC acima do esperado, especialmente, no grupo feminino, ratificando a relação da obesidade e sobrepeso com a HAS. A abordagem de atenção à saúde dos portadores de HAS no município estudado tem ocorrido numa perspectiva multiprofissional, já que foram feitos diversos encaminhamentos cardiológico e nutricional destes pacientes.

Ainda sobre o perfil clínico do diagnóstico prévio da hipertensão, foi avaliado através da medição anual das quatro últimas aferições das pressões arteriais no período de 2010 a 2018, nas quais foi possível observar que níveis pressóricos da população feminina foi ascendentes e considerados altos quando comparados com a população masculina, na qual podemos hipotetizar que este achado pode estar relacionado com o fato de que as mulheres demonstraram menor adesão à prática de atividade e à mudança de hábitos alimentares, haja vista que estas se constituem enquanto estratégias indispensáveis para o controle da PA. O grupo feminino analisado apresentou maiores valores de PAS e PAD.

Observando a necessidade de trabalhar melhor as questões de educação, promoção de saúde na UBS, foi elaborada e construída uma cartilha educativa que traz orientações básicas sobre prevenção, promoção e cuidados relativos à HAS, que

será apresentada ao gestor da SEMUS do município de Marataízes – ES. Essa cartilha visa melhorar as condições de saúde desse público-alvo a fim de que os usuários do SUS deste município tenham acesso ao material, para que possam ter melhor conhecimento acerca da HAS e melhor aderência ao tratamento.

Sugere-se ao município estudado: que novos estudos sejam realizados para elucidar melhor questão da HAS dentro desta comunidade; que os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde possam realizar ações de busca ativa da população masculina, as quais podem estar sendo acometidos pela HAS, e não estão recebendo o tratamento farmacológico e não farmacológico (educação em saúde para mudança no estilo de vida); que os profissionais enfermeiros possam atuar como agentes facilitadores da prevenção e promoção à saúde por meio de ações educativas capazes de propiciar mudanças no estilo de vida não apenas dos portadores de HAS, mas sim de toda população adstrita e, que sejam disponibilizadas a todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, as condições de trabalho necessárias para que estes possam atuar de forma efetiva na prevenção, promoção e tratamento da HAS.

Por fim, apontamos a necessidade de novas pesquisas que busquem contribuir para o aprimoramento das ações de atenção aos usuários portadores de HAS, não apenas no âmbito do Município de Marataízes, mas também em âmbito estadual e nacional.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. S. de *et al.* Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 3, p. 4827-4837, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22299/25281>. Acesso em: 05 ago. 2020.
- AMODEO, C. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica secundária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, n. p., set. 2010.
- ANDRADE, R. G. *et al.* Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-11, nov. 2015.
- ARAUJO, I. M. de; PAES, N. A. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no programa de saúde da família e sua associação com fatores de risco. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1030-40, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/20.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 795-804, mar. 2018.
- BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 722-727, jun. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-81452014000400722&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452014000400722&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 jul. 2020.
- BIERNATH, A. Os novos limites para pressão alta – e os tratamentos contra ela. 11 abr. 2018. **Veja Saúde**. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/os-novos-limites-para-pressao-alta-e-os-tratamentos-contr-ela/>. Acesso em: 3 de maio. 2020.
- BOBRIE, G. *et al.* Masked hypertension: a systematic review. **Journal Hypertens**, Milão, v. 9, n. 26, p. 1715-1725, set. 2008.
- BOMBIG, M. T. N.; PÓVOA, R. Interações e associações de medicamentos no tratamento anti-hipertensivo – Antagonistas dos canais de cálcio. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 226-230, out. 2009.
- BORJESSON, M. *et al.* Physical activity and exercise lower blood pressure in individuals with hypertension: narra tive review of 27 RCTs. **British Journal of Sports Medicine**, Londres, v. 6, n. 50, p. 356–61, mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro de Portadores do SIS-HIPERDIA, 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS AB. Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf). Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas Públicas, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_especializada\\_cardiologia\\_v\\_II.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas no Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 mar. 2017. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

BRICARELLO, L. P. *et al.* Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1421-1432, abr. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401421&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401421&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 ago. 2020.

CARVALHO, C. de J. *et al.* Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 124-133, mar./abr. 2016. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO5-Altas-taxas-de-Sedentarismo-e-fatores-de-risco-em-hipertensos.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2020.

CARVALHO, M. V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 164-174, fev. 2013.

CASTRO, L. da S. *et al.* Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em uma população da zona urbana do Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 18, p. 1-10, 25 dez. 2018. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/125/85>. Acesso em: 20 jul. 2020.

DANTAS, A. G. R.; OLIVEIRA, R. C. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295-306, jan. 2019.

DANTAS *et al.* Fatores associados às internações por hipertensão arterial. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1-7, abr. 2018.

DE LA SIERRA, A. *et al.* Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring. **Hypertension**, Dallas, v. 5, n. 57, p. 898-902, maio. 2011.

DE SÁ, C. A. *et al.* Obesidade, condição socioeconômica e hipertensão arterial no Extremo Oeste de Santa Catarina. **Revista de Salud Pública**, Distrito Federal, v. 16, n. 2, p. 184-194, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2014.v16n2/184-194>. Acesso em: 18 jul. 2020.

DESTRI, K.; ZANINI, R. de V. Z.; ASSUNÇÃO, M. C. F. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 857-868, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00857.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

DIAS, J. R. P. *et al.* Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas microáreas 4, 6 e 7 da USF tenoné. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 2-41, jan./fev. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/837>. Acesso em: 05 ago. 2020.

DINIZ, A. S. *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 4, p. 687-695, fev. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/abc/v113n4/pt\\_0066-782X-abc-20190145.pdf](https://www.scielo.br/pdf/abc/v113n4/pt_0066-782X-abc-20190145.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

DRAGER, L. F. *et al.* 1º Posicionamento Brasileiro sobre o Impacto dos Distúrbios de Sono nas Doenças Cardiovasculares da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 111, n. 2, p. 290-340, ago. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2018001400290](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2018001400290). Acesso em: 20 jul. 2020.

DUCA, G. F. D. *et al.* Atividades físicas no lazer entre adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo populacional sobre as características das práticas e de seus praticantes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4595-4604, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4595.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

FAGARD, R. H.; CORNELISSEN, V. A. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension versus true normo tension: a meta-analysis. **Journal Hypertens**, Oxford, v. 11, n. 25, p. 2193-2198, nov. 2007.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Revista Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, dez. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 jul. 2020.

FERREIRA, H. S. *et al.* Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma população favelada. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 209-218, mar./abr. 2017.

FIGUEIREDO, L. G. **Adesão farmacológica e não farmacológica ao tratamento crônico da hipertensão arterial sistêmica**: um plano de intervenção em uma comunidade do município de Mauriti-Ce. 2015. 24 f. Especialização (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

FIORIO, C. E. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1-13, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-e200052.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

FIRMO, J. O. A. *et al.* Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 1-11, jul. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n7/1678-4464-csp-35-07-e00091018.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

FISHER, J. P.; FADEL, P. J. Therapeutic strategies for targeting excessive central sympathetic activation in human hypertension. **Experimental Physiology**, Londres, v. 95, n. 5, p. 572–580, maio. 2010.

FREEMAN, R. *et al.* Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, mize mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. **Clinical Autonomic Research**, Berlim, v. 2, n. 21, p. 69-72, abr. 2011.

GARFINKLE, M. A. Salt and essential hypertension: pathophysiology and implications for treatment. **Journal of the American Society of Hypertension**, Oxford, v. 6, n. 11, p. 385-391, jun. 2017.

GARRISON, S. R. *et al.* Alvos de PA para hipertensão em idosos. **Cochrane Database Syst Revista**, Oxford, v. 2, n. 8, p. 1-13, mar. 2017.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. A. M. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Diagnóstico e Classificação. **Arquivos de Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1-83, set. 2016.

GRASSI, G. *et al.* Marked sympathetic activation and baroreflex dysfunction in true resistant hypertension. **International Journal of Cardiology**, Amsterdam, v. 177, n. 3, p. 1020-1025, out. 2014.

GRAUDAL, N. A. *et al.* Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. **Cochrane Database Syst Revista**, Oxford, v. 5, n. 4, p. 1-265, abr. 2017.

GUERRERO, G. P.; BECCARI, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento Operacional Padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-americana em Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 6, n. p., nov./dez. 2008.

HAJJARI, M. *et al.* Impact of diet on blood pressure and age-related changes in blood pressure in the US population: analysis of NHANES III. **Archives of Internal Medicine**, Estados Unidos, v. 4, n. 161, p. 589-593, fev. 2011.

HALL, J. E. *et al.* Hypertension: physiology and pathophysiology. **Comprehensive Physiology**, Rockville, v. 4, n. 2, p. 2393-2442, out. 2012.

HANUS, J. S. *et al.* Características e qualidade do sono de pacientes hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 596-602, mar. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0596.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0596.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

HELENA, E. T. S. *et al.* Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, jul./set. 2010.

HERMIDA, R. C. *et al.* Circadian rhythms in blood pressure regulation and optimization of hypertension treatment with ACE inhibitor and ARB medications. **American Journal of Hypertension**, Oxford, v. 4, n. 24, p. 383-391, abr. 2011.

HO, P. M. *et al.* Importance of therapy intensification and medication nonadherence for blood pressure control in patients with coronary disease. **Archives of Internal Medicine**, Estados Unidos, v. 3, n. 168, p. 271-276, fev. 2008.



HORI, P. C. A.; SILVA, G. V. da. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo: abordagem, métodos de aferição e programas de obtenção de bons resultados. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 84-89, out./dez. 2016. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/23-4.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES. **National Family Health Survey (NFHS-4)**. Índia, 2017. p. 1-637. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR339/FR339.pdf>. Acesso em 14 dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama**. Rio de Janeiro, 2019. n. p. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/marataizes/panorama>. Acesso em: 15 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2013. n. p. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/). Acesso em: 12 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro, 2011. n. p.

JAMES, P. A. *et al.* Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee. **JAMA Internal Medicine**, Canadá, v. 311, n. 5, p. 507-520, fev. 2014.

JORDAN, J. *et al.* Arterial hypertension: diagnosis and treatment. **Deutsches Ärzteblatt International**, Rockville, v. 1, n. 115, p. 557–568, ago. 2018.

JORDAN, J. *et al.* Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: obesity and difficult to treat arterial hypertension. **Journal Hypertens**, Oxford, v. 6, n. 30, p. 1047–55, jun. 2014.

KOHLMANN JUNIOR, O. *et al.* Tratamento medicamentoso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 29-43, set. 2010.

LAWES, C. M. *et al.* Global burden of blood pressure – related disease. **Lancet**, Reino Unido, v. 9623, n. 371, p. 1513–1518, maio. 2014.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 271-284, abr./jun. 2011.

LUCENA, A. F.; ECHER, I. C.; LAUTERT, L. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e assistenciais. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.c17, n.c1, p. 12-18, ago. 1996. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4097/42858>. Acesso

em: 12 ago. 2020.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: mortalidade prematura, fatores de risco e prioridades de ação. Comentários sobre os resultados preliminares da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Jornal de Medicina**, São Paulo, v. 133, n. 2, p. 69-72, maio. 2015.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. da S.; LOBAO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, maio. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500030](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030). Acesso em: 10 jul. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial em diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-15, nov. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-11, jun. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 jul. 2020.

MANCIA G. *et al.* ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, Oxford, v. 39, n. 33, p. 2159–2219, set. 2013.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 273-278, mar. 2014.

MORAES, A. S.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 591-601, jul. 2012.

MOROZ, M. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; SCHAFRANSKI, M. D. Controle da pressão arterial em idosas hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 111-117, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000100111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100111&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 jul. 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Hypertension in adults: diagnosis and management**. Manchester, 2018. n. p. Disponível em: [www.nice.org.uk/guidance/CG127](http://www.nice.org.uk/guidance/CG127). Acesso em: 14 dez. 2019.

NEUHAUSER, H. K. *et al.* Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008-11. **Journal of Human Hypertension**, Brisbane, v. 4, n. 29, p. 247-253, abr. 2015.

- NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina Online**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 256-72, set. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69136>. Acesso em: 16 jan. 2020.
- OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 239-243, abr./set. 1996. Disponível em: <http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- OLIVEIRA, S. A. *et al.* Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. **Archives of Internal Medicine**, Estados Unidos, v. 162, n. 4, p. 413-420, fev. 2002.
- PACHECO, V. A.; ROSA, A. C. A. Estresse: fatores e o grau de influência decorrente do atendimento ao público: estudo de caso em um Centro Clínico. **Universitas Gestão e TI**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 17-31, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/gti/article/view/3904>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- PAES, N. L. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53-61, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0053.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2020.
- PEIXOTO, M. do R. G. *et al.* Circunferência da Cintura e Índice de Massa Corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 462-470, out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v87n4/11.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- PENA, P. G. L.; GOMEZ, C. M. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4689-4698, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204689&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204689&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 ago. 2020.
- PERSELL, S. D. Prevalence of resistant hypertension in the United States, 2003-2008. **Hypertension**, Milão, v. 6, n. 57, p. 1076-1080, jun. 2011.
- PERSU, A. *et al.* Eligibility for renal denervation: experience at 11 European expert centers. **Hypertension**, Milão, v. 6, n. 63, p. 1319-1325, jun. 2014.
- PIERIN, A. M. G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1389-1400, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1389-1400/>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Revista**

**Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 jul. 2020.

PIRES, C. G. da S. *et al.* Padrões antropométricos de pessoas hipertensas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 1-6, dez. 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27997/17333>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PRONI, T. T. da R. W.; PRONI, M. W. Discriminação de gênero em grandes empresas no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-21, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v26n1/1806-9584-ref-26-01-e41780.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

SANTANA, B. de S. *et al.* Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. **Escola Anna Nery**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 1-8, mar. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000200228&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200228&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 18 jul. 2020.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista Escolar de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, out. 2012.

SANTOS, J. L. *et al.* Fatores associados ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em garis no município de Araguaína – TO no ano de 2015. **Revista de Extensão da UNIVASF**, Petrolina, v. 4, n. 2, p. 95-110, set. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/879/639>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SANTOS, R. dos S. *et al.* Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 1-7, jun. 2018. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/17381/26103>. Acesso em: 06 ago. 2020.

SANTIAGO, E. R. C. *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Recife, v. 113, n. 4, p. 687-695, out. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2019005014102&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2019005014102&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 20 jul. 2020.

SARAIVA, L. G. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma rede ambulatorial do Hiperdia Minas em Governador Valadares-MG. **Revista Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 40-47, abr./jun., 2016.

SCALA, L. C. *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015. p. 780-785.

SEELYE, E. J. *et al.* Clinical practice. Chronic hypertension in pregnancy. **The New England Journal of Medicine**, Canadá, v. 1, n. 365, p. 439-446, ago. 2011.

SIEBENHOFER, A. *et al.* Long-term effects of weight-reducing drugs in people with hypertension. **Revista Cochrane Database of Systematic Reviews**, Canadá, v. 1, n. 3, p. 1-71, mar. 2016.

SILVA, I. V. **Hipertensão Arterial e Envelhecimento**. 2014. 69 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Geriatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31964/2/Hipertens%C3%A3o%20Arterial%20e%20Envelhecimento.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SILVA, J. L. L. *et al.* Estresse e fatores de risco para a hipertensão arterial entre docentes de uma escola estadual de Niterói, RJ. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 3, p. 1347-1356, jul./set. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6304/5550>. Acesso em: 21 jul. 2020.

SILVA, L. E.; BATISTA, R. E.; CAMPANHARO, C. R. Avaliação das medidas de pressão arterial comparando o método tradicional e o padrão-ouro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 226-230, abr. 2013.

SILVA, M. G. C.; DOMINGOS, T. da S.; CARAMASCHI, S. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. **Psicologia: saúde e doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 435-452, ago. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862018000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200021&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 jul. 2020.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50-58, fev. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt\\_0080-6234-reeusp-50-01-0050.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0050.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, T. F. *et al.* Efeito do exercício de caminhantes realizado em praças públicas com intensidade espontânea ou prescrita sobre a hipotensão pós-exercício. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 71, p. 1-10, fev. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100257&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100257&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro, 2016. 19 p. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pd](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pd). Acesso em: 10 jul. 2019.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso! ”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 91-99, mar. 2008.

SOUZA, R. *et al.* Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan./mar. 2015.

TALER, S. J. Initial treatment of hypertension. **The New England Journal of Medicine**, Canadá, v. 7, n. 378, p. 636-644, fev. 2018.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Revista Latino-americana em enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1149-1156, out. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000601149&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000601149&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 20 ago. 2020.

VANGEN-LONNE, A. M. *et al.* Declining incidence of ischemic stroke: what is the impact of changing risk factors? The Tromso Study 1995 to 2012. **Stroke**, Dallas, v. 3, n. 48, p. 544-550, fev. 2017.

VASAN, R. S. *et al.* Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. **JAMA Internal Medicine**, Canadá, v. 8, n. 287, p. 1003-1010, fev. 2002.

VIEIRA, M. R. M. *et al.* Hipertensão Arterial e trabalho entre docentes da educação básica da rede pública de ensino. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3047-3061, out. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/hipertensao-arterial-e-trabalho-entre-docentes-da-educacao-basica-da-rede-publica-de-ensino/16985?id=16985&id=16985>. Acesso em: 10 jul. 2020.

WHELTON, P. K. *et al.* Guideline for the mixed, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. **Hypertension**, Milão, v. 1, n. 71, p. 1269-1324, set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 1997. 158 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>. Acesso em: 8 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Urbanization and health**. Bulletin of the World Health Organization. Geneva, 2010. 2 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/270661>. Acesso em: 6 jun. 2019.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). **European Heart Journal**, Oxford, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, set. 2018.

WRAY, D. W.; SUPIANO, M. A. Impact of aldosterone receptor blockade compared with thiazide therapy on sympathetic nervous system function in geriatric hypertension. **Hypertension**, Milão, v. 55, n. 5, p. 1217-1223, maio. 2010.

WRIGHT, J. M. *et al.* First-line drugs for hypertension. **Revista Cochrane Database**

of **Systematic Reviews**, Canadá, v. 8, n. 3, p. 1-50, jul. 2009.

ZANGIROLANI, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, set. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000401221&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 ago. 2020.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADO PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA “BARRA” DO MUNICÍPIO DE MARATAÍZES – ES**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
<p>Nome: _____</p> <p>Gênero: Masc. ( ) Fem. ( )</p> <p>Data de Nascimento/ Idade: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Etnia: branco: Branco ( ) Parda ( ) Preto ( ) amarelo ( )</p> <p>Escolaridade: _____</p> <p>Estado Civil: _____</p> <p>Renda familiar: 1 a 2 salários mínimos ( ) 3 a 4 salários mínimos ( ) 5 a 10 salários mínimos ( ) Acima de 10 salários mínimos ( )</p>
<b>PERGUNTAS</b>
<p>1. Há quanto tempo é hipertenso?</p> <p>( ) até 1 ano                      ( ) 1 a 2 anos</p> <p>( ) 2 a 3 anos                      ( ) mais de 3 anos</p> <p>2. Em qual local costuma aferir a PA:</p> <p>( ) Hospital</p> <p>( ) Posto de Saúde</p> <p>( ) E.S.F</p> <p>( ) Em casa</p> <p>3. Faz uso de medicamento anti-hipertensivo?</p> <p>( ) Sim</p> <p>( ) Não</p> <p>4. Usa regularmente os medicamentos?</p> <p>( ) Sim</p> <p>( ) Não</p> <p>5. Segue algum tipo de dieta recomendada?</p> <p>( ) Sim</p> <p>( ) Não</p> <p>6. Tem hábito de fumar?</p> <p>( ) Sim</p> <p>( ) Não</p>



Há quanto tempo? 20 a. ( ) 30 a. ( ) 40 a. ( ) 50 a. ( )

7. Faz uso de bebida alcoólica?

- ( ) Sim  
( ) Não

8. Com que frequência costuma beber?

- ( ) Todos os dias ( ) Fins de semana  
( ) Em festas socialmente

9. Pratica alguma atividade física?

- ( ) Sim  
( ) Não

10. Se a resposta foi sim: qual? ( ) Caminhada ( ) Zumba ( ) Funcional ( )  
Musculação.

Quantas vezes? ( ) 1x por semana ( ) 2x por semana ( ) 3 por semana  
( ) 4x por semana ( ) Todos os dias  
( ) Não

11. Há casos de ocorrência de pressão alta na família?

- ( ) Sim  
( ) Não

Ocorrências: Pai ( ) Mãe ( ) Irmãos ( ) Avós ( )

12. Conhece as complicações que podem surgir de uma pressão alta não controlada?

- ( ) Sim  
( ) Não

13. Conhece alguns fatores de risco que pode levá-lo a ter pressão alta?

- ( ) Sim Quais?: ( ) Uso de álcool ( ) Sedentarismo ( ) Uso do fumo  
( ) Obesidade ( ) Uso de drogas ( ) Uso excessivo de sal  
( ) Não

14. Faz consulta médica regularmente?

- ( ) Sim  
( ) Não

15. Quantas horas de sono você dorme por dia?

- ( ) 4 a 6 horas ( ) 8 a 10 horas  
( ) 6 a 8 horas ( ) acima de 10 horas

16. Saberria dizer o que significa mudança no estilo de vida?

- ( ) Sim  
( ) Não

**APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo/pesquisa intitulada “Avaliação do perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes-ES” conduzida por Verônica Spani Amado. Este estudo tem por objetivo geral: Investigar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do Município de Marataízes-ES. Objetivos específicos: identificar os principais fatores de risco conhecidos pelos pacientes cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes-ES dos quais contribuem para o aumento dos seus níveis pressóricos; avaliar os níveis pressóricos dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes – ES; e, elaborar uma cartilha educativa, contendo orientações básicas sobre prevenção, promoção e os cuidados relativos a hipertensão arterial direcionada aos usuários das Estratégias Saúde da Família do município de Marataízes – ES.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um roteiro de entrevista contendo 16 (dezesesseis) perguntas fechadas. A entrevista será realizada no auditório da Estratégia Saúde da Família “Barra” do Município de Marataízes – ES, e terá duração aproximada de 30 (trinta) minutos. Na ocasião estará presente apenas a pesquisadora que conduzirá a entrevista.

Você foi selecionado (a) por compor o grupo de hipertensos de alto risco ou estágio III cadastrados e acompanhados na ESF Barra do Município de Marataízes – ES. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Riscos: de acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é perpassada por risco em tipos e gradações variados. No contexto desta pesquisa, o risco está ligado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Tais riscos serão minimizados com compromisso formal da pesquisadora de assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das

informações enunciadas. Elenca-se que a pesquisadora guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

**Benefícios:** A realização desta pesquisa poderá ser capaz de propiciar subsídios para proposição, implementação e avaliação de políticas públicas direcionadas aos usuários alvos do Programa Hiperdia, não somente na esfera municipal, mas também no âmbito da União e Estado.

**Custo / Reembolso para o paciente:** a participação na pesquisa, se dará de forma espontânea, sem que acarrete para o entrevistado qualquer incentivo financeiro ou ônus, haja vista que a entrevista tem a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

**Confidencialidade da pesquisa:** apenas a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às informações prestadas, e estas serão guardadas somente durante a pesquisa, visto que após a finalização, o material será destruído de forma adequada. A colaboração do entrevistado será confidencial e privativa, na qual o anonimato do participante será assegurado. Para isso, serão omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo.

**Divulgação dos resultados da pesquisa:** os resultados desta pesquisa serão divulgados na forma da dissertação e na publicação de artigo em revistas científicas. Em ambos os meios de publicação, o anonimato do participante será assegurado. Para isso, serão omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo.

Diante do exposto, caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo. Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do pesquisador:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, você poderá se comunicar com Verônica Spani Amado, via e-mail: [veronicaspani123@hotmail.com](mailto:veronicaspani123@hotmail.com) ou pelo telefone: (28) 99919-2141.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA \_FVC

ENDEREÇO: São Mateus (ES) – CEP: 29933-415

FONE: (27) 3313-0028 / E-MAIL: [cep@ivc.br](mailto:cep@ivc.br)

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Verônica Spani Amado

ENDEREÇO: Rua Antônio Maurício de Oliveira, Nº 42, Bairro Paraíso, Cachoeiro de Itapemirim (ES) – CEP: 29.304.120

FONE: (28) 99919-2141/ E-MAIL: [veronicaspani123@hotmail.com](mailto:veronicaspani123@hotmail.com)

**APÊNDICE C – PROTOCOLO COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Circunferência da Cintura: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

Foi realizado encaminhamento ao cardiologista: ( ) Sim ( ) Não

Foi realizado encaminhamento ao nutricionista: ( ) Sim ( ) Não

	<b>MÊS</b>	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>
<b>ANO*</b>	JANEIRO		
	FEVEREIRO		
	MARÇO		
	ABRIL		
	MAIO		
	JUNHO		
	JULHO		
	AGOSTO		
	SETEMBRO		
	OUTUBRO		
	NOVEMBRO		
	DEZEMBRO		

\*Foi utilizado um quadro deste para cada ano (2010 a 2018).

## APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUDP)

### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUDP)

Eu, Verônica Spani Amado, da Faculdade Vale do Cricaré, do curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré – FVC, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa hiperdia da Estratégia da Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes-ES” comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos arquivos físicos de prontuários dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia localizados na Estratégia da Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes-ES, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos armários de prontuários bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem as informações contidas nos prontuários dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia da Saúde da Família “Barra” do município de Marataízes-ES, no período de 01/01/2010 a 30/12/2018.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa, em que eu precise coletar dados, mesmo que já os possua, será submetida à nova apreciação do CEP.

Marataízes-ES, 29 de outubro de 2019.



Verônica Spani Amado  
Pesquisadora Responsável  
CPF: 022.608.357-83



Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Marataízes-ES

Razão Social: Fundo Municipal de Saúde de Marataízes

CNPJ: 14.758.660/0001-40

Secretário: Eraldo Duarte Silva Junior

CPF: 093.094.197-76

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Eraldo Duarte Silva Junior  
Secretário Municipal de Saúde  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARATAÍZES

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARATAÍZES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Armêlia Maltaeche, s/nº - Ed. Itamaraty - 2ª Andar  
Barro Cidade Nova - Marataízes - ES - CEP 29346-500  
CNPJ 14.758.660/0001-40

**APÊNDICE E – CARTILHA EDUCATIVA: “HIPERTENSÃO ARTERIAL: O QUE VOCÊ PRECISA SABER!”**



## APRESENTAÇÃO

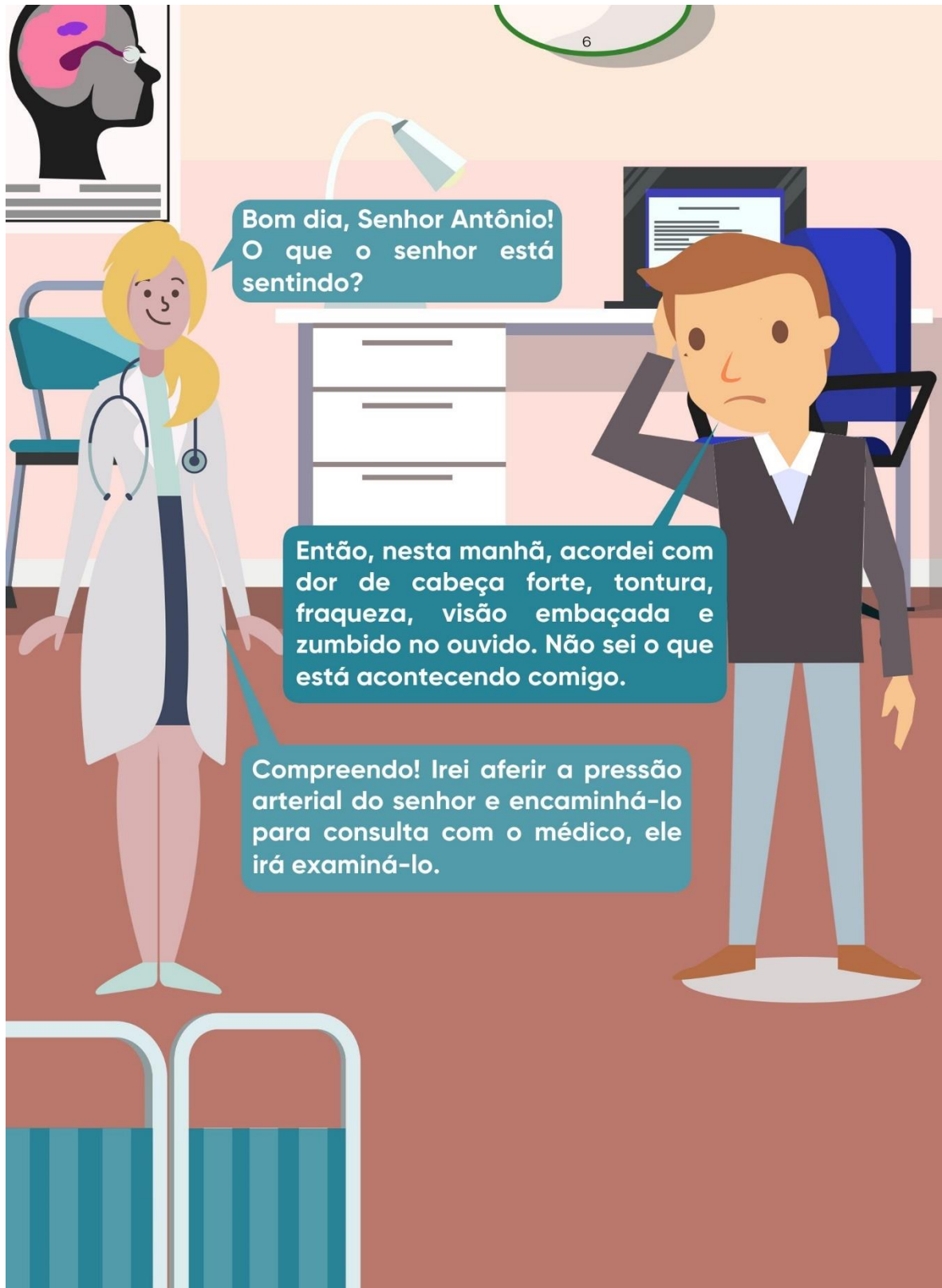
Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que cerca de 600 milhões de indivíduos sejam portadores de Hipertensão Arterial, estando previsto um crescimento global de 60% dos casos até o ano 2025. Além disso, supõem-se, em média, 7,1 milhões de mortes anuais ocasionadas por esta doença.

Diante destes dados alarmantes, apresentamos a você esta cartilha educativa, elaborada pela pesquisadora Verônica Spani Amado por meio do Programa Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré – FVC, que tem por objetivo lhe oferecer orientações sobre prevenção, promoção e os cuidados relativos a Hipertensão Arterial.



















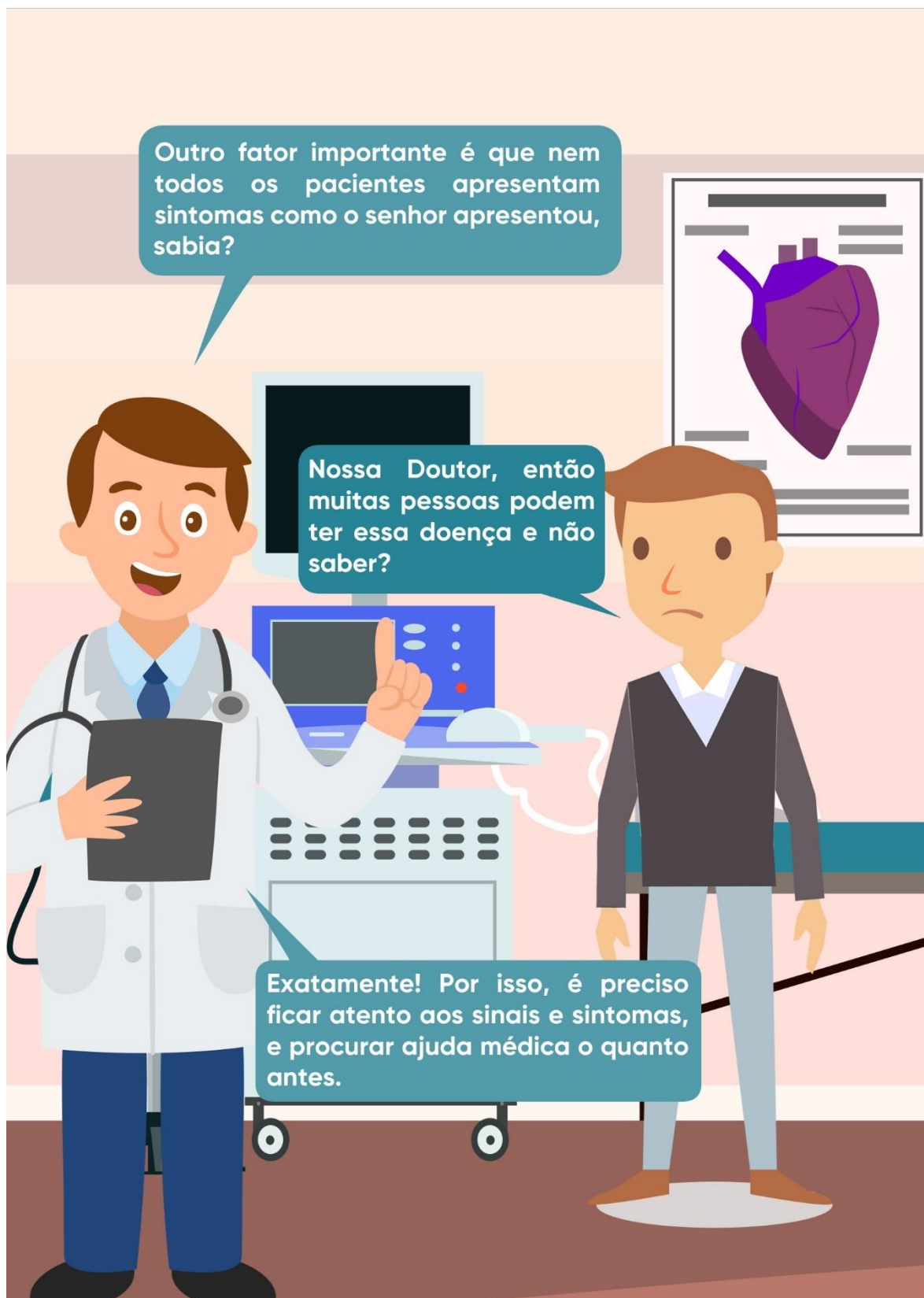
Por que ela acontece, Doutor?

Na maioria das vezes, a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores.

Mas, Doutor, quais seriam esses fatores?

Existem dois tipos de fatores de risco que podem contribuir para a hipertensão: os fatores não modificáveis e os fatores modificáveis:

<p><b>NÃO MODIFICÁVEIS</b></p> <p>Hereditariedade, idade, gênero (masculino e feminino) e etnia (cor).</p>		<p><b>MODIFICÁVEIS</b></p> <p>Tabagismo, colesterol alterado, inatividade física, sobrepeso ou obesidade, elevada circunferência abdominal, diabetes, alimentação inadequada.</p>
--	---	---



Siga as orientações que vou apresentar para o senhor, pois em alguns casos, apenas a alteração de hábito já é suficiente para controlar a pressão arterial.





**TENHA UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL**

**PRATIQUE EXERCÍCIOS FÍSICOS**



**DIMINUA O SAL DA COMIDA**



**DIMINUA O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**



**ABANDONE O CIGARRO/FUMO**



**TENHA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**



**REALIZE AS CONSULTAS MÉDICAS REGULARMENTE**



**TOME A MEDICAÇÃO CONFORME A PRESCRIÇÃO MÉDICA**



**NUNCA ABANDONE O SEU TRATAMENTO**



**CONTROLE SEMPRE O SEU PESO**



**SE NECESSÁRIO, VÁ A UM NUTRICIONISTA**



**CONTROLE O ESTRESSE E VIVA MAIS FELIZ**



Você sabia...

Que Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública no mundo?

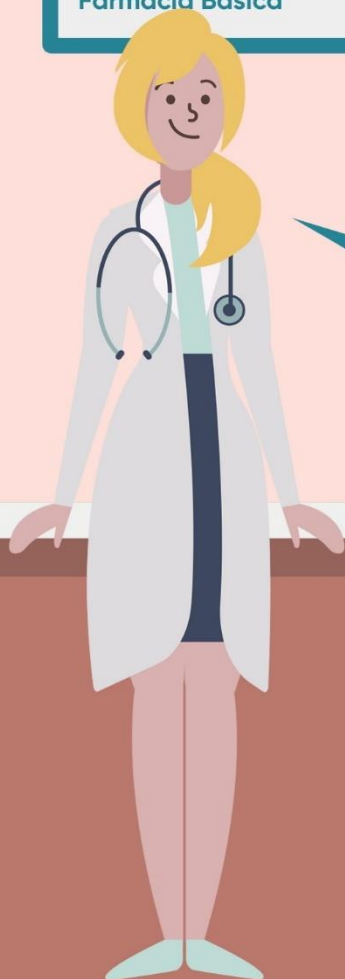
Só no Brasil, essa doença atinge entre 22% e 44% da população adulta (uma média de 32%), chegando a mais de 50% em indivíduos com idade entre 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com com mais de 70 anos.

Lembre-se: sua saúde e bem-estar só depende de você!



**TELEFONES ÚTEIS**

Secretaria Municipal de Saúde	(28) 3532-1876
Unidade de Pronto Atendimento- UPA	(28) 3532-6853
Atendimento Médico Ambulatorial	(28) 3532-5055
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU	192
Centro de Especialidade Médica- CEM	(28) 3532-7204
Centro de Testagem e Aconselhamento- CTA	(28) 3532-1876
Vigilância Sanitária	(28) 3532-1876
Sala de Vacina	(28) 3532-1876
Farmácia Básica	(28) 3532-1429



Caso precise de alguns de nossos serviços é só ligar!

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

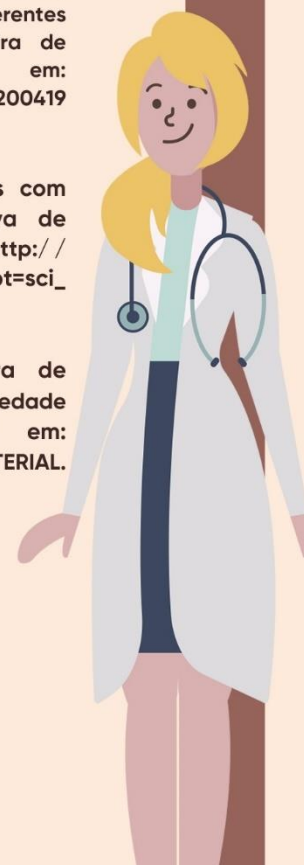
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensaoarterial\\_sistemicacab7.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensaoarterial_sistemicacab7.pdf). Acesso em: 02 mar. 2020.

MACHADO, M.C.; PIRES, C. G.S.; LOBÃO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.17, n.5, p. 1365-1374, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

MALTA, D.C.; GONÇALVES, R. P. F.; MACHADOL, I.E.; FREITAS, M. I. F.; AZEREDO, C.; SZWARCOWALDIII, C. L. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. n. 21, p.1-15, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2018000200419](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2018000200419). Acesso: 08 mar. 2020.

SANTOS, A.L.; SILVA, E.M.; MARCON, S.S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. *Texto & Contexto-Enfermagem*. v.27, n.1, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000100313&script=sci\\_asract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000100313&script=sci_asract&lng=pt). Acesso em: 12 mar. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. v. 13, n. 3, 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 10 mar. 2020.





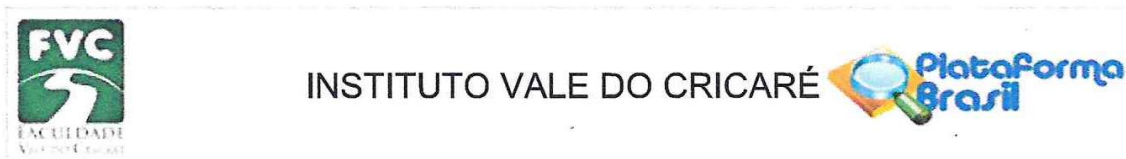
FACULDADE  
VALE DO CRICARÉ

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

**VERÔNICA SPANI AMADO**

PROFESSORA DRA. VIVIAN MIRANDA LAGO (ORIENTADORA)

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE VALE DO CRICARÉ – FVC



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA "BARRA" DO MUNICÍPIO DE MARATAÍZES-ES

**Pesquisador:** VERONICA SPANI AMADO PEDROZA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25407519.4.0000.8207

**Instituição Proponente:** INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.704.660

#### Apresentação do Projeto:

No Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um grave problema de saúde pública que atinge cerca de 36 milhões de adultos chegando a um índice de mais de 50% para indivíduos com idade entre 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia publicados em 2016. Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que cerca de 600 milhões de indivíduos sejam portadores da HAS, estando previsto um crescimento global de 60% dos casos até o ano 2025, além de em média 7,1 milhões de mortes anuais ocasionadas por esta doença. Assim, diante desta questão o objetivo deste estudo será avaliar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia da Saúde da Família "Barra" do Município de Marataízes-ES. Para tanto será realizada uma pesquisa quantitativa com oitenta e cinco sujeitos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia da Saúde da Família "Barra" do Município de Marataízes-ES.

**Endereço:** Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 29.933-415

**UF:** ES

**Município:** SAO MATEUS

**Telefone:** (27)3313-0009

**E-mail:** cep@ivc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 3.704.660

**Objetivo Secundário:**

• Identificar os principais fatores de riscos conhecidos pelos pacientes cadastrados no programa Hipertensão da Estratégia da Saúde da Família "Barra" do município de Marataízes-ES dos quais contribuem para o aumento dos seus níveis pressóricos; • Avaliar os níveis pressóricos dos pacientes cadastrados no programa Hipertensão da Estratégia da Saúde da Família "Barra" do município de Marataízes-ES; • Elaborar uma cartilha ilustrada e digital, contendo orientações básicas sobre prevenção, promoção e os cuidados relativos a hipertensão arterial que será disponibilizada aos pacientes cadastrados e acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família "Barra" do município de Marataízes-ES.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

De acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é permeada por risco em tipos e graduações variados. No contexto desta pesquisa, o risco está ligado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Tais riscos serão minimizados com compromisso formal da pesquisadora de assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações enunciadas.

Elenca-se que a pesquisadora guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

**Benefícios:**

A realização desta pesquisa poderá ser capaz de propiciar subsídios para proposição, implementação e avaliação de políticas públicas direcionadas a estes usuários, não somente na esfera municipal, mas também no âmbito da União e Estado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de extrema relevância, visto a importância do tema. Apresentou projeto de forma clara e objetiva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos necessários. TCLE, Termo de Autorização de Instituição co-participante e TCUD.

**Endereço:** Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A  
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 29.933-415  
**UF:** ES **Município:** SAO MATEUS  
**Telefone:** (27)3313-0009

**E-mail:** cep@ivc.br





INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 3.704.690

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado entende que o projeto de pesquisa está aprovado considerando extrema relevância, visto a importância do tema, sendo apresentado de forma clara e objetiva. E que todos os termos necessários foram apresentados como: TCLE, Termo de Autorização de Instituição co-participante e TCUD.

Como orientações pede-se:

- Considerar o risco de na coleta dos dados, por algum motivo, o participante ficar tenso e por isso desencadear a elevação da pressão. Nesse sentido, resguarda-se de ações para minimizar este possível risco.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1458613.pdf	07/11/2019 18:17:51		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/11/2019 18:15:09	VERONICA SPANI AMADO PEDROZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/11/2019 18:14:03	VERONICA SPANI AMADO PEDROZA	Acelto
Outros	TERMODEAUTORIZACAOPDF.pdf	07/11/2019 18:11:58	VERONICA SPANI AMADO PEDROZA	Acelto
Outros	TERMODEUTILIZACAO.pdf	07/11/2019 18:09:22	VERONICA SPANI AMADO PEDROZA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	07/11/2019 18:04:05	VERONICA SPANI AMADO PEDROZA	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A  
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 20.033-415  
 UF: ES Município: SAO MATEUS  
 Telefone: (27)3313-0000

E-mail: cep@ivc.br



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 3.704.660

SAO MATEUS, 13 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**LILIAN PITTOL FIRME DE OLIVEIRA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A**Bairro:** UNIVERSITARIO**CEP:** 29.933-415**UF:** ES**Município:** SAO MATEUS**Telefone:** (27)3313-0009**E-mail:** cep@ivc.br

**ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

**Prefeitura Municipal de Marataízes**  
Estado do Espírito Santo  
Secretaria Municipal da Saúde

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Eu, Eraldo Duarte Silva Junior ocupante do cargo de Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Marataízes-ES, autorizo a realização da pesquisa "Avaliação do perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa hiperdia da Estratégia da Saúde da Família "Barra" do município de Marataízes-ES" sob a responsabilidade da pesquisadora Verônica Spani Amado, tendo como objetivo primário (geral) "Investigar o perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia da Saúde da Família "Barra" do Município de Marataízes-ES".

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

Marataízes-ES, 29 de outubro de 2019.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**Eraldo Duarte Silva Júnior**  
Secretário Municipal de Saúde  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARATAÍZES

Eraldo Duarte Silva Junior

Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Marataízes-ES

Razão Social: Fundo Municipal de Saúde de Marataízes

CNPJ: 14.758.660/0001-40

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARATAÍZES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Amélia Malkasche, s/nº - Ed. Itamaraty - 2ª Andar  
Barro Cidade Nova - Marataízes - ES - CEP 29345-000  
CNPJ 14.758.660/0001-40