

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

MICHELI RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO PROGRAMA HIPERDIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BOA MIRA
DO MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA – ES**

SÃO MATEUS – ES

2020

MICHELI RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO PROGRAMA HIPERDIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BOA MIRA
DO MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA – ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação, da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação.

Área de concentração: Ciência, Tecnologia e Educação.

Orientadora: Dra. Vivian Miranda Lago

SÃO MATEUS – ES

2020

MICHELI RODRIGUES DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO PROGRAMA HIPERDIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BOA MIRA
DO MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA – ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação, da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação no Programa de Mestrado na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovado em 31 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vivian Miranda Lago
Faculdade Vale do Cricaré - FVC
Orientadora

Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira
Faculdade Vale do Cricaré – FVC

Profa. Dra. Márcia Souza Cunha Abreu
Universidade Federal Fluminense - UFF

SÃO MATEUS – ES

2020

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação os meu pais, Moises Antônio Amaral de Oliveira e Cleonice Rodrigues de Oliveira.

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa vitoriosa, em que a emoção dos momentos saudosistas se confunde com a grandeza da missão cumprida, agradeço ao protetor e eterno DEUS a qual dedico minha vida e meu ânimo renovado a cada dia, a Nossa Senhora Nossa Mãe por me ouvir, falar ao meu coração e ser minha intercessora junto ao Pai!

Aos meus pais Moises e Cleonice, fontes inesgotáveis de Amor e doação, dedico a vocês o que há de melhor em mim. Vocês são meus maiores orgulhos! Sem vocês jamais teria conseguido. Obrigado por tudo e por tanto!

À minha irmã Mônica, exemplo de inteligência e determinação, dedico a coragem extraída de sua essência.

Aos mestres, em especial minha orientadora Dr^a Vivian Miranda Lago, por repartir comigo os seus conhecimentos, me guiando de maneira honrada nestes anos que se passaram.

“Sonhos, acredite neles.”

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida”.

(Cora Coralina)

RESUMO

Introdução: Este trabalho teve por finalidade estudar o perfil epidemiológico e o estilo de vida de pacientes hipertensos do programa Hiperdia do município de Boa Esperança – ES. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem índices elevados de prevalência e os pacientes apresentam grande dificuldade de controlá-la. Os doentes portadores de patologia crônica como a HAS são os que menos aderem à terapêutica. Em 2002 criou-se o programa Hiperdia, que possui a Estratégia Saúde da Família (ESF) objetivando reverter o problema com ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, e trabalhar na ESF ultrapassa o atendimento, buscando entender o indivíduo e suas relações no meio, assim como a influência de fatores no processo saúde-doença. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira em Boa Esperança – ES em relação às variáveis sociodemográficas. **Metodologia:** Os dados utilizados foram coletados a partir da relação de pacientes hipertensos disposta no sistema eletrônico e-SUS utilizado na unidade de saúde. A amostra foi composta por 80 pacientes com hipertensão, sendo estes homens e mulheres de 20 a 75 anos que não tivessem incapacidade cognitiva. **Resultados e discussão:** A maior parte dos hipertensos entrevistados neste estudo possuem de 51 a 75 anos (52,5%), são alfabetizados (85%), casados (60%), e com renda familiar de até dois salários mínimos (45,5%). A maior parte não fuma (81,25%), (43,75%) faz uso de bebidas alcoólicas, e utilizam de mais de um medicamento simultaneamente (88,75%). Dos hipertensos, 35% possuem Diabetes Mellitus associado, todos possuem histórico familiar de HAS (100,0%), 48,75% já foram internados por HAS e 52,5% julgam sua saúde regular. Apenas 5% fazem acompanhamento com nutricionista e 73,75% não praticam atividades físicas. Ainda, 51,25% comparecem às consultas do HiperDia 1 vez ao ano, e 53,75% não receberam orientação para realizarem atividades físicas. **Conclusão:** Muitos hipertensos entrevistados possuem hábitos de vida não-saudáveis, o que pode contribuir para que estes pacientes permaneçam com HAS e apresentem pior condição de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Estilo de vida. Perfil sociodemográfico.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to study the epidemiological profile and lifestyles of hypertensive patients in the Hiperdia program in the municipality of Boa Esperança - ES. Systemic arterial hypertension has high levels of prevalence and the patients have great difficulty in controlling it. Patients with chronic pathology such as SAH are those who least adhere to therapy. In 2002, the Hiperdia program was created, which has the Family Health Strategy (FHS), aiming to reverse the problem with prevention, diagnosis, treatment and control of these pathologies, and working at FHS goes beyond service, seeking to understand the individual and his relationships in the environment, as well as the influence of factors in the health-disease process. **Objectives:** To describe the epidemiological profile of patients registered in the Hiperdia Program in the Boa Mira Family Health Strategy in Boa Esperança - ES in relation to sociodemographic variables. **Methodology:** The data used were collected from the list of hypertensive patients displayed on the e-SUS electronic system used in the health unit. The sample consisted of 80 patients with hypertension, men and women aged 20 to 75 years who did not have cognitive impairment. **Results and discussion:** Most hypertensive patients interviewed in this study are between 51 and 75 years old (52.5%), literate (85%), married (60%), and with a family income of up to two minimum wages (45.5%). Most do not smoke (81.25%), (43.75%) use alcoholic beverages, and use more than one medication simultaneously, (88.75%). Of the hypertensive patients, 35% have associated Diabetes Mellitus, all have a family history of SAH (100.0%), 48.75% have already been hospitalized for SAH and 52.5% consider their health to be regular. Only 5% follow up with a nutritionist and 73.75% do not practice physical activities. In addition, 51.25% attend HiperDia consultations once a year, and 53.75% did not receive guidance to perform physical activities. **Conclusion:** Many interviewed hypertensive patients have unhealthy lifestyle habits, which can contribute to these patients remaining with SAH and worse health conditions.

Keywords: Systemic arterial hypertension. Lifestyle. Sociodemographic profile

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação geográfica da localidade do município de Boa Esperança, no estado do Espírito Santo.	29
Figura 2. Unidade de básica de saúde do programa Estratégia Saúde da Família Boa Mira, município de Boa Esperança - ES.....	33
Figura 3. Folder educativo ilustrado produzido como estratégia de intervenção dos maus hábitos de vida dos hipertensos de Boa Esperança – ES.....	56

GRÁFICOS

Gráfico 1. Análise da porcentagem dos pacientes hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira quanto à faixa etária, Boa Esperança - ES, 2020.....	36
Gráfico 2. . Análise de porcentagem da distribuição quanto ao sexo dos hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.	37
Gráfico 3. Análise de porcentagem da distribuição quanto à cor da pele autorreferida dos hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia da Saúde Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.	39
Gráfico 4. Análise de porcentagem de hipertensos alfabetizados do programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.	40
Gráfico 5. Análise de porcentagem da distribuição da renda familiar entre os hipertensos do programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança/ES, 2020.	43
Gráfico 6. Análise de porcentagem do consumo de álcool entre os hipertensos do programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança/ES, 2020.....	45
Gráfico 7. Avaliação da porcentagem de hipertensos com Diabetes mellitus do programa de Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa esperança - ES.....	47
Gráfico 8. Análise do percentual da prática de atividade física realizada pelo grupo de hipertensos da ESF Boa mira, município de Boa Esperança - ES.....	50
Gráfico 9. Análise da porcentagem da recomendação da prática de atividade física por parte de profissionais da saúde na visão de hipertensos da Estratégia Saúde da Família Boa Mira no município de Boa Esperança - ES.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação da situação conjugal de participantes hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança – ES, 2020.	41
Tabela 2. Representação do uso de cigarros de tabaco por parte dos participantes entrevistados.....	44
Tabela 3. Representação da utilização de medicamentos por parte dos pacientes..	46
Tabela 4. Representação do histórico de hipertensão na família dos participantes entrevistados.....	48
Tabela 5. Representação da conduta alimentar tomada por parte dos entrevistados na pesquisa.....	49
Tabela 6. Variação da participação às consultas do Programa Hiperdia em relação ao período de tempo.	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Procedimentos de internação e ambulatorial realizados por pacientes no ano de 2016.	18
Quadro 2. Óbitos por doenças cardiovasculares de 2006 a 2016.	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC - Acidentes Vascular Cerebral

CONASEMS - Secretarias Municipais de Saúde através do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde

CONASS - Secretarias Estaduais de Saúde, através do Conselho Nacional de Secretários da Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCNTs - Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

e-SUS - Sistema Único de Saúde * eletrônico

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - (High Density Lipoproteins ou Lipoproteínas de alta densidade)

HTA - Hipertensão Arterial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDL - (Low Density Lipoproteins ou Lipoproteínas de baixa densidade)

mmHg - Milímetros de Mercúrio

PA - Pressão Arterial

PAB-Fixo - Piso da Atenção Básica * Fixo

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PSF - Programa de Saúde da Família

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Prevenção Secundária da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	20
1.2. Adesão ao tratamento da Hipertensão arterial sistêmica	22
1.3. Controle Da Hipertensão Arterial Sistêmica	23
1.4. O SUS e o HIPERDIA.....	26
1.5. A Estratégia Saúde da Família	28
2. OBJETIVOS	31
2.1. Objetivo Geral	31
2.2. Objetivos Específicos	31
3. METODOLOGIA	32
3.1. Tipo de Pesquisa.....	32
3.2. Aspectos éticos.....	32
3.3. Área de Estudo.....	32
3.4. Amostra: critérios de inclusão e exclusão	34
3.5. Coleta de Dados	34
3.6. Folder como produto de proposta de intervenção	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A — QUESTIONÁRIO	66
APÊNDICE B — FOLDER ILUSTRATIVO	67
ANEXO 1	68

1. INTRODUÇÃO

Trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) é um desafio que ultrapassa o atendimento. Busca entender o indivíduo dentro da família e da comunidade em que este está inserido, suas relações neste meio e a influência destes fatores no processo saúde-doença.

O desconhecimento sobre o que é hipertensão arterial sistêmica (HAS), seus fatores de risco, a importância do tratamento pode resultar em consequências irreversíveis.

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem índices elevados de prevalência e os pacientes apresentam grande dificuldade de controlá-la. Estima-se que apenas um terço das pessoas, regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem a pressão arterial (PA) mantida em níveis desejáveis. Um dos mais importantes determinantes desse problema é a não adesão adequada ao tratamento medicamentoso (SANTA-HELENA, 2010).

Em um cenário mundial de pesquisas sobre a Hipertensão arterial temos estudos como os de Campbell (2003), que vem ao longo da última década afirmando em seus artigos cada vez mais recentes que mais de ¼ da população adulta do mundo sofre de Hipertensão arterial. Os números trazidos por ele indicam que mais da metade dos acidentes vasculares cerebrais e cerca de 47% dos infartos do miocárdio são atribuídos à pressão arterial elevada e descontrolada.

Mais de um bilhão de pessoas no mundo apresentam prevalência de HAS. No Canadá, em 1992, 17% das pessoas apresentavam a prevalência, dos quais 68% não faziam tratamento para este problema. Os indicadores melhoraram completamente após a implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica, o The Canadian Hypertension Education, colocando este país em um positivo destaque no cenário internacional. (CAMPBELL et al., 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO et al., 2006).

Os autores acreditam que esse modelo de educação adotado no Canadá, de forma permanente, possa ser generalizado para os diversos países, assim como

as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os pesquisadores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (CAMPBELL et al., 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO et al., 2006).

É interessante notarmos que o número de hipertensos no mundo vem crescendo consideravelmente. Uma das explicações para este fenômeno é justamente o aumento da expectativa de vida da população mundial, uma vez que a doença prevalece na população com mais de 60 anos; sendo assim, à medida que o topo das pirâmides etárias dos países vai se alargando, e a qualidade de vida vai melhorando, as pessoas vão vivendo mais, e conseqüentemente, mais pessoas chegam à idade “crítica” acima dos 60 anos.

Quando tratamos do Brasil, VI Diretrizes de Hipertensão Arterial Sistêmica, de 2010, ratificam que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, além de doença renal crônica terminal. É considerada, na atualidade, um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. A primeira razão é a alta prevalência. Outro aspecto a ser destacado é a forte relação de risco entre hipertensão arterial e ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, notadamente o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio. Essa relação é contínua, positiva e independente de outros fatores e tem implicado na presença frequente da hipertensão arterial nas principais síndromes cardiovasculares.

No Brasil, se analisarmos a pirâmide etária das capitais, pode-se observar que cidades com IDH mais elevados apresentam estatisticamente um maior número de hipertensos. De acordo com a pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Vigitel (2018):

“As capitais com maior prevalência são Rio de Janeiro (31,2%), Maceió (27,1%); João Pessoa (26,6%); Belo Horizonte (26,5%), Recife (26,5%), Campo Grande (26,0%) e Vitória (25,2%). E as com menores índices: São Luís (15,9%); Porto Velho (18,0%); Palmas e Boa Vista (18,6%) (Vigitel, 2018).”

As cidades com maior prevalência, dentre outros fatores, por terem um IDH mais elevado, apresentam um número mais elevado na proporção em relação à população idosa, o que contribui para os indicadores de hipertensão. Sendo assim, Os indicadores da região Norte e Nordeste vão apresentar uma prevalência menor da HAS que as demais regiões.

Em números absolutos, em uma escala que vai do “Muito alto” ao “Baixo”, o Brasil apresenta-se no patamar “Alto” de pacientes hipertensos em relação aos demais países do mundo.

O município de Boa esperança apresenta um IDH de 0,679, que é um índice considerado Médio. (IBGE, 2010).

Fatores étnicos e biológicos também devem ser observados, além dos sociais e etários. Estudos redigidos por Lotufo e Bensenor (2013) mostram que negros possuem maiores taxas de incidência e mortalidade por doenças cerebrovasculares, seguidos de pardos e brancos, sendo a hipertensão uma das principais causas do acometimento a danos cerebrovasculares.

Quando os escravizados vinham sendo trazidos do continente africano, a viagem fazia uma certa seleção natural, exigindo dos corpos e desidratando aquelas pessoas, onde os indivíduos que tinham a capacidade de armazenar água e sais minerais no corpo acabavam conseguindo manter-se mais íntegros e os que não tinham esta capacidade sucumbiam para a desidratação, fraquezas ou fome antes do fim do trajeto (Lotufo e Bensenor, 2013).

É possível que os descendentes desses escravizados possam ter herdado essa capacidade de retenção de líquido e sais, e o que era em um contexto importante para a sobrevivência, agora se torna uma predisposição genética para um mal. (Lotufo e Bensenor, 2013).

Em nosso país, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo

terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

O quadro 1 apresenta o registro de internações e atendimento ambulatorial realizados por pacientes hipertensos no ano de 2016, foram registrados 983.256 procedimentos de internação e ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), gerando custo de R\$ 61,2 milhões.

Quadro 1. Procedimentos de internação e ambulatorial realizados por pacientes no ano de 2016.

	FREQ	VALOR R\$
<i>Internações (SIH)</i>	<i>83.688</i>	<i>R\$ 37.416.706,61</i>
<i>Atendimento Ambulatorial (SAI)</i>	<i>899.568</i>	<i>R\$ 23.839.365,70</i>
TOTAL	983.256	R\$ 61.256.072,31

Fonte: DATASUS, em 20/04/2018, referente ao ano de 2016.

Em uma revisão sistemática com meta-análise de estudos brasileiros, transversais e de coorte entre 1980-2010, foi encontrada uma prevalência de aproximadamente 30%. Segundo esse estudo, a hipertensão no Brasil parece ter diminuído em 6% nas últimas três décadas, seguindo a tendência dos países industrializados. As taxas de controle da pressão arterial diminuíram no mesmo período, o que corresponde atualmente a apenas um quarto dos indivíduos com hipertensão (GUS I, 2004).

Quanto maior o valor da pressão arterial e o número desses fatores de risco (tabagismo, Diabete Mellitus, nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular, relação cintura/quadril e circunferência da cintura aumentada), maior será o risco cardiovascular global dos indivíduos hipertensos. Por meio do escore de Framingham, que avalia faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos, podendo ser útil na comparação de populações. Metas de tratamento mais rigorosas de terapia farmacológica precoce, mudança de estilo de vida, entre outras variáveis, dependem da determinação desse risco global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Considerando a população acima de 20 anos, 22% da população brasileira é hipertensa, onde 80% dos casos de acidente vascular cerebral, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, com gastos de 475 milhões de reais e com 1,1 milhão de internações/ano são provenientes de hipertensão arterial sistêmica sem controle (LIMA, 2011).

Dados epidemiológicos demonstram que em todo o país as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte. No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de hipertensão podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg. A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo (BRASIL, 2019).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014), doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil e atualmente o país possui 17 milhões de pessoas que sofrem de hipertensão. A doença atinge em média de 30% a 40% da população brasileira. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

Essa patologia é considerada uma “assassina silenciosa”, pois mesmo conhecendo-se diversos métodos de controle da doença, como medidas preventivas, farmacológicas e não farmacológicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) permanece por décadas representando um dos maiores desafios em saúde e um ônus para o hipertenso e para a sociedade.

Portanto, este trabalho tem a importância de conhecer o perfil epidemiológico e hábitos de vida de uma amostragem de 80 moradores de Boa Mira em Boa esperança- ES, visando a conscientização dos pacientes, propondo a elaboração de material didático e conscientizador, a fim de melhorar os indicadores trabalhados na comunidade em questão.

1.1. Prevenção Secundária da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial é uma doença atual, resultante das condições de vida do homem moderno, que expressa sua forma de viver e as contradições sociais existentes. Este agravo representa um alto custo social na saúde. O estilo de vida, responsável em grande parte pelo adoecimento hipertensivo, envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social (TEIXEIRA, 2006).

Como medidas preventivas desse mal temos por exemplo a educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde, métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico e fornecimento de medicamentos essenciais. Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis.

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes.

O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensação, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Assim, incorporar orientação como

recurso de cuidado de saúde, passa a ser um instrumento importante de atenção à saúde (SOUZA, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um lugar central e estratégico nos sistemas nacionais de saúde. Inúmeras demandas e recomendações são consoantes com parâmetros estabelecidos em âmbito internacional: a APS deve ser a porta de entrada, ser resolutiva, e se basear no vínculo e no cuidado longitudinal, transformando concretamente padrões e estilos de vida da população atendida. (SOUZA, 2011).

A APS vem exercendo um papel fundamental na organização das ações dos sistemas de saúde em diversos países desde meados do século XXI, configurando-se de forma singular em cada realidade. No caso brasileiro, a partir de 1990, baseado nos pilares da reforma sanitária, avançou na universalidade, equidade e integralidade. Na segunda metade da década de 1990, o governo federal passou a incentivar financeiramente a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulados desde o início da década em alguns municípios como estratégia para reorientação do modelo na rede pública de saúde (SOUZA, 2011).

Em análise mais recente, Gomes (2011) afirma que de uma forma geral, o PSF – agora chamado de Estratégia Saúde da Família avançou na dimensão do acesso, representando a porta de entrada no sistema de saúde. Já para Mendonça (2009), o caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde orientados a partir da ESF tem provocado um importante movimento de reordenação do modelo de atenção no SUS, sendo capaz de reduzir 4,6% a mortalidade infantil, alcançar metas em campanhas de vacinação e ampliação das possibilidades de obter melhores resultados em saúde, com enfoque na promoção e no cuidado à população.

Nesta premissa de cuidados ampliados por meio do modelo de atenção à saúde–ESF, o programa Hiperdia de atenção à hipertensos e diabéticos formulado pelo governo pode contribuir substancialmente no controle da pressão arterial elevada. O sistema é informatizado, permitindo o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Com o sistema é possível gerar relatórios

quantitativos de cadastrados, faixa etária, sexo, medicamentos utilizados (BRASIL, 2011).

Lima (2011), analisando o perfil de cadastrados no Hiperdia, encontrou dados que vão de encontro aos publicados no site do DATASUS, em relação a todas as regiões do país: mulheres predominam, justificando a superioridade feminina dos cadastros, em virtude de maior procura das mulheres pelo sistema de saúde, de sua maior percepção a respeito do estado saúde-doença e por apresentarem maior tendência ao autocuidado e a busca de auxílio médico para si e para seus familiares.

Essa predominância do sexo feminino pode ser explicada pela idade mais elevada e pela perda da proteção hormonal que ocorre em mulheres acima de 40 anos, devido à insuficiência ovariana causada pela menopausa, como relatado por Pessuto e Carvalho (1998).

Os mesmos também constataram que devido à questão hormonal, até 40 anos os homens são mais atingidos pela hipertensão e após essa idade são as mulheres as mais acometidas. Além disso, Zaitune et al. (2006) verificaram que, em geral, as mulheres têm uma maior consciência da doença, apresentando, assim, uma maior tendência para o autocuidado e para buscar mais ajuda médica, o que aumenta a probabilidade de ter a doença hipertensiva diagnosticada.

1.2. Adesão ao tratamento da Hipertensão arterial sistêmica

Na atualidade, uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para controlar e tratar tanto as patologias agudas como as crônicas. Os doentes portadores de patologia crônica são os que menos aderem à terapêutica e considera-se aderente aquele que segue pelo menos 80% das prescrições (DIAS, 2011).

Devido às altas taxas de prevalência da hipertensão arterial, são necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, sob pena de, mesmo com grande número de alternativas terapêuticas, o insucesso no controle da pressão arterial seja o fator definidor para o aumento de casos de eventos cardiovasculares graves.

O problema do abandono do tratamento é um dos aspectos fundamentais no controle da HAS, uma vez que pode comprometer sua efetividade, com consequências sérias para o próprio paciente, sua família e comunidade. Mas o abandono do seguimento médico não corresponde, sempre, ao abandono do tratamento, uma vez que parcela expressiva dos que deixam de frequentar o serviço de saúde mantêm parte das medidas prescritas e/ou frequentam outros serviços (DIAS, 2011).

Pesquisadores identificaram vários fatores inerentes à adesão, incluindo as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e a prescrição medicamentosa. Estudos também sugerem que o apoio social pode facilitar a adesão ao tratamento (DUARTE, 2010).

A intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, por meio da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, num período de 30 meses, mostrou-se notavelmente útil no controle destas doenças crônicas. Para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de saúde e maior participação da comunidade (SILVA, 2006).

1.3. Controle Da Hipertensão Arterial Sistêmica

Apesar do tratamento para a hipertensão, a pressão arterial elevada permanece descontrolada em muitos indivíduos. Identificação de padrões de controle da pressão arterial pode facilitar a busca de estratégias para melhorar o tratamento e otimizar os resultados na saúde.

O controle da hipertensão pode ser um desafio a alcançar, com barreiras atribuídas aos pacientes, profissionais de saúde, os sistemas de saúde e a natureza silenciosa da doença. Além disso, até mesmo elevações modestas aumentam o risco de doença cardiovascular e mortalidade. Para cada aumento de 20 mmHg na Pressão

Arterial Sistólica (PAS) início a 115 mmHg, ou 10 mmHg aumento no início da Pressão Arterial Diastólica (PAD) em 75 mmHg, a mortalidade por doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral aumenta duas vezes. Além disso, quase 30% dos adultos com hipertensão não controlada que estão cientes de sua hipertensão e farmacologicamente tratados têm hipertensão estágio 2 (PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 100 mmHg) (BRASIL, 2012).

O aumento da pressão arterial é um risco que conduz para a morte prematura e incapacidade. As causas do aumento da pressão arterial são intuitivos e bem conhecidos. No entanto, a base fundamental e meios para melhorar o controle da pressão arterial são altamente integrados em nossa estrutura social complexa, tanto dentro como fora do nosso sistema de saúde e, portanto, exigem uma discussão abrangente sobre o caminho a frente (DUARTE, 2010).

Ensaio clínicos randomizados controlados demonstraram o benefício da pressão arterial (PA) controlada para reduzir as complicações decorrente de HAS. No entanto, a hipertensão não controlada permanece em uma grande proporção de pacientes tratados (NOGUEIRA, 2012). Algumas intervenções para melhorar o controle da hipertensão demonstraram reduções na pressão arterial, mas as intervenções são muitas vezes complexas e difíceis de implementar na prática clínica rotineira. Além disso, não se pode presumir que a intervenção em um serviço de saúde será transportável e eficaz em um ambiente de saúde diferente.

Ainda é importante salientar que a hipertensão arterial é uma comorbidade extremamente comum de diabetes, que afeta 20-60% das pessoas com diabetes. A doença cardiovascular é a complicação mais dispendiosa de diabetes e é a causa de 86% das mortes em pessoas com diabetes. Os resultados de vários estudos apoiam uma conduta agressiva para o tratamento da hipertensão em pacientes com diabetes, a fim de reduzir substancialmente a incidência de complicações macro vasculares e microvasculares (DUARTE, 2010).

Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, também mostram que, em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido a hipertensão ou a causas atribuíveis a ela. Esse número revela uma realidade preocupante: todos os dias 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes é evitável

e 37% dessas mortes são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade (BRASIL, 2012).

O quadro 2 apresenta o registro de óbitos por ano por pacientes com doenças cardiovasculares do ano de 2006 à 2016, a qual foram registrados 4.898,96 óbitos, sendo sua maior parte em mulheres por corresponderem a maior parte da população mundial.

Quadro 2. Óbitos por doenças cardiovasculares de 2006 a 2016.

Ano do Óbito	Masc	Fem	Total
2006	17164	19543	36710
2007	18468	20859	39330
2008	20303	22724	43030
2009	21082	23180	44266
2010	21190	23862	45056
2011	21699	24967	46668
2012	21212	24085	45300
2013	22031	24796	46832
2014	21382	24386	45776
2015	21893	25387	47288
2016	23529	26106	49640
Total	22.9953	25.9895	4.898.96

Fonte: DATASUS.

Evidência disso é que 48,85 milhões de brasileiros acima de 18 anos sejam portadores de HAS, dos quais 59,2% são pessoas acima de 60 anos. Outro problema é que a HAS não se limita a população adulta, estimando-se que entre 1% a 11% das

crianças e adolescentes já são hipertensos. Além disso, ao comparar índices das décadas de 70 e 80, a prevalência estimada de HAS era de 10% a 25% da população brasileira, ao passo que estudos mais recentes mostram que esse índice chega a estar entre 16,75% a 40,3% da população a depender da região (GUS et al., 2015; SOARES et al., 2013; BRASIL, 2012).

O problema é herdado dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, como os hábitos de vida do indivíduo. De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos ou mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2019).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científica (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as Federações Nacionais dos portadores de Diabetes e de Hipertensão, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e as Secretarias Municipais de Saúde através do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASEMS) apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, com enfoque na apresentação do Programa Hiperdia.

1.4. O SUS e o HIPERDIA

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. É utilizado para facilitar a assistência ao paciente, constituindo-se em um meio de comunicação entre os diferentes profissionais da saúde e em um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento. O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

O Hiperdia foi criado em março de 2002 (Portaria nº 371/GM) por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa objetiva atacar a fundo o problema, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde/ SUS (BRASIL, 2012).

O programa Hiperdia pode ser classificado como um programa de ação programática em saúde.

Segundo Ferreira, denomina-se:

“Ações programáticas” a um conjunto de atividades que visam organizar as respostas dos serviços de saúde para os problemas ou necessidades frequentes de populações de determinado território. As ações programáticas são instrumentos de planejamento e através delas os serviços de saúde buscam atender de uma forma sistematizada a situações comuns, sejam elas de natureza preventiva, de diagnóstico precoce, de tratamento, de reabilitação, de promoção da saúde ou situações de maior risco ou vulnerabilidade (Ferreira, 2004, p.9).

Neste sentido, os estudos de Paz (2011) apontam motivos mais graves para preocupação com HAS no Brasil, pelo fato de que, não obstante todo o quantitativo de pacientes que são portadores de HAS, apenas um terço encontra-se controlada. Além disso, é raro encontrar o paciente hipertenso que não apresente outras comorbidades, entre as principais, o diabetes mellitus (DM), a dislipidemia e a obesidade. Essa associação de agravos em saúde leva, comumente, a desfechos negativos como infarto do miocárdio e outras patologias, que seriam evitáveis caso a hipertensão fosse diagnosticada precocemente e tratada corretamente, através da adesão do paciente às medidas terapêuticas.

Na prática, observa-se a importância do enfermeiro como mediador, facilitando ao paciente a verbalização de seus problemas. O enfermeiro é identificado como alguém de confiança, para compartilhar seus problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional. Na maioria das vezes, os hipertensos desejam não só esclarecimentos para suas dúvidas, mas também alguém que amenize seus anseios. Várias pesquisas comprovam a contribuição do enfermeiro em

programas de orientação de hipertensos, aumentando o índice de adesão ao tratamento (SOUSA ALL; JARDIM PCBV, 2004).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o aspecto a ser destacado é a forte associação de risco entre hipertensão arterial e ocorrência de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, notadamente o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio. Essa relação é contínua, positiva e independente de outros fatores, e tem implicado na presença frequente da hipertensão arterial nas principais síndromes cardiovasculares (SBC, 2010).

Para o conhecimento das condições de saúde de uma população, os diagnósticos comunitários são muito úteis, pois permitem experimentar abordagens, descrever a situação de bairros e comunidades, identificar especificidades e prioridades, levando a uma reflexão sobre as relações entre saúde e cidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como uma importante política que pode contribuir para o controle das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNTs) como, por exemplo, a hipertensão arterial. A atenção estruturada, com comparecimento às consultas programadas, mostrou redução nos níveis pressóricos dos hipertensos mais jovens acompanhados em serviços da atenção primária (MENDONÇA, 2009).

1.5. A Estratégia Saúde da Família

A estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política que visa impedir o agravamento da complexidade na busca pelos recursos da saúde (BRASIL, 2012).

Nela, a equipe de trabalho interdisciplinar é designada pelo poder público municipal para percorrer as comunidades em busca de focos, adversidades, ou outros fatores a serem combatidos de maneira que as pessoas sejam atendidas antes mesmo de recorrerem aos locais de atendimento. Esta equipe é composta por pelo menos um profissional da medicina e da enfermagem, preferencialmente com especialização na área; agentes de saúde, técnicos de enfermagem, e profissionais em saúde bucal (BRASIL, 2012).

É muito interessante o fato dela estar ligada à Unidade básica de Saúde local, que pode capilarizar de maneira mais eficiente a abordagem em relação às

especificidades de cada comunidade, agindo de forma profilática, e impedindo complicação ou desenvolvimento de patologias naquelas pessoas abrangidas pela sua atuação. (MENDONÇA,2009)

Esta ação da atenção primária à saúde dispõe de um sistema informatizado de cadastro portadores de HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus). O complexo de gestão destas informações e dos atendimentos compõe o Hiperdia.

Conhecer as características dos usuários hipertensos que frequentam os serviços de saúde é fundamental. É importante conhecer a origem dos usuários, a escolaridade, a renda per capita, os hábitos de vida e os fatores de risco, a adesão ao tratamento, as taxas de controle da hipertensão, para adequar o serviço oferecido a esta população.

O município de Boa Esperança se localiza ao noroeste do Estado do Espírito Santo, se estende por 428,6 km² e contava com 15 037 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 35,1 habitantes por km² no território do município (Figura 1).

Figura 1. Representação geográfica da localidade do município de Boa Esperança, no estado do Espírito Santo.



Vizinho dos municípios de Nova Venécia, Pinheiros e Jaguaré, Boa Esperança se situa a 16 km a Sul-Oeste de Pinheiros a maior cidade nos arredores. Possui população para cálculo de PAB-Fixo (28.000 per capita), corresponde a R\$ 33.315,33 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 100,00 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 100,00 % (Plano Municipal de Saúde - 2018/2021).

Reconhecendo o atual cenário e a importância desse tema, justifica-se a realização do presente estudo, que foi realizado com base nos prontuários físicos dos pacientes hipertensos, e entrevistas a estes usuários.

Portanto, os resultados deste estudo têm por objetivo descrever o perfil epidemiológico e o estilo de vida dos pacientes cadastrados no Programa Hipertensão na Estratégia Saúde da Família Boa Mira em Boa Esperança - ES, visando desencadear futuras intervenções sobre esses problemas na comunidade estudada.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico e o estilo de vida dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira em Boa Esperança - ES.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia em relação às variáveis demográficas, socioeconômicas, fatores de risco (ingestão de álcool, sedentarismo, tabagismo, diabetes mellitus, faixa etária, histórico familiar);
- Analisar o estilo de vida dos pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia em relação a seus hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, participação das consultas no programa;
- Desenvolver um folder educativo baseado em Educação em Saúde como plano de intervenção para melhorar o processo de adesão dos pacientes ao tratamento e ou programa Hiperdia.

3. METODOLOGIA

O estudo em questão foi realizado por meio de metodologia exploratória e descritiva, a qual remete aos objetivos propostos neste trabalho.

3.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa foi fundamentada na promoção de maior familiaridade com o problema em questão, utilizando-se da realização de entrevistas a fim de explorar os objetivos.

A observação de fatos, registro, a análise e o uso de técnicas padronizadas para coleta de dados também foram presentes neste estudo, caracterizando a pesquisa em sua forma descritiva (RODRIGUES, 2007).

3.2. Aspectos éticos

O presente estudo seguiu todas as disposições contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tanto a Secretaria Municipal de Saúde de Município de Boa Esperança – ES quanto a Direção da Unidade de Saúde autorizaram a realização da pesquisa. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré (FVC). Os pacientes que concordaram em responder o questionário foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e tiveram todos os direitos preservados ao longo do projeto. Após concordância, os pacientes responderam as questões conforme instrumento para Coleta de Dados (Apêndice A) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Todos os participantes da pesquisa foram respaldados, garantindo o anonimato na divulgação dos resultados.

3.3. Área de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Boa Esperança - ES no norte do estado, que possui uma população de 15.037 habitantes estimada para 2019, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

Os dados da pesquisa correspondem a informações de um total de 2.401 pessoas da população são cadastradas no sistema da unidade de saúde Estratégia

Saúde da Família Boa Mira, as quais somente as de 80 hipertensos foram utilizadas (Figura 2).

Figura 2. Unidade de básica de saúde do programa Estratégia Saúde da Família Boa Mira, município de Boa Esperança - ES.



Fonte: Acervo pessoal, 2020.

A unidade é constituída por uma equipe multiprofissional, sendo composta por 1 Enfermeiro, 1 médico, 1 Odontólogo, 1 Técnico em Saúde bucal, 3 Técnicos de Enfermagem e 4 Agentes comunitários de Saúde. Dividida em 04 micro áreas. Atende um total de 2.401 habitantes. Destes, 493 são hipertensos.

A Estratégia Saúde da Família Boa Mira é composta por quatro microáreas de famílias, as quais são acompanhadas mensalmente por agentes comunitários de saúde.

Assim sendo, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde a autorização da coleta de dados dos participantes do programa para a realização da pesquisa, e mediante a autorização concedida, iniciou-se o processo de realização entrevistas e aplicação de questionários por parte da equipe. As entrevistas para coleta de dados foram realizadas no período do mês de outubro ano de 2019.

3.4. Amostra: critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi composta 80 pacientes com hipertensão, sendo estes homens e mulheres selecionados a partir do seguinte critério de inclusão: possuir diagnóstico de hipertensão, faixa etária entre 20 e 75 anos e estar cadastrado na ESF Boa Mira de Boa Esperança, ES. Os critérios de exclusão foram a possível incapacidade de compreensão e comunicação na aplicação do questionário que pudesse inviabilizar a realização da pesquisa.

3.5. Coleta de Dados

Os dados utilizados neste estudo foram coletados a partir da relação de pacientes hipertensos disposta no sistema eletrônico e-SUS utilizado na unidade de saúde. O sistema e-SUS em questão foi utilizado a fim de identificar pacientes cadastrados no programa de hiperdia, para que fosse possível analisar apenas o perfil dos pacientes cujo fazem parte do programa.

A obtenção dos dados epidemiológicos foi dada através de entrevistas realizadas na visita domiciliar mensal pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) com a utilização de um questionário semiestruturado (Apêndice A).

Os ACS foram capacitados anteriormente para a efetiva aplicação do questionário.

Este questionário foi constituído por 03 perguntas abertas e 07 fechadas. A realização das entrevistas ocorreram no mês de outubro de 2019 e em consonância, as visitas foram realizadas no domicílio onde os pacientes responderam ao questionário.

Na sequência, foi realizada uma análise dos questionários aplicados e análise dos prontuários físicos dos pacientes cujo objetivo foi verificar a frequência às consultas de hiperdia de cada paciente cadastrado. Essa análise foi realizada no mês de novembro, posterior à conclusão de aplicação do questionário.

O instrumento de coleta de dados investigou as variáveis sócio demográficas (identificação, endereço, sexo, idade, naturalidade, escolaridade,

ocupação, raça, renda familiar, hábitos de vida, história familiar de hipertensão), e dados sobre o diagnóstico prévio de hipertensão relatado.

Os dados foram analisados através das frequências absolutas e relativas a partir das informações obtidas no prontuário físico e questionário, e foram ilustradas por meio de tabelas e gráficos.

3.6. Folder como produto de proposta de intervenção

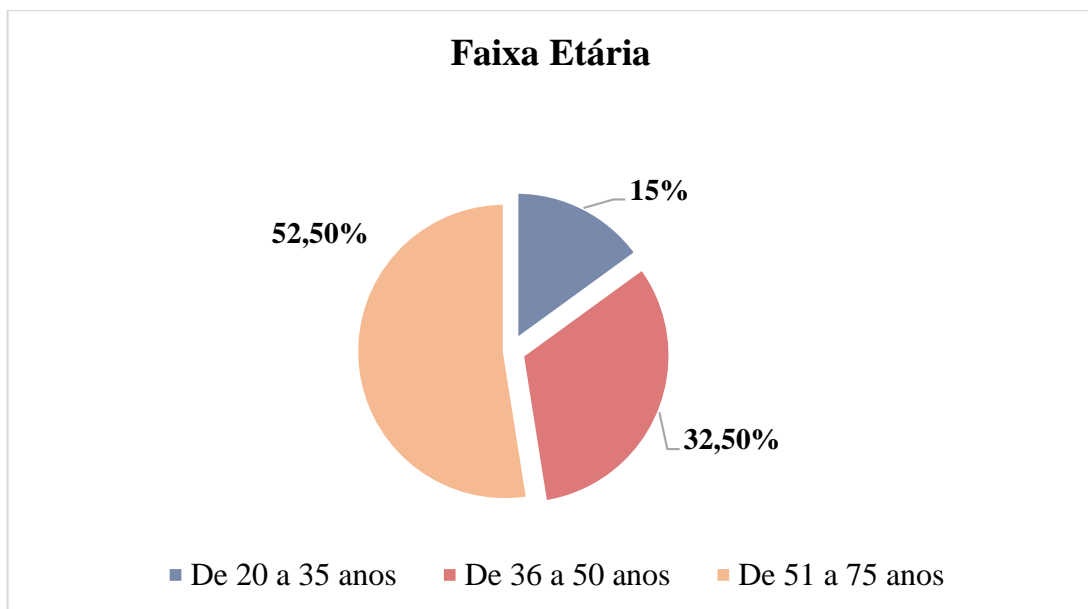
Neste estudo foi proposto a produção de um folder educativo com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde e os pacientes nas medidas de tratamento da hipertensão, conscientizar os pacientes da importância de bons hábitos de vida e gerar mudança de comportamento por parte dos hipertensos a fim de melhorar suas condições de saúde. Esta tecnologia de cuidado e educação foi escolhida por ser capaz de proporcionar aos pacientes a possibilidade de consultar as informações contidas no folder sempre que houver necessidade e desejo e também por facilitar o entendimento do conteúdo sobre saúde para os pacientes hipertensos, que em sua maioria possuem idade mais avançada (Apêndice B).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste trabalho referem-se ao perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia, dados coletados pela equipe da Estratégia Saúde da Família Boa Mira possibilitados pela realização de entrevistas utilizando-se de questionário. A amostra foi composta por 80 pessoas entrevistadas com idade entre 20 e 75 anos.

O gráfico 1 demonstra a distribuição da faixa etária dos hipertensos participantes da pesquisa. Foi observado que 52,50% dos hipertensos têm entre 51 a 75 anos, 32,50% têm entre 36 e 50 anos de idade e 15% dos entrevistados possuem de 20 a 35 anos, mostrando assim que a maior parcela dos hipertensos entrevistados possuem idade mais avançada.

Gráfico 1. Análise da porcentagem dos pacientes hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira quanto à faixa etária, Boa Esperança - ES, 2020.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

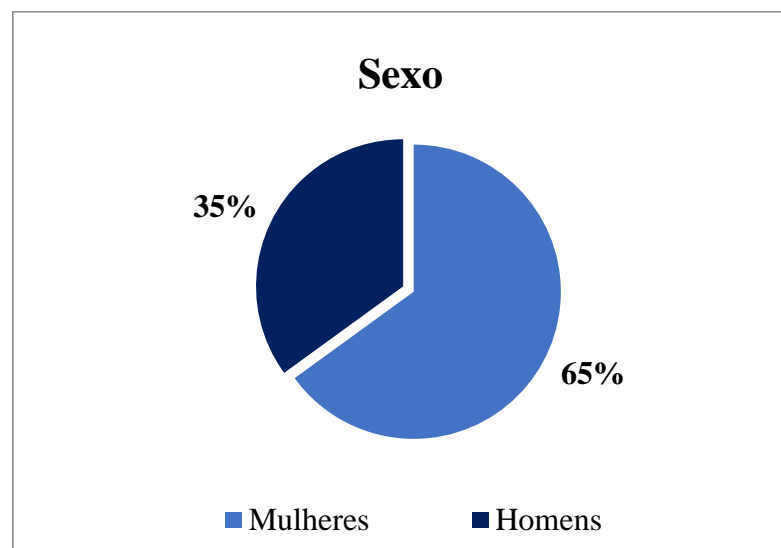
Os dados desta pesquisa estão em consonância com os dados descritos por Sarno et al., (2020) em seus estudos. Sarno et al (2020) observou que numa faixa de 20 a 79 anos 71,8% dos pacientes hipertensos são mais velhos (50 a 79 anos), semelhante aos resultados aqui encontrados onde 52,5% estão acima dos 50 anos.

Neste trabalho foi observado que 71,8% dos pacientes hipertensos estavam na faixa etária de 50 a 79 anos corroborando os dados desta pesquisa.

A percentagem de hipertensos acima de 50 anos observada por Sarno et. al (2020) foi maior do que a encontrada neste estudo, e este fato pode ter se dado em razão de que a amostra observada por ele era maior (28.946 pacientes), o que abre caminho para maiores variações em relação ao presente estudo. Todavia, ainda pode-se inferir que a hipertensão sistêmica arterial se mostra cada vez mais presente à medida que a idade avança nos pacientes. Os dados aqui apresentados e também evidenciados na literatura podem ser explicados pelo fato de que nas últimas décadas o Brasil tem passado por um processo demográfico de inversão da pirâmide etária, o qual representa o aumento do número de idosos no país em relação à taxa de natalidade, que por sua vez está diminuindo.

No presente estudo pôde-se observar que as mulheres representam 65% dos pacientes hipertensos e 35% são homens, evidenciando que o sexo feminino demonstra a maior parte dos hipertensos neste estudo (Gráfico 2).

Gráfico 2. Análise de percentagem da distribuição quanto ao sexo dos hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.



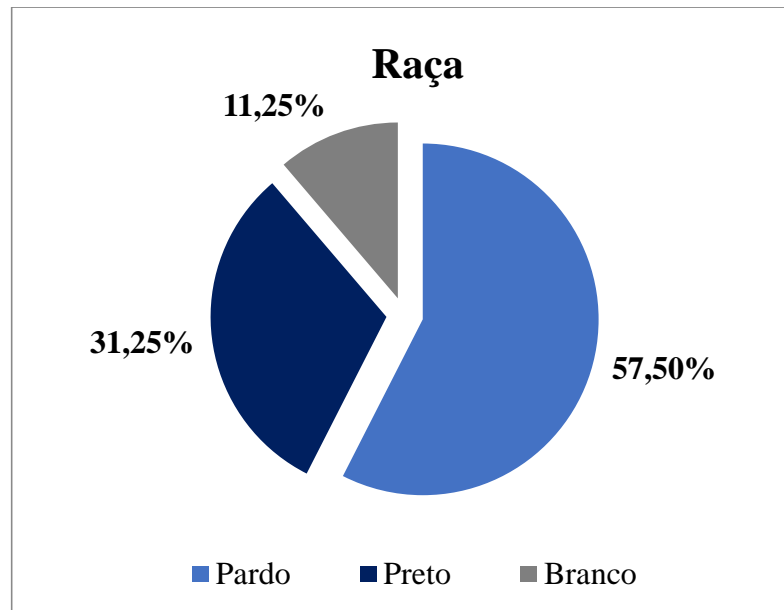
Fonte: Elaborado pela própria autora.

É possível observar que os dados aqui apresentados se mostram muito semelhantes aos encontrados por Moura (2019). Este estudo evidenciou que 63,6%

das mulheres eram hipertensas e 36,4% homens com hipertensão. Fiório (2020) também relata ter observado uma maior proporção de mulheres com hipertensão do que homens em seu estudo ao longo do tempo, analisando o percentual de hipertensos em 2003 e em 2015, e verifica que as mulheres apresentaram maior prevalência da hipertensão com o passar do tempo em relação aos homens, mostrando assim um aumento de 26,5% de prevalência de 2003 a 2015 nas mulheres contra 19,5% dos homens. Estes dados apresentados por Moura (2019) e Fiório (2020) em relação ao presente estudo podem ser discutidos e analisados baseados nas projeções brasileiras de população, que dizem que até o ano de 2030 as mulheres tendem a ser a maior parte da população, e especialmente no município de Boa Esperança - ES, a população acima dos 50 anos é majoritariamente feminina, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010. Leva-se ainda em consideração o fato de que as mulheres mais velhas estão sujeitas a alterações hormonais devido ao período de menopausa, que podem ocasionar alterações na pressão, e substancialmente, pode-se considerar o fato de que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde do que os homens.

Da mesma forma, quanto à autodeclaração dos participantes em relação à sua raça, 57,5% se autodeclararam pardos, 31,25% se autodeclararam negros, e 11,25% se autodeclararam brancos, como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3. Análise de percentagem da distribuição quanto à cor da pele autorreferida dos hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia da Saúde Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

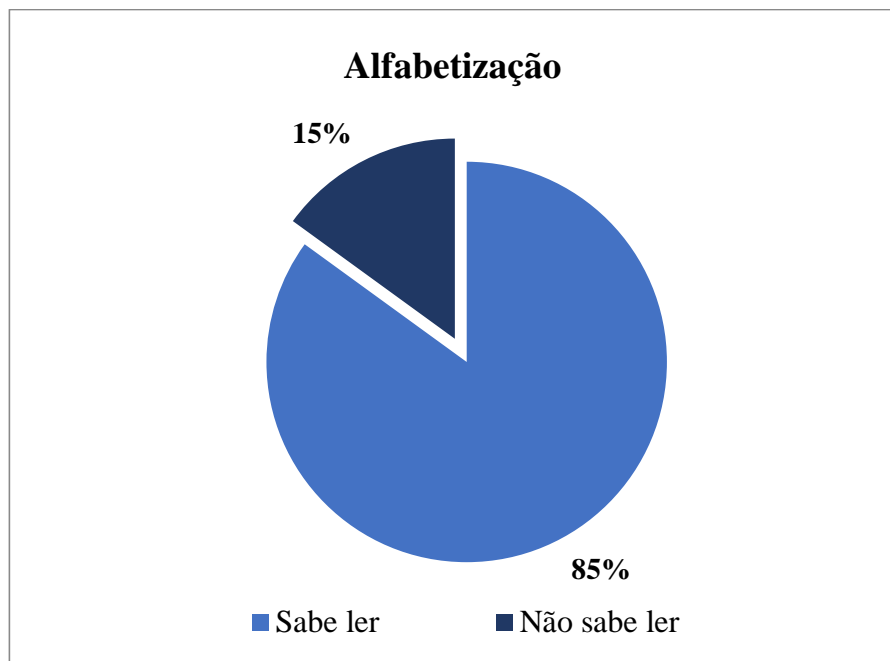
Estudos mostram que a raça/etnia negra é a mais acometida pela incidência e mortalidade por doenças cerebrovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica. Sabendo disto, o estudo realizado por Francisco (2019) demonstra que 51,0% de uma população adulta hipertensa se declara preta ou parda, enquanto que 49,0% se declara branca em uma amostra de aproximadamente 2.000 participantes. Também, assim como demonstrado na presente pesquisa, Câmara et al. (2020) observaram que os pacientes autodeclarados pardos representam 51,48% dos hipertensos, seguido de brancos (33,14%) e negros (11,24%), o que se aproxima da porcentagem aqui observada (57,5%) referente aos pacientes pardos, mas se difere da porcentagem de brancos e negros (11,25% e 31,25%, respectivamente), mostrando resultados contrários quanto à brancos e negros.

Do ponto de vista biológico-histórico, estudos apontam que pessoas negras e pardas podem apresentar mais a hipertensão devido ao fenótipo expresso em relação à herança genética destes brasileiros com os negros escravizados vindos do continente africano nos navios negreiros, onde os escravos que mais sobreviviam eram os com capacidade de armazenar mais sais e água no organismo diante da privação de alimento e água. Todavia, existem lacunas nestes estudos que

impossibilitam a compreensão completa destes fatores (PÓVOA, 2020). E ainda, o maior número de pardos e negros na amostra presente pode ter sido dado pelo fato de que de pardos e negros são os usuários mais frequentes do Sistema de Saúde Pública no Brasil pois possuem renda inferior quando comparados a brancos.

De acordo com as análises feitas, o gráfico 4 mostra que foi possível observar que em relação à alfabetização dos entrevistados, a maioria dos participantes da pesquisa são alfabetizados, sendo que 85% dos entrevistados sabem ler e 15% não sabem.

Gráfico 4. Análise de percentagem de hipertensos alfabetizados do programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em seus estudos, Ferraz (2017) pôde observar que a hipertensão se mostrou presente tanto em pacientes alfabetizados, os quais sabiam ler e escrever, tanto naqueles não alfabetizados, com percentuais iguais a 51,9% de hipertensos alfabetizados e 48,1% de não alfabetizados. Os resultados apresentados por Ferraz (2017) se distanciam daqueles observados no presente estudo com percentual de 85% dos participantes alfabetizados e 15% não alfabetizados. Essa diferença pode ser explicada pela constituição das amostras estudadas; Ferraz (2017) estudou

pacientes majoritariamente com idade acima de 60 anos, o que pode explicar o alto número de não alfabetizados apresentados por ele, enquanto que neste estudo a idade dos entrevistados é mais variada, contendo pacientes mais jovens e possivelmente mais alfabetizados devido às maiores chances de estudo proporcionada e disponibilizada com o passar dos anos.

A alfabetização dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e de outras doenças é de grande relevância para a compreensão da condição do paciente por ele mesmo e pelos profissionais de saúde e também para a implementação de atividades de reestruturação de melhores hábitos de vida. A formação limitada e uma alfabetização insuficiente podem ocasionar a não compreensão das medidas de tratamento e de prevenção às doenças dos pacientes, assim como influenciam na motivação e na adesão dessas pessoas frente a estratégias terapêuticas. Por isso, para que haja maiores chances de sucesso na gestão da doença por parte dos próprios pacientes, a abordagem em educação em saúde por parte dos profissionais da saúde é uma estratégia de ação válida, principalmente em relação aos pacientes mais velhos pois são a maioria hipertensa, como mostrado no presente estudo (MOURA, 2019; PASKULIN, 2012).

Em relação à situação conjugal dos entrevistados, a maioria se declara em estado civil 'casado (a) representando 60% dos participantes, seguido da opção união estável (22,5%), solteiro (a) (10,0%), divorciado (a) (3,75%) e viúvo (a) (3,75%), como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Relação da situação conjugal de participantes hipertensos do programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança - ES, 2020.

Situação Conjugal	Distribuição	
	n	%
Casado	48	60
Solteiro	8	10
União estável	18	22,5
Divorciado	3	3,75
Viúvo	3	3,75

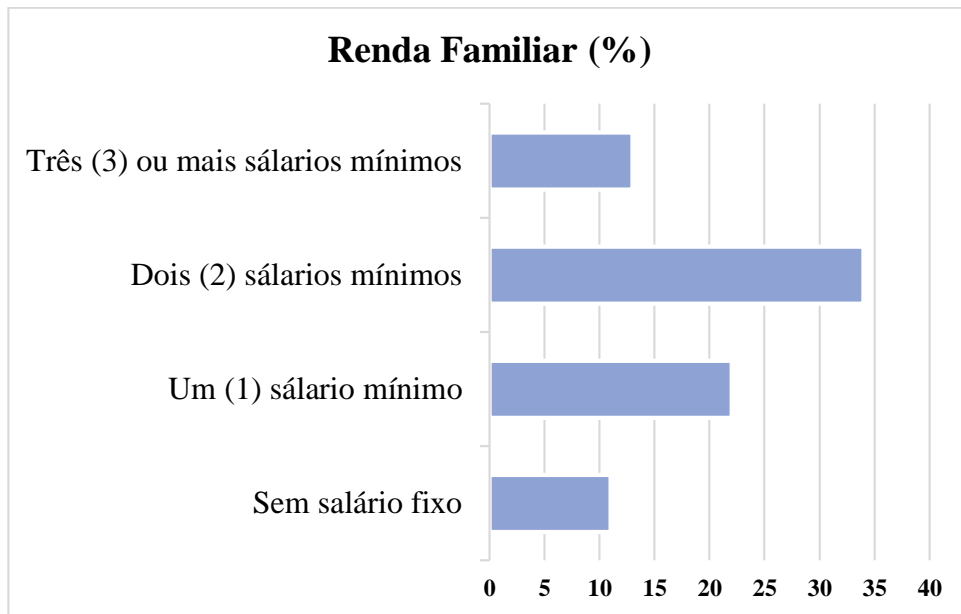
Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em estudo realizado por Correia (2017), pode-se observar que 43,9% de pacientes hipertensos são casados, os quais possuem idade que varia de 34 a mais de 60 anos, porcentagem essa, próxima à observada no presente estudo (60,0%), porém ainda inferior. O estado civil dos brasileiros está relacionado intimamente com a idade de cada um deles. Normalmente, adultos mais jovens estão em situação civil 'solteiro' e adultos mais velhos estão comumente casados. Foi observado no estudo presente que 52,2% dos hipertensos participantes têm idade acima dos 50 anos, e é provável que essa alta taxa de adultos mais velhos aqui observada tenha refletido na porcentagem (60,0%) de pessoas casadas no estudo, visto que geralmente adultos com idade mais avançada estão em situação conjugal casada, ou ainda, em situação de união estável (22,5% no presente estudo). Os dados apresentados por Correia (2017) mostram que 77,2% dos hipertensos entrevistados têm acima de 60 anos, e essa alta taxa pode ter refletido na porcentagem de 43,9% das pessoas casadas, enquanto que o resto dos participantes estão distribuídos nas condições conjugais 'solteiro', 'divorciado' e 'viúvo'.

O estado civil pode influenciar na prevalência e condição da hipertensão pois o comportamento individual das pessoas é muito relacionado com o meio em que o indivíduo vive. É possível que os hábitos de vida de um hipertenso possam ser associados com os hábitos mantidos pelo seu cônjuge, como a prática de atividades físicas e a alimentação, podendo assim, afetar a condição da hipertensão arterial sistêmica.

Quanto à condição econômica dos participantes (Gráfico 5), foi observado que dentre os hipertensos entrevistados, 16,25% possuem renda familiar superior a três (3) salários mínimos, 42,5% possuem até dois (2) salários, 27,5% com até um (1) salário e 13,75% dos participantes não possuem renda fixa.

Gráfico 5. Análise de percentagem da distribuição da renda familiar entre os hipertensos do programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança/ES, 2020.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Estudos realizados por Sousa Neto (2019) mostram que 52,9% de uma amostra de hipertensos possuem renda entre 1 e 2 salários mínimos. Dias (2019) observa em sua pesquisa que 84,21% de pacientes hipertensos possuem renda entre 1 e 2 salários mínimos, similar ao observado no presente estudo, visto que 27,5% possui até 1 salário e 42,5% possui renda de até 2 salários (70,0%), vide figura 7. A observação de uma renda familiar mediana nos participantes hipertensos de Boa Esperança pode se dar pois o município de Boa Esperança está situado no interior do estado, onde existe a predominância da atividade rural da população muito voltada para a agricultura.

Os entrevistados também forneceram informações acerca de seus hábitos de vida e condições de saúde.

Acerca do uso de tabaco, 81,25% dos entrevistados relatou nunca ter feito uso de cigarros, 11,25% relatou fazer uso de tabaco ainda hoje e 7,5% dos entrevistados hipertensos são ex-fumantes (Tabela 2).

Tabela 2. Representação do uso de cigarros de tabaco por parte dos participantes entrevistados.

Tabagismo		
Condição do paciente	Distribuição	
	n	%
Fumante	9	11,25
Ex-fumante	6	7,5
Nunca fumou	65	81,25

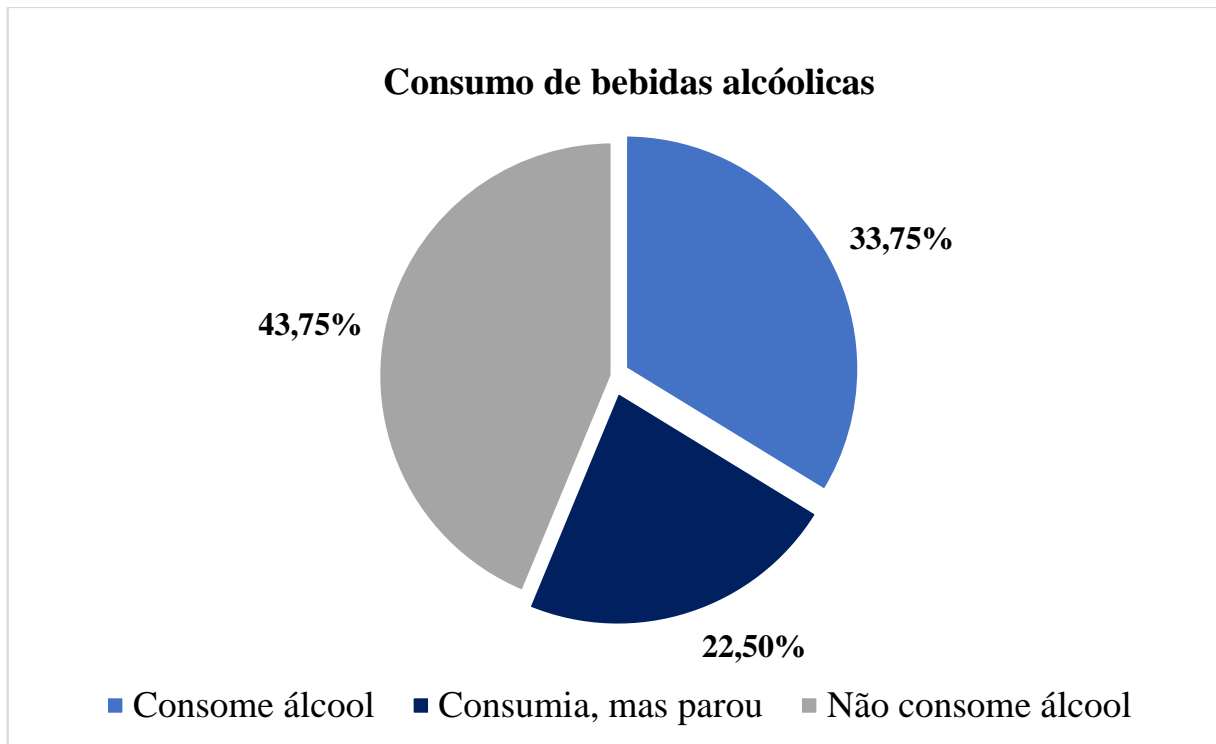
Fonte: Elaborado pela própria autora.

O tabagismo é apontado como um grave fator de risco para uma série de doenças, como o câncer, doenças cardiovasculares, pulmonares e também para o agravamento da condição de hipertensão (JOSÉ, 2017). Estudos prévios realizados por Pereira et al. (2019) demonstram que 93,6% de hipertensos entrevistados em pesquisa não fazem o uso de tabaco, evidenciando a opção dos hipertensos de não fumar, assim como observado no presente estudo. Estudos apresentados por De Sousa (2015) demonstram que o tabagismo ocasiona um desequilíbrio no sistema nervoso autonômico e a exposição à fumaça do tabaco gera a ativação do sistema nervoso simpático, o qual é sensível a respostas à agentes químicos no metabolismo e responsável por enviar sinais ao sistema nervoso central, causando, assim, respostas inibitórias ou excitatórias. De Sousa (2015) expõe ainda que estímulos mecânicos resultantes de contrações musculares no sistema cardiovascular e pulmonar (como em artérias e vasos) resulta no envio de sinais ao sistema nervoso central, que responde a fim de diminuir a pressão arterial causada. Assim, De Sousa (2015) conclui que a ativação crônica do sistema nervoso simpático pode levar à elevação da pressão arterial. Essas alterações fisiológicas estudadas e conhecidas formam a base para a promoção de diversas medidas de prevenção realizadas ao longo dos anos no país, as quais podem ter surtido efeito na decisão de não fumar por parte das pessoas, visto que 81,25% declararam nunca ter fumado. É provável ainda que a observação de 11,25% de hipertensos que ainda fumam pode estar relacionada com o não comparecimento frequente às consultas do programa Hiperdia por parte dos hipertensos entrevistados.

Quanto à ingestão de álcool, 43,75% dos entrevistados disseram nunca ter ingerido álcool; 33,75% relataram consumir álcool atualmente e 22,5% disseram já ter

bebido, mas não fazer mais o uso. Assim como o tabaco, o álcool é considerado um agravante no que diz respeito à hipertensão arterial (Gráfico 6).

Gráfico 6. Análise de percentagem do consumo de álcool entre os hipertensos do programa Hipertensão na Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa Esperança/ES, 2020.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

No Brasil, estudos apontam que a prevalência média de risco no consumo de bebidas alcóolicas é de 19,1% em adultos acima de 18 anos (SILVA et al., 2019). Estudos realizados por Vigitel (2014) elucidam que 16,5% dos brasileiros adultos consomem abusivamente bebidas alcóolicas, e Brites et al. (2014) apresenta em seus estudos que 32,5% dos adultos da cidade do Rio de Janeiro consomem álcool em excesso.

Foi observado na presente investigação que 33,75% dos hipertensos consomem álcool atualmente, e este fato contrapõe aos analisados por Dias (2019), que observa em sua pesquisa que 10,53% pacientes idosos com hipertensão fazem consumo de álcool, mas apenas 57,89% de fato nunca consumiram bebidas alcóolicas. Dias (2019) ainda faz análises que mostram que 37,5% dos que consumiam/consomem álcool tiveram essa prática por um período de 40 a 50 anos,

37,5% consumiram/consomem por 20 a 29 anos. Tais fatos podem ser explicados pois acredita-se que idosos diminuem ou cessam a ingestão de álcool na velhice pois muitos são acometidos por doenças crônicas. Todavia, na atual pesquisa observa-se o consumo de álcool tanto em adultos como idosos, e acredita-se que a taxa elevada (33,75%) de hipertensos consumidores de álcool deve-se a abrangência de adultos na pesquisa, que por sua vez, estão sob risco de se tornarem consumidores de álcool, como indica Silva et al. (2019). A percentagem de 22,5% observada de hipertensos que consumiam álcool mas não consomem mais corrobora para a hipótese de que a ingestão de álcool diminui ou cessa com a idade, podendo-se inferir que esta percentagem pode ser referente aos hipertensos mais velhos aqui entrevistados e a percentagem dos que consomem (33,75%) refere-se a hipertensos mais jovens.

Os pacientes entrevistados também foram questionados quanto ao uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão. A tabela 3 apresenta o uso de medicamentos por parte dos entrevistados e revela que 11,25% dos pacientes fazem uso de um único medicamento e 88,75% dos hipertensos fazem uso de dois ou mais medicamentos. Subdividindo-se, 40% faz uso de dois medicamentos, 35% usa três medicamentos, e 13,75% faz uso de quatro ou mais medicamentos simultaneamente.

Tabela 3. Representação da utilização de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial por parte dos pacientes.

Utilização de medicamentos		
Nº de medicamentos	n	%
Um (1) medicamento	9	11,25
Dois (2) medicamentos	32	40
Três (3) medicamentos	28	35
Quatro (4) medicamentos	11	13,75
Total	80	100

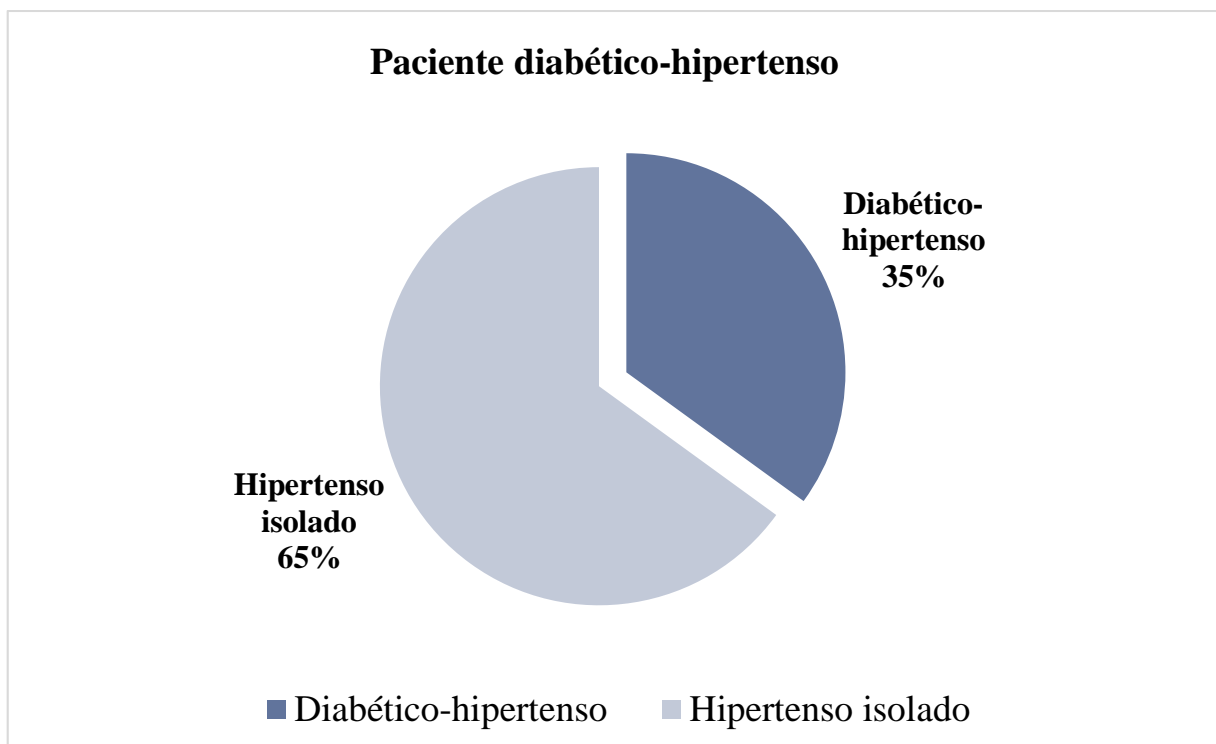
Fonte: Elaborado pela própria autora.

Estudos apresentados por Oliveira et al. (2018) mostram que 62,33% de um grupo de hipertensos faz uso de mais de um medicamento, similar ao observado no presente estudo.

Uma pesquisa realizada por Christofolletti et al. (2020) analisando dados de adultos e idosos de 27 capitais do Brasil mostra que 13,7% e 42,9% de adultos e idosos, respectivamente, apresentam simultaneidade de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, obesidade, dislipidemia e outras. Este fato sobre o perfil clínico-sociodemográfico dos brasileiros se relaciona com o número de medicamentos utilizado por pacientes, visto que muitos deles possuem mais de uma doença e conseqüentemente, mais de uma forma de tratamento para seus males, incluindo o medicamentoso. No presente estudo observou-se que 35% dos hipertensos possuem associação com diabetes *mellitus* (figura 9) e este número pode ter refletido e colaborado com o percentual de pacientes que fazem uso de vários medicamentos.

Os participantes foram questionados se eram ou não acometidos pelo Diabetes *Mellitus*. Vide gráfico 7, foi possível observar que no presente estudo, 35% dos pacientes entrevistados possuem hipertensão associada ao diabetes e 65% eram hipertensos isolados.

Gráfico 7. Avaliação da percentagem de hipertensos com Diabetes mellitus do programa de Hipertensão da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, Boa esperança -ES.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Como aqui observado, 35% dos hipertensos possuem diabetes associado à hipertensão, e estudos realizados por Silva et al. (2019) elucidaram que 33,1% de pacientes hipertensos de um ambulatório sul catarinense também apresentavam diabetes, resultados similares aos aqui obtidos. O Diabetes *Mellitus*, igualmente à hipertensão arterial é considerado um dos importantes fatores de risco a doenças cardiovasculares, e ambas são responsáveis por grandes impactos à saúde dos doentes. Acredita-se que a associação do Diabetes *Mellitus* e da hipertensão é da ordem de 50%, trazendo sérios agravos à integridade física do enfermo, já que contribui para danos micro e também macrovasculares (DA SILVA, 2012), e ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Diabetes *Mellitus* e as condições de hipertensão estão entre as 10 principais causas de morte em todo o mundo (BASTOS et al., 2020).

Os pacientes também foram questionados acerca do histórico familiar, relatando assim, se tinham casos de hipertensão em suas famílias e o grau parentesco com estes familiares e verificou-se que todos eles possuíam algum familiar com hipertensão (100,0%). A partir da resposta dos entrevistados pode-se observar que principalmente os avós e a mãe dos participantes eram acometidos por hipertensão arterial, mostrando que 35% dos participantes tinham avós com hipertensão e 22,5% tinham a mãe com a doença (tabela 4).

Tabela 4. Representação do histórico de hipertensão na família dos participantes entrevistados.

Histórico de Hipertensão na Família		
Parentesco	n	%
Pai	14	17,5
Mãe	18	22,5
Irmão	9	11,25
Filho	11	13,75
Avós	28	35
Nenhum	0	0
Total	80	100

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Estudos prévios realizados por Martins et al. (2015) demonstram que cerca de 95% dos casos de diabetes e hipertensão são originados por fatores genéticos e associados a fatores ambientais, e ainda, Dias et al. (2019) observou em seus estudos que 68,8% dos hipertensos entrevistados possuíam histórico familiar da doença. Os estudos apresentados corroboram os resultados aqui encontrados, que mostram que 100% dos entrevistados possuíam um familiar com hipertensão em algum grau de parentesco. Todavia, estudos apresentados por Silva (2018) mostram que existe predominância de casos de hipertensão com relação de parentesco direto, pai ou mãe, evidenciando 33% e 39,4%, respectivamente, fatos estes contrários aos observados no presente estudo, pois aqui 35% dos hipertensos possuem avós com hipertensão e Silva (2018) observou apenas 6% de parentesco com avós.

A pesquisa mostrou ainda que, em relação à ocorrência de internação devido à elevação da pressão, quase metade dos participantes já haviam sido internados (48,75%).

Quando questionados sobre os hábitos alimentares, 57% responderam que possuem uma alimentação sem restrição, enquanto que apenas 5% dos participantes dizem realizar um acompanhamento junto ao profissional da nutrição, como mostra a tabela 5.

Tabela 5. Representação da conduta alimentar tomada por parte dos entrevistados na pesquisa.

Alimentação		
Conduta do paciente	n	%
Como recomendado por nutricionista	4	5
Redução por conta própria	30	37,5
Sem restrições	46	57,5
Total	80	100

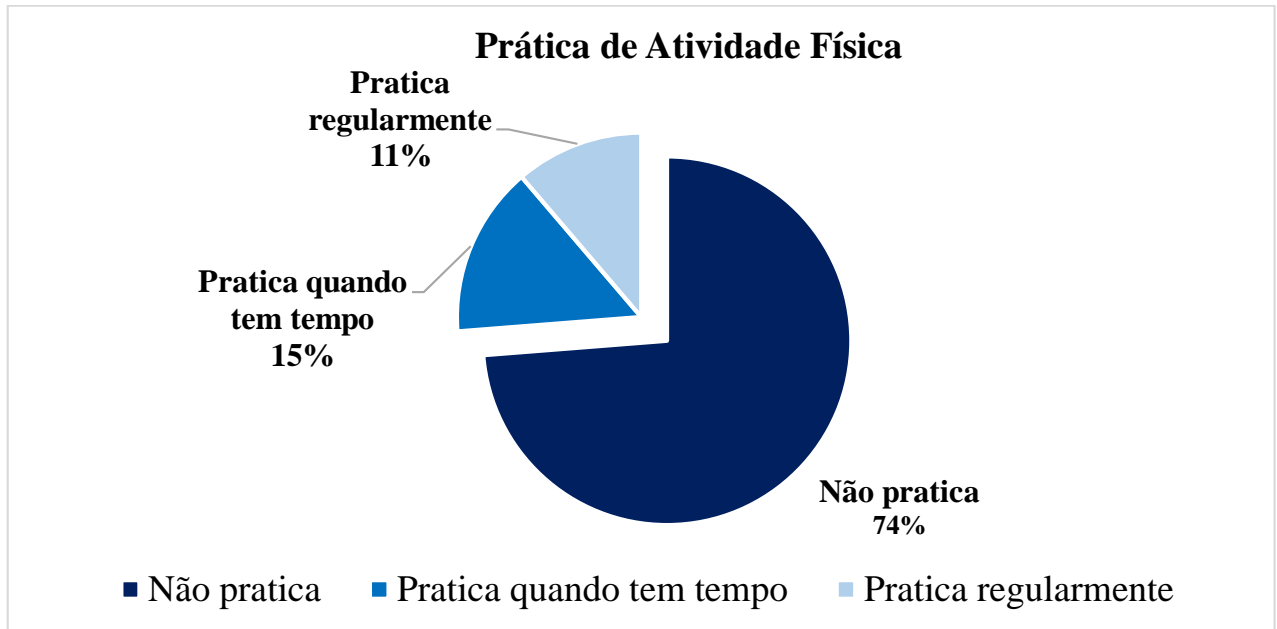
Fonte: Elaborado pela própria autora.

Estudos realizados por Costa et al. (2011) nas capitais brasileiras revelam que 34,6% dos entrevistados consomem preferencialmente carnes e gorduras, e somente cerca de 20% consomem verduras e hortaliças como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. O presente estudo aponta que apenas 5% dos

doentes possuem uma alimentação adequada recomendada por nutricionistas, evidenciando ainda mais o grande número de hipertensos que se alimentam sem restrições (57,7%). Esse comportamento dos hipertensos do município de Boa Esperança pode ser justificado pelo fato de que a maior parte dos entrevistados possui renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, o que poderia impedir a continuação de uma alimentação balanceada. Também pode-se considerar a localidade geográfica do município, que se encontra no interior do estado e é afetado pela falta de opções de nutricionistas ou até mesmo a falta desses profissionais. Levando ainda em conta que 37,7% dos entrevistados hipertensos possuem uma dieta coordenada por eles mesmos e a baixa renda, existe o risco de essa parcela dos participantes optarem por alimentos mais concentrados em carboidratos pelo baixo preço que esses alimentos possuem, como por exemplo produtos industrializados, processados, doces, temperos e achocolatados, o que pode trazer maiores riscos à saúde de hipertensos e também de diabéticos.

Em relação à prática de atividades físicas por parte dos pacientes, a grande maioria dos participantes declarou não realizar exercícios físicos, evidenciando 73,75% do total de entrevistados, como mostra o gráfico 8. Outras opções de resposta para esse questionamento foram 'faço exercícios físicos quando tenho tempo' e 'pratico exercícios regularmente', entretanto os percentuais referentes às respostas para cada das perguntas foram de 15% e 11,25%, respectivamente.

Gráfico 8. Análise do percentual da prática de atividade física realizada pelo grupo de hipertensos da ESF Boa mira, município de Boa Esperança - ES.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Estudos realizados por Oliveira (2019) avaliaram o nível de atividade física em hipertensos da cidade de Salvador, BA, observando que os hipertensos relataram ser sedentários em sua maioria frente às opções 'ativos', 'sedentários' e 'insuficientemente ativos'. Oliveira (2019) mostrou que 93,6% dos hipertensos são sedentários no local de trabalho pois não fazem atividades físicas no trabalho, 84,1% se mostra sedentário pois não opta por fazer atividade física como meio de transporte, 75,5% não faz atividades físicas em casa e 97,3% não pratica exercícios físicos no lazer. Mendez et al. (2018) também observou em sua pesquisa que a maioria dos hipertensos (78,0%) apresentam comportamento sedentário. Os resultados apresentados por Oliveira (2019) e Mendez (2018) se mostram semelhantes ao encontrados no presente estudo pois 74,0% dos hipertensos de Boa Esperança - ES disseram não realizar atividades físicas. Os resultados apresentados neste estudo podem estar relacionados com a baixa frequência às consultas do programa hiperdia como mostra a tabela 6, pois sem orientação médica adequada e recorrente há a chance de que os pacientes hipertensos não reconheçam a importância da prática de atividade física.

O hábito de realizar atividades físicas traz à saúde diversos benefícios e melhor qualidade de vida. No caso de pessoas com hipertensão arterial, este hábito se torna ainda mais importante, uma vez que a prática de exercícios físicos diminui consideravelmente os riscos de acidentes coronários causados pela hipertensão

(NOGUEIRA et al., 2012). Além de que, estudos realizados por Merquiades et al., (2009) mostram que pessoas com hábitos regulares de práticas de atividades físicas apresentam condições melhores quanto ao agravo de doenças e melhor resistência. De Andrade (2019) aborda em seu estudo os diferentes benefícios para a saúde dos pacientes, a depender de qual atividade se é realizada, e que em todas elas é possível observar a normalização da pressão arterial em hipertensos.

O tratamento da hipertensão também pode ser realizado através da manipulação de fármacos produzidos e recomendados para pacientes hipertensos, todavia estes produtos medicamentosos muitas vezes causam diversos efeitos colaterais, como dor de cabeça, tontura, fadiga, e variação da frequência cardíaca, como apresentado por Malachias (2003) e corroborado por Netto (2017). Por isso, o uso de medicação não é, muitas vezes, o mais recomendado por especialistas para o tratamento da hipertensão devido ao fato que esta é uma condição crônica. Dessa forma, tem sido cada vez mais recomendado que haja intervenção dos profissionais de saúde nas medidas de incentivo aos pacientes com hipertensão para a prática de atividades físicas objetivando melhor qualidade de vida.

Os pacientes entrevistados foram questionados à respeito de como se sentem sobre sua saúde em relação à idade que possuem, a qual era entre 20 e 75 aos. Foi observado que mais da metade dos participantes (52,5%) julgam sua saúde como regular em relação à idade que têm, 22,5% julgam sua saúde como ruim e apenas 25,0% dos hipertensos julgam sua saúde boa para a idade que possuem.

Estudos realizados por Silva (2018) revelam que adultos mais velhos possuem uma percepção predominantemente negativa sobre sua saúde. As percepções negativas da saúde foram de 54% na faixa etária de 40 a 59 anos, 61,5% faixa etária de 60 a 69 anos 61,5% e 45,5% em hipertensos acima de 70 anos. Neste estudo 52,5% dos hipertensos estão na faixa etária de 50-75 anos, e considerando isto, pode-se inferir que existe relação entre a insatisfação quanto à própria saúde e a idade avançada. A idade dos indivíduos tem sido vista como um fator limitante à qualidade de vida, pois esse processo natural acaba por limitar e dificultar atividades que exigem mais esforço físico e mental. O fato apresentado é de grande relevância, pois como visto, com o passar da idade a probabilidade de que haja o desenvolvimento de hipertensão é existente. Ainda, a predominância do alto índice de percepções negativas sobre a saúde pode estar associado também às percepções dos sintomas da hipertensão e de ainda outras doenças associadas, levando em

consideração também a idade avançada dos participantes. A hipertensão contribui para a ocorrência de desconfortos e prejudica a qualidade de vida, o que pode explicar o fato de que a maior parte dos entrevistados tenham classificado sua saúde em relação à idade como regular, já que possuem hipertensão.

Acerca da frequência dos pacientes às consultas do Programa HiperDia, pode-se analisar que 51,25% dos entrevistados comparecem às consultas uma vez ao ano, 33,75% comparecem de seis em seis meses e 15% dos pacientes hipertensos nunca comparecem às consultas médicas, como mostra a tabela 6.

Tabela 6. Variação da participação às consultas do Programa Hiperdia em relação ao período de tempo.

Frequência nas consultas do programa Hiperdia		
Frequência do paciente	n	%
De 6 em 6 meses	27	33,75
Uma vez ao ano	41	51,25
Nunca	12	15
Total	80	100

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tendo em vista que a maior parte dos entrevistados relatou participar das consultas apenas uma vez ao ano, pode-se atribuir este fato ao desconhecimento da situação da própria saúde dos pacientes, fato reforçado pela própria infrequência às consultas, pois estudos mostram que ainda que haja a presença expressiva de fatores de risco nos hábitos da população, não há o conhecimento sobre sua situação própria (DOS SANTOS et al., 2019). Apesar da maior parte dos entrevistados (85%) ser alfabetizada, a compreensão da situação clínica ultrapassa conhecimentos básicos e exige dos profissionais da área propostas de aplicação de intervenção utilizando-se da educação em saúde. Estudos apontam que principalmente indivíduos acima dos 50 anos sofrem de hipertensão (MENDEZ, 2018), evidenciado um grupo formado principalmente de pessoas idosas, as quais requerem cuidados especiais e em

conjunto. Por isso, a implementação de estratégias e o acompanhamento assíduo por parte da equipe ESF pode acarretar na maior participação às consultas do HiperDia.

Dadas as análises, foi observado neste estudo que 46% dos entrevistados não receberam recomendação médica para a realização de atividades físicas e 54% recebeu recomendação (Gráfico 9).

Gráfico 9. Análise da percentagem da recomendação da prática de atividade física por parte de profissionais da saúde na visão de hipertensos da Estratégia Saúde da Família Boa Mira no município de Boa Esperança - ES.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Os profissionais de saúde são responsáveis pela comunicação direta com os pacientes e pelo conhecimento acerca da condição de saúde de cada um dos doentes. Assim, estudos realizados por Ramos (2020) avaliaram a qualidade da assistência por parte de profissionais da saúde na visão de hipertensos do estado do Amazonas. Ramos (2020) observou que, segundo a visão dos pacientes, 76,5% dos enfermeiros e 88,2% dos médicos orientam quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à atividade física. No presente estudo, 46% dos hipertensos relatou não ter recebido orientação médica quanto à prática de atividade física, e essa percepção dos pacientes para com os profissionais da saúde pode ser atribuída ao fato de que a grande parte dos pacientes vão cerca de apenas uma vez ao ano nas consultas médicas, o que faz com que os pacientes possuam poucas experiências com os enfermeiros e médicos, trazendo assim, uma realidade que pode ser distorcida quanto a assistência real dos enfermeiros e médicos do município de Boa Esperança.

Maia (2020) traz em seu estudo a importância dos profissionais de saúde em relação à educação dos pacientes em saúde. Para Maia (2020), o ideal é que os profissionais da saúde possuam qualidades de boa comunicação em primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidados, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

Como base na consolidação dos dados é recomendado o desenvolvimento de um plano de intervenção para melhorar adesão dos pacientes ao tratamento e ou programa através da educação em saúde como palestras, oficinas, planos alimentares, etc. Por isso foi realizado como produto do estudo a construção de um folder educativo ilustrado (figura 3) com o objetivo de auxiliar as orientações médicas e principalmente promover aos pacientes um material para consulta e lembrete dos assuntos pertinentes acerca de hábitos de vida, utilizando-se linguagem clara e simples a fim de estabelecer maior compreensão das informações no folder dispostas. Vale ressaltar que o folder produzido tem objetivo de complementar e registrar informações trazidas pelos médicos nas consultas, e não substituir a ida dos hipertensos às consultas médicas. Foram inseridas no folder informações sobre hábitos de saudável vida, ressaltando a importância do tratamento da hipertensão arterial sistêmica (Apêndice B).

Figura 3. Folder educativo ilustrado produzido como estratégia de prevenção e conscientização dos maus hábitos de vida dos hipertensos de Boa Esperança – ES.

HIPERTENSÃO ARTERIAL
O que é isso?

A hipertensão Arterial mais conhecida como Pressão Alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores da pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam 140/90 mmHg.

A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial, e insuficiência renal e cardíaca.

CAUSAS DA PRESSÃO ALTA:

- Fumo
- Consumo de bebida Alcoólicas
- Obesidade
- Estresse
- Elevado Consumo de sal
- Níveis altos de colesterol
- Falta de atividade Física

“ABRA SEU CORAÇÃO PARA UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL “

FVC
FACULDADE
VALE DO CRICARÉ

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO
MICHEL RODRIGUES DE OLIVEIRA
PROFESSORA: DRA. VIVIAN MIRANDA LAGO

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2020.

O folder busca oferecer informações e apoio para todos os pacientes com HAS que apresentam sobrepeso e obesidade, tabagismo e alcoolismo; estimular a

prática de atividade física, incentivando também a alimentação saudável através da elaboração de um plano alimentar, como proposto no Caderno da Atenção Básica nº 37.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que a maior parte dos hipertensos entrevistados neste estudo possuem de 51 a 75 anos (52,5%), são alfabetizados (85%), pardos (57,5%), casados (60%), e com renda familiar de até dois salários mínimos (45,5%). A maior parte não fuma (81,25%), mas uma percentagem significativa (43,75%) faz uso de bebidas alcoólicas, também utilizando-se de mais de um medicamento simultaneamente (88,75%). Foi observado que 35% dos hipertensos entrevistados possuem Diabetes Mellitus associado, o que demonstra um grande risco à saúde dos doentes, já que esta associação é capaz de causar diversos agravantes à condição clínica do doente. Todos os entrevistados possuem histórico familiar de hipertensão (100,0%) e 48,75% já foram internados devido à elevação da pressão arterial. Quanto à satisfação de sua saúde em relação à idade, 52,5% alega que sua saúde está regular. Todavia, apenas 5% dos entrevistados fazem acompanhamento com profissional da nutrição para ter uma boa alimentação, assim como 73,75% não praticam atividades físicas. Ainda, mais da metade dos participantes relatam comparecer às consultas médicas do HiperDia apenas uma vez ao ano, e 53,75% alegaram não terem recebido orientação médica para realizarem atividades físicas.

Assim sendo, pode-se concluir que boa parte dos hipertensos entrevistados do município de Boa Esperança – ES participantes do programa Hiperdia possuem hábitos de vida considerados não-saudáveis, o que pode contribuir para que estes pacientes permaneçam com hipertensão arterial sistêmica ou ainda evoluam para uma condição severa da doença e da própria saúde.

Por isso, tendo em vista os resultados aqui observados, foi realizado como produto do estudo a construção de um folder educativo com o objetivo de auxiliar as orientações médicas e principalmente promover aos pacientes um material para consulta e lembrete dos assuntos pertinentes acerca de hábitos de vida. Além disso, levando em consideração os resultados aqui observado, podemos concluir que a

hipertensão arterial sistêmica, é um grave problema de saúde e de extrema importância pública, por isso como medidas futuras é necessário desenvolver campanhas de prevenção primária, aumentando assim o nível de medições de pressão, além do tratamento requerido básico.

Ressalta-se que é de importância a realização de estudos futuros para elucidar o acompanhamento dos hipertensos por parte dos profissionais de saúde e também visando analisar a prevalência da hipertensão nos pacientes de Boa Esperança, observando ainda a existência de fatores associados à hipertensão nesses pacientes e a caracterização de possíveis comorbidades múltiplas.

REFERÊNCIAS

Bastos, M. N., JUNIOR, G. D. J., & ARAÚJO, M. M. M. D. (2020). ALIMENTAÇÃO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES. *RÉVISE - Revista Integrativa Em Inovações Tecnológicas Nas Ciências Da Saúde*, 4(00).

BRASIL, Ministério da Saúde – Agencia de Saúde. Hipertensão Arterial. 2019.

BRASIL. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informação Hiperdia [on line]. Acessado em julho de 2019. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>.

BRASIL. Hipertensão Arterial e Diabetes. Painel Ind SUS Nº7 2010: 18-21.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a. Disponível em: 53 <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acesso em: 20 Ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. p 110.

BRASIL. Rede Intergerencial de Informações para Saúde (RIPSA). DATASUS. Prevalência de Hipertensão Arterial. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/g02.def>>. Acesso em: 02 de maio. 2019.

BRITES, Riany Moura Rocha; ABREU, Ângela Maria Mendes de. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 93-99, 2014.

CÂMARA, Juliana Viana; DE FREITAS, Tânia Christina Marchesi; CÂMARA, Sônia Aparecida Viana. Análise epidemiológica de hipertensos em unidade básica de saúde da família. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55504-55511, 2020.

CAMPBELL, N.R., esforços canadenses para prevenir e controlar a hipertensão - **Can J Cardiol**, 2010; 26 (C): 14C 17C.

CAMPBELL, Norman R. C. et al. Tendências temporais nas prescrições de medicamentos anti-hipertensivos no Canadá antes e depois da introdução do Programa Canadense de Educação em Hipertensão. **J. Hipertensão**, EUA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, agosto 2003.

CHOBANIAN, A. V. (Org). O sétimo relatório do Comitê Nacional Conjunto de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Pressão Arterial Alta. **Washington DC: Institutos Nacionais de Saúde**: 2004. 88 p.

CHRISTOFOLETTI, Marina et al. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018487, 2020.

CORREIA, Binca Rafaela et al. Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Assistidos em Clínica de Hipertensão. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 3, p. 171-176, 2017.

DA SILVA, Daniele Braz et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, v. 24, n. 1, p. 16-23, 2012.

DE ANDRADE, Daniel Ventura. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física: orientações fisioterapêuticas para exercícios físicos. **Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 2, p. 90-99, 2019.

DE SOUSA, Márcio Gonçalves. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev. bras. hipertens**, p. 78-83, 2015.

DIAS AM, Cunha M, Santos AMM, et al. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. **Rev. Millenium** 2011; 40: 201-219.

DIAS, Jessika Rafaela Paixão 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**, v. 2, n. 1, p. 2-41, 2019.

DIAS NC, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal -Walsin. **Arq Port Cardiol** 2009; 28(5): 499-523.

DOS SANTOS, Caio Teixeira et al. Rastreamento do autoconhecimento e da presença dos fatores de risco cardiovascular em população da periferia da cidade de Vassouras: Dados preliminares. **Revista de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 12-17, 2019.

Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc Saúde Coletiva** 2010; 15(5): 2603-2610

FERRAZ, Marília de Oliveira Silva; DOS REIS, Luciana Araújo; LIMA, Pollyanna Viana. Condições de saúde de idosos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 33, p. 56-71, 2017.

FERREIRA, S.; TAKEDA, S.; LENZ, M. L.; FLORES, R. As ações programáticas em serviços de atenção primária a saúde. **Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária**, Ministério da Saúde, 2004.

FIÓRIO, Cleiton Eduardo et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200052, 2020.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 86, 2019.

Frases e Pensamentos de Sócrates. [acesso em 2020-ago 28]. Disponível em <<https://www.pensador.com/autor/socrates/biografia/>>

GOMES KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1):881-892.

GRANDI, A. M. et al. Estudo longitudinal sobre controle da hipertensão na atenção básica: o estudo Insubria. **American Journal Hypertension**, EUA, v. 19, n. 2, p. 140-145, fev. 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Versão 2.

GUS, Iseu; et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. **Arq. Bras. Cardiol. São Paulo**, v.105, n.6, p.573-579, dez. 2015.

HIPERTENSÃO É DIAGNOSTICADA EM 24,7% DA POPULAÇÃO, SEGUNDO A PESQUISA VIGITEL. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acesso em 24 de agosto, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IEm 2010, esperança de vida ao nascer era de 73,48 anos.2010 [on line]. Acessado em agosto de 2019. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2032&id_pagina=1.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico, 2010.

JOSÉ, Bruno Piassi de São et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 75-89, 2017.

LEENEN, Frans H. H. et al. Resultados da Pesquisa de Ontário sobre Prevalência e Controle da Hipertensão. **Revista Canadian Medical Association (CMAJ)**, Canadá, v. 178, n. 2, p 1441-1449, maio de 2008.

LIMA LM, Schwartz E, Muniz RM, Zilmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três Unidades Básicas de Saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enf** 2011;32(2):323-329.

LOTUFO, Paulo Andrade; BENSENOR, Isabela Judith Martins. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1201-1204, 2013.

MAIA, Ludmila Grego et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200014, 2020.

MALACHIAS, M. V. B.; et al. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, HIPERTENSÃO, **São Paulo**, v. 10, n. 2, p. 134-139, jun. 2003.

MARTINS, Milton de Arruda, et.al. **Clínica Médica**, São Paulo: Manole, 2015.

MARQUEZ CONTRERAS, E. et al. Os pacientes hipertensos gerenciados na atenção primária são bem avaliados e controlados? **HICAPstudy Na Med Interna, EUA**, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MCLISTER, F. A. Programa Educativo de Hipertensão Canadense: uma iniciativa canadense única. [S.l.]: **Canadian Journal Cardiology**, 2006.

MENDEZ, Roberto Della Rosa et al. Estratificação do risco cardiovascular entre hipertensos: Influência de fatores de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1985-1991, 2018.

MENDONÇA CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência Saúde Col.** 2009; 14(1): 93-97.

MERQUIADES, Jucicleide Herculano et al. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. **RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 3, n. 18, 2009.

MOHAN, Sailesh; CAMPBELL, Norm R. C. Gerenciamento da hipertensão no Canadá: boas notícias, mas importantes desafios permanecem. **Revista Canadian Medical Association (CMAJ)**, Canadá, v. 178, n. 3, p. 1458-1459, maio de 2008.

MOURA, Nády dos Santos et al. Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 700-706, 2019.

NETTO, Raphael Oliveira Ramos Franco. EFEITOS COLATERAIS DOS ANTI-HIPERTENSIVOS MEDIANTE A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA. **Revista Magsul de Educação Física na Fronteira**, v. 2, n. 3, p. 14-20, 2017.

NOGUEIRA, Ingrid Correia et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 587-601, 2012.

OLIVERA, Aymara Mariana Romeu. Projeto de intervenção: Educação da população sobre fatores de risco controle e prevenção da hipertensão arterial na área de Catarina, Sete Lagoas-MG. 2017.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges et al. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019.

ONYSKO, Jay et al. Grande aumento no diagnóstico e tratamento da hipertensão no Canadá após um programa de educação profissional em saúde. **Hipertensão**, EUA, v. 48, n. 5, p. 853-860, conjunto. 2006.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. et al. Sucesso no controle da hipertensão em um ambiente com poucos recursos: a experiência cubana. **J. Hipertensão**, EUA, v. 24, n. 5, p. 845-849, maio de 2006.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi et al. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 129-135, 2012.

PAZ, Elisabete Pimenta Araújo. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Invest Educ Enferm**. Medellín, v.29, n.03, p.467-476, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a16.pdf>>. Acesso em: 28 maio. 2019.

PEREIRA, Déborah Santana et al. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 20, n. 2, 2019. PÓVOA, Rui. Minieditorial: Características Clínicas da Hipertensão Arterial Resistente versus Refratária em uma População de Hipertensos Afrodescendentes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 1, p. 40-41, 2020.

RAMOS, Andressa Lima. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 2020.

RODRIGUES, William Costa et al. Metodologia científica. Faetec/IST. Paracambi, p. 01-20, 2007.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998.

SANTA-HELENA ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública** 2010;26(12).

SARNO, Flavio; BITTENCOURT, Clarissa Alves Gomes; OLIVEIRA, Simone Augusta de. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2020.

SILVA, Alexandre Possamai Della; LARA, Rafael Tassi. Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de cardiologia de uma universidade do extremo sul catarinense no período de 2017. 2019.

SILVA, Roberto Allan Ribeiro; SAKON, Poliane Osrmira Rodrigues. A autopercepção do estado de saúde e sua relação com fatores socioeconômicas e de risco em hipertensos na atenção básica. **Revista Unimontes Científica**, v. 20, n. 1, p. 127-149, 2018.

SILVA TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MCR, Domingues RZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude Sociedade** 2006;15(3):180-189.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2010;89: p. e 24-e 79.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Brasil pode ter 80% a mais de hipertensos até 2025, diz pesquisa. São Paulo, 2014.

SOUSA NETO, Caetano Teixeira de et al. Perfil socioeconômico e epidemiológico de portadores de hipertensão e diabetes do Riacho Fundo II–DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2019.

SOUZA LGS, Menandro MCS. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. **Revisão de bibliografia internacional**. Physis 2011.

TEIXEIRA ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde Escola Anna Nery R Enfermagem 2006; 10 (3): 378 –84.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Campinas**, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A — QUESTIONÁRIO

Questionário de avaliação do perfil epidemiológico e da qualidade de vida dos
pacientes da Estratégia Saúde da Família Boa Mira, ES

IDADE:	ALTURA:	PESO:	SEXO: (M) (F)
ENDEREÇO:		Quantas pessoas residem com você?	
SABE LER E ESCREVER? (SIM) (NÃO)		ATÉ QUE SERIE ESTUDOU?	
COR DA PELE: () BRANCA () PARDA () AMARELA () NEGRA () OUTRA _____			
QUAL SUA SITUAÇÃO CONJUGAL ATUAL? () SOLTEIRO () CÁSADO () UNIÃO ESTÁVEL () DIVORCIADO () VIÚVO.			
HÁBITOS DE VIDA:			
O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? () Não, nunca fumou. () Sim, fuma. () Ex-fumante	O(A) Sr.(a) bebe ou já bebeu? () Não, nunca bebi. () sim, bebe.	Como o(a) Sr(a) considera sua saúde, comparada com alguém de sua idade? () Muito boa. () Boa. () Regular. () Ruim.	
Faz exercício físico regularmente? () não, não faço atividade física. () Faço apenas quando tenho tempo. () Faço atividade regularmente	Quantos tipo de medicamento o (a) Sr. (a), toma diariamente para controla a pressão alta? () 01 tipo de Medicamento. () 02 tipos de medicamentos. () 03 tipos de medicamentos. () 04 ou mais tipos de medicamentos. () 02 tipos de medicamentos.	O (a) Senhor (a) tem algum familiar hipertenso? () Pai () Mãe () irmãos () Filhos () Avós.	
O (a) Senhor (a) já esteve internado por pressão alta? () Sim () não Se sim, qual ano da internação: _____	Com que frequência participa das consultas de hiperdia? () Um vez por ano. () A cada 06 meses. () Não compareço as consultas.	O(A) Sr.(a) é diabético? () Sim () Não.	
Alguma vez na vida em uma consulta de hiperdia na UNIDADE DE SAÚDE, algum médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde? () sim () não.	Qual sua renda familiar mensal? () 01 salário mínimo. () 02 salários mínimos. () 03 ou mais salários mínimos.	Como é sua alimentação? _____ _____ _____ _____ _____	

HIPERTENSÃO ARTERIAL

O que é isso?

A hipertensão Arterial mais conhecida como Pressão Alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores da pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam 140/90 mmHg.

A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial, e insuficiência renal e cardíaca.



CAUSAS DA PRESSÃO ALTA:

- Fumo
- Consumo de bebida Alcoólicas
- Obesidade
- Estresse
- Elevado Consumo de sal
- Níveis altos de colesterol
- Falta de atividade Física



“ABRA SEU CORAÇÃO PARA UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL “



FACULDADE
VALE DO CRICARÉ

MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

MICHEL RODRIGUES DE OLIVEIRA

PROFESSORA: DRA. VIVIAN MIRANDA LAGO

ANEXO 1



Faculdade Vale do Cricaré – FVC
Reconhecido pela Portaria MEC 256, de 15/02/2017.
Mantenedora – Fundação Francisco de Assis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Análise do Perfil Epidemiológico dos Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia na Estratégia Saúde da Família Boa Mira do Município de Boa Esperança – ES**, desenvolvida pela mestrandia Micheli Rodrigues de Oliveira do Curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação-FVC, sob supervisão do Prof.^a Dra. Vivian Miranda Lago.

Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) você concorda em participar da pesquisa respondendo a um questionário com perguntas sobre a temática hipertensão arterial sistêmica e qualidade de vida. Fui informado(a) do objetivo da pesquisa, que, em linhas gerais caracterizará o perfil epidemiológico e clínico dos hipertensos usuários do Programa Hiperdia da Unidade de Saúde da Família Boa Mira do Município de Boa Esperança – ES.

Os resultados da pesquisa serão posteriormente publicados em periódicos, mas em nenhum momento você será identificado. Você não terá nenhum gasto e/ou ganho financeiro por sua participação nesta pesquisa, e a qualquer momento você poderá retirar o seu consentimento de participação, sem nenhum prejuízo ou coação.

Caso tenha qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar e contato com a aluna mestrandia Micheli Rodrigues de Oliveira, no endereço da ESF – Rua São Benedito, S/N, Bairro Boa Mira.

Boa Esperança- ES, _____ de _____ de 2019.

Eu aceito participar, voluntariamente, da pesquisa acima descrita, após ter sido devidamente informado (a) de todas as etapas da mesma.

Participante da Pesquisa

Responsável pelo TCLE

Testemunha