



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS

**Controle da pressão arterial em hipertensos acompanhados no âmbito da
Atenção Primária à Saúde**

João Pessoa
2014

DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS

**Controle da pressão arterial em hipertensos acompanhados no âmbito da
Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Orientadores:

Prof. Dr. Neir Antunes Paes

Prof. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

João Pessoa
2014

DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS

**Controle da pressão arterial em hipertensos acompanhados no âmbito da
Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre pelos membros da banca examinadora:

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Neir Antunes Paes (orientador)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (orientadora)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Joab de Oliveira Lima
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Universidade Federal do Pernambuco

Aprovada em: 27 de fevereiro de 2014.

Local de defesa: Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (in memorian)

*Sei que estaria muito orgulhoso com o meu esforço e conquista. Continue sempre olhando por nós.
Saudades!*

A minha mãe e irmã

Sempre juntas comigo em toda a caminhada e no que for necessário. A nossa união nos faz feliz! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À DEUS,

A minha família, em especial minha mãe (Maria) e irmã (Myllena), pelo apoio incondicional.

A Thaíse, pela paciência, braço de apoio e incentivo sempre que precisei e em especial na reta final.

Ao professor Neir, pela oportunidade e ensinamentos.

A professora Kátia, pela sabedoria, conhecimento e também pela oportunidade de trabalharmos juntos.

Ao Professor Joab Oliveira (in memorian) pela humildade e pelas contribuições valiosas.

Ao amigo Artur Veloso, pelo incentivo em participar da seleção do mestrado e em seguir o rumo acadêmico.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de aflição e alegria nessa jornada.

A todos que contribuíram de alguma forma com essa conquista.

Controle da pressão arterial em hipertensos acompanhados no âmbito atenção primária à saúde

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) afeta aproximadamente um terço dos indivíduos em todo o mundo e é considerada uma das doenças mais presentes na população brasileira. Devido a sua alta prevalência, a HAS é vista como principal fator de risco para doenças cardiovasculares. O objetivo principal do estudo foi avaliar o controle da pressão arterial (PA) em hipertensos acompanhados (*1 ano, 2 anos e 3 anos*) pelas Equipes de Saúde da Família (ESFs) dos municípios de João Pessoa (JP) e Campina Grande (CG) durante o período de 2009 a 2011. Tratou-se de um estudo observacional, de coorte retrospectiva e de base populacional. O controle da PA foi avaliado por meio da comparação das médias das PAs sistólicas e diastólicas dos hipertensos agrupados por tempo de acompanhamento em anos, através da Análise de Variância (ANOVA) e Análise de Covariância (ANCOVA). Em outra etapa foi avaliada a percepção e o conhecimento dos hipertensos (acompanhados por três anos no município de JP) sobre a doença e o tratamento, utilizando-se da abordagem qualitativa a partir da análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Nos grupos de acompanhamento e para os dois municípios observou-se um perfil de hipertensos do sexo feminino, idosos, brancos ou pardos, de baixa escolaridade, aposentados, com níveis pressóricos não controlados. Observou-se que não existem diferenças significativas entre as médias das PAs sistólicas e diastólicas para os hipertensos dos municípios de JP e CG, como também não foram encontradas diferenças entre as médias dos grupos de acompanhamento em anos. Foram encontradas evidências estatísticas (p-valor 0,0062) de que o tempo de acompanhamento tem relação com os níveis pressóricos. As análises sugerem que quanto maior o tempo de acompanhamento pelo usuário, menor a discrepância (dos níveis pressóricos) entre o controle e não controle da PA. Na etapa qualitativa observou-se razoável conhecimento dos hipertensos sobre a doença, o tratamento e as formas de controle. Apesar dos esforços do governo e das equipes de saúde, verificou-se que o controle dos níveis pressóricos, e como consequência, a redução da morbimortalidade ainda não atingiram patamares adequados. Alerta-se para a necessidade de avaliação e alterações no sistema de acompanhamento dos hipertensos já que o preconizado pelo Ministério da Saúde transcende a facilitação do acesso ao medicamento, ou seja, buscar um acompanhamento efetivo do tratamento, prevenção e controle de complicações associadas a HAS.

Palavras chave: Hipertensão; Atenção primária à saúde; Doenças cardiovasculares;

Blood pressure control in hypertensive patients followed in primary health care

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) affects approximately one third of individuals worldwide and is considered one of the diseases more common in the Brazilian population. Due to its high prevalence, hypertension is seen as a major risk factor for cardiovascular disease. The main objective of the study was to evaluate the control of blood pressure (BP) in hypertensive accompanied (1 year, 2 years and 3 years) by the Family Health Teams (FHS) of João Pessoa (JP) and Campina Grande (CG) during the period 2009-2011. This was an observational, retrospective population-based cohort. The BP control was assessed by comparing the mean systolic and diastolic blood pressure of hypertensive PAs grouped by follow-up time in years, by analysis of variance (ANOVA) and Analysis of Covariance (ANCOVA). In another step the perception and knowledge of hypertensive (followed by three years in the city of JP) on the disease and treatment, using a qualitative approach based on the analysis of the Collective Subject Discourse (CSD) was evaluated. In monitoring groups and the two counties there was a profile of hypertensive women, elderly, white or brown, low schooling, retired with uncontrolled blood pressure. No significant differences between the mean systolic and diastolic APs for hypertensive municipalities JP and CG was observed, as well as no differences were found between the means of monitoring groups in years. Statistical evidence (p-value 0.0062) that the follow-up time is related to blood pressure levels were found. The analyzes suggest that the longer follow-up by the user, the less discrepancy (pressure levels) between control and no control of the PA. In the qualitative phase was observed on reasonable knowledge of hypertensive disease, the treatment and control forms. Despite efforts by the government and health teams, it was found that the control of blood pressure levels, and as a consequence, the reduction of morbidity and mortality have not yet reached adequate levels. Alert to the need to review and change in the tracking system of hypertensive as recommended by the Ministry of Health transcends easier access to the drug, ie to seek an effective follow-up treatment, prevention and control of complications associated with SAH.

Keywords: Hypertension, Primary Health Care, Cardiovascular Diseases;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da distribuição das Unidades de Saúde da Família no território dos Distritos Sanitários do município de João Pessoa.....	25
Figura 2	Mapa da Atenção Básica do município de Campina Grande.....	26
Figura 3	Gráfico de dispersão entre as pressões arteriais sistólicas e diastólicas dos municípios de João Pessoa e Campina Grande no período de 2009 a 2011.....	44
Figura 4	Ajuste linear da pressão arterial sistólica pela pressão diastólica dos municípios de João Pessoa e Campina Grande no período de 2009 a 2011.....	45
Figura 5	Comparações múltiplas para avaliar os níveis médios e intervalos de confiança para pressão sistólica (ajustada pela pressão diastólica), segundo o fator de interação entre o tempo de acompanhamento e o controle da pressão arterial.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1	Classificação da pressão arterial (> 18 anos).....	19
Tabela 4.1	Classificação da PA segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.....	29
Tabela 4.2	Número e percentual de hipertensos acompanhados durante três anos, segundo Distritos Sanitários no município de João Pessoa, 2009, 2010 e 2011.....	30
Tabela 5.1	Número e percentual de hipertensos por tempo de acompanhamento em anos segundo Distritos Sanitários nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009, 2010 e 2011.....	37
Tabela 5.2	Número e percentual de hipertensos por tempo de acompanhamento em anos segundo variáveis sociodemográficas nos municípios de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB, 2009, 2010 e 2011.....	39
Tabela 5.3	Número e percentual de hipertensos por tempo de acompanhamento em número de anos segundo o controle da pressão arterial nos municípios de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB, 2009, 2010 e 2011.....	41
Tabela 5.4	Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvio padrão por pressão arterial sistólica e diastólica dos hipertensos acompanhados segundo o município, tempo de acompanhamento em anos e controle da pressão, no período de 2009 a 2011.....	43
Tabela 5.5	Comparação dos níveis médios de pressão sistólica (ajustada pela pressão diastólica) segundo o tempo de acompanhamento e controle da pressão ^(a) no período de 2009 a 2011.....	45
Tabela 5.6	Comparações múltiplas para avaliar os níveis médios de pressão sistólica (ajustada pela pressão diastólica), segundo o fator de interação entre o tempo de acompanhamento e o controle da pressão arterial.....	46
Tabela 5.7	Número e percentual de fatores de risco modificáveis segundo o tempo de acompanhamento em anos, para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009, 2010 e 2011.....	49

Tabela 5.8	Número e percentual de fatores de risco não modificáveis e complicações por tempo de acompanhamento em número de anos para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009, 2010 e 2011.....	51
Tabela 5.9	Número e percentual de controle da pressão arterial dos usuários hipertensos participantes e não participantes da etapa qualitativa, nos anos de 2009, 2010 e 2011, no município de João Pessoa.....	53
Tabela 5.10	Número e percentual de fatores de risco e complicações associadas à hipertensão, dos usuários hipertensos participantes e não participantes da etapa qualitativa, nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2013 para o município de João Pessoa.....	55

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente comunitário de saúde

ANOVA- Análise de variância

ANCOVA – Análise de Covariância

APS – Atenção Primária em Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

DS – Distrito Sanitário

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Equipe de saúde da família

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

HiperDia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

KS – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão arterial

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

TCS – Treino de controle do estresse

USF – Unidade de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	14
1.2	JUSTIFICATIVA.....	16

CAPÍTULO 2

2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18

CAPÍTULO 3

3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	19
3.2	PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES <i>MELLITUS</i> : HIPERDIA.....	20
3.3	FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	21
3.4	O DESAFIO DO CONTROLE DA HAS.....	22

CAPÍTULO 4

4	METODOLOGIA.....	25
4.1	LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.2	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.3	FONTE DOS DADOS.....	27
4.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.6	TESTE PILOTO.....	31
4.7	VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O ESTUDO.....	32
4.8	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	35

CAPÍTULO 5

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5.1	ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO PELA EQUIPE DE SAÚDE E O CONTROLE DA HAS.....	36

5.1.1	Perfil sociodemográfico dos usuários hipertensos (Projeto Paes (2008; 2009)).....	36
5.1.2	Acompanhamento em anos dos usuários hipertensos.....	37
5.1.3	Controle da pressão arterial por tempo de acompanhamento em anos...	40
5.1.4	Fatores de risco modificáveis e não modificáveis/complicações associadas a hipertensão por tempo de acompanhamento em anos.....	48
5.2	PERCEPÇÃO DOS HIPERTENSOS SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO.....	52
5.2.1	Perfil sociodemográfico e controle da pressão arterial dos hipertensos...	53
5.2.2	Representação social dos hipertensos sobre a doença.....	57
5.2.2.1	<i>Conhecimento dos hipertensos sobre a doença.....</i>	57
5.2.2.2	<i>Conhecimento dos hipertensos sobre os fatores predisponentes a hipertensão.....</i>	60
5.2.2.3	<i>Conhecimento dos hipertensos sobre a gravidade da doença e suas complicações.....</i>	63
5.2.2.4	<i>Conhecimento dos hipertensos sobre as medidas de controle da pressão arterial.....</i>	65
5.2.2.5	<i>Dificuldades enfrentadas pelos hipertensos para manter a pressão arterial controlada.....</i>	67
5.2.2.6	<i>Percepção e participação dos hipertensos em atividades educativas realizadas nas Unidades de Saúde da Família.....</i>	72

CAPÍTULO 6

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	81
	ANEXOS.....	89
	ANEXO 1 - Instrumento de coleta de dados (Projeto Paes 2008 e 2009).....	90
	ANEXO 2 - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	93
	ANEXO 3 - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	94
	ANEXO 4 - Encaminhamento do pesquisador.....	95
	APÊNDICES.....	96
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	97
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	98

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) afeta aproximadamente um terço dos indivíduos em todo o mundo (WILLIAMS, 2010) e é considerada uma das doenças mais presentes na população brasileira (LOTUFO, 2005), com uma prevalência estimada em 30%. No entanto, as estimativas de prevalência variam de acordo com a região do país e o tipo de estudo realizado (SBC, 2010).

Devido a sua alta prevalência, a HAS é considerada o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo esta a principal causa de mortalidade em países desenvolvidos (CIPULLO et al., 2009). A mortalidade por doença cardiovascular é diretamente proporcional a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg e entre as principais doenças cardiovasculares associadas à HAS, estão as doenças isquêmicas do coração e o acidente vascular encefálico (SBC, 2010).

Os principais fatores de risco relacionados a ocorrência da HAS podem ser divididos em fatores modificáveis, que se relacionam aos hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, alimentação, sedentarismo e obesidade), e não modificáveis, como etnia, idade, hereditariedade e gênero (ALVES; NAKASHIMA; KLEIN, 2010). A HAS é também considerada uma síndrome devido a sua associação frequente a distúrbios metabólicos (obesidade, resistência a insulina, diabetes, entre outros) (ROSÁRIO et al., 2009).

O controle dos níveis pressóricos é muito complexo em virtude da associação de inúmeros fatores de risco. No Brasil, inquéritos populacionais realizados na última década estimam o controle da pressão arterial (PA) em torno de 19,6% (SBC, 2010). No entanto, da mesma forma como as estimativas de prevalência da HAS, as taxas de controle também variam devido a heterogeneidade dos estudos. Estas taxas de controle inadequadas predispoem cada vez mais a ocorrência de complicações e uma consequente elevação da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Com o intuito de reduzir a morbimortalidade associada a HAS e ao Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2001 o Plano de Reorganização a Atenção a estes agravos e instituiu no ano seguinte o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de

Hipertensos e Diabéticos (HiperDia). A partir deste plano a atenção a HAS foi descentralizada e assistida no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS) pela Estratégia de Saúde da Família, o que ampliou o acesso, o diagnóstico e o acompanhamento dos hipertensos. Dados do Departamento de Atenção Básica (2013) estimam que 55% da população brasileira está coberta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo a região Nordeste a que possui maior abrangência, totalizando 71,5%. Segundo a mesma fonte, o Estado da Paraíba possui 91,6% da sua população adscrita às ESFs, com a capital João Pessoa coberta em 79% e a cidade de Campina Grande com 70,3% da população. Nestes municípios o número de hipertensos cadastrados no sistema HiperDia até o mês de junho do corrente ano totaliza 62970 e 27470, respectivamente (BRASIL, 2013).

Apesar dos esforços do governo para reduzir o número de casos e as complicações associadas a HAS, os níveis de controle da doença ainda não são satisfatórios. Nesse sentido, este estudo busca compreender as principais dificuldades dos hipertensos para o controle da pressão arterial (PA).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Segundo Dogan, Tropak e Demir (2012), no ano 2000, a HAS acometia cerca de 26,4% da população mundial o que correspondia a 972 milhões de pessoas, sendo que mais de 60% destas viviam em países em desenvolvimento. Além disso, estima-se que o total de hipertensos no mundo atingirá 60% da população até o ano de 2025.

No Brasil, estudos populacionais realizados em diversas cidades estimaram a prevalência de HAS em torno de 22% a 44%, atingindo principalmente a população idosa (SBC, 2010). Esta prevalência alarmante contribui significativamente para o número de óbitos por doenças cardiovasculares e nos gastos públicos com internações e tratamentos diversos.

A elevada prevalência global da HAS é agravada pelas baixas taxas de controle dos níveis pressóricos. Um Estudo americano realizado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC (2011) analisou dados dos anos de 2003 a 2010 do Programa Nacional de Saúde e Nutrição nos Estados Unidos e revelou prevalência de HAS em torno de 30,4%, o que representa cerca de 66,9 milhões de pessoas, dos quais cerca de 35,8 milhões (53,5%) tinham HAS não controlada. Estudo de Guessous et al. (2012) na Suíça encontrou no ano de 2009 uma prevalência de 40,6% de adultos com PA não controlada.

No Brasil, Rosário et al. (2009) em Nobres-MT encontraram taxa de não controle de aproximadamente 38% em hipertensos sobre tratamento; Nogueira et al. (2010) no Rio de Janeiro-RJ de 42,2%; já Nobre, Ribeiro e Mion Júnior (2010), em estudo que abrangia múltiplos centros de saúde do Brasil, revelaram que 53,3% dos hipertensos apresentavam PA inferior a 140/90 mmHg.

Quanto menores forem as taxas de controle da HAS maiores serão os números de complicações cardiovasculares, culminando cada vez mais casos de morbidade e óbitos. De acordo com Williams (2010) em 2001, 7,6 milhões de mortes em todo mundo foram decorrentes de elevações da PA, sendo que aproximadamente 54% dos derrames cerebrais e 47% de todas as isquemias do coração também tiveram relação direta com a HAS. No Brasil, no ano de 2007 ocorreram 260.603 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo 84.713 por doenças cerebrovasculares e 78.456 por doenças isquêmicas do coração (BRASIL, 2007a). No ano de 2010 esse número aumentou mais de 60%, ou seja, passou para 326.371 o número de óbitos por doenças cardiovasculares, onde 99.955 foram por doenças isquêmicas do coração e 99.732 por doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2010). Em relação ao número de internações de janeiro a setembro de 2012 ocorreram 841.942 internações com um custo de 1.433.321.729,24 reais em relação à serviços hospitalares (BRASIL, 2012).

O controle da HAS exige disciplina do hipertenso em relação ao seguimento do tratamento medicamentoso e na mudança de hábitos de vida e para uma adesão efetiva é de fundamental importância um acompanhamento adequado por parte da ESF. Desde o ano de 2001 o tratamento e o acompanhamento dos hipertensos passaram a ser de responsabilidade principalmente das ESFs por meio do HiperDia. O MS objetivou a partir das estratégias de promoção e prevenção da saúde e da possibilidade de vínculo entre profissionais e a comunidade viabilizar o tratamento e acompanhamento efetivo destes agravos.

Devido aos inúmeros fatores que contribuem negativamente para a HAS, seu tratamento não pode ser restrito a medicalização, ou seja, a adesão ao tratamento nesse contexto deve ser considerada como um fenômeno multidimensional que engloba fatores relacionados ao sistema de saúde e à equipe, socioeconômicos, tratamento, ao paciente e a doença (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006). Daí a importância do acompanhamento do hipertenso pelas ESFs. A definição de acompanhamento do hipertenso segundo o MS refere-se ao registro confirmado de pelo menos três consultas no prontuário da família (ou registro individualizado na Unidade de Saúde da Família (USF)) durante um ano (ANDRADE, 2011).

Verifica-se que apesar da disseminação de informações referentes à importância de controle dos níveis pressóricos e da maior parte da demanda de hipertensos estarem adscritas

às USFs, o controle da PA continua baixo, indicando que as estratégias empregadas no enfrentamento deste agravo possivelmente não estão sendo efetivas ou são insuficientes. Este controle inadequado favorece o desenvolvimento de complicações e o aumento da morbimortalidade, com o consequente aumento nos custos governamentais, qualificando a HAS como um importante problema de saúde pública.

1.2 JUSTIFICATIVA

O conhecimento aprofundado dos fatores que influenciam direta e indiretamente o seguimento do tratamento anti-hipertensivo é importante na detecção de grupos com dificuldade em aderir ao tratamento, propicia à equipe de saúde a elaboração de estratégias específicas e efetivas às necessidades destes determinados grupos e dessa forma, favorece o controle dos níveis pressóricos.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), enumera alguns fatores relacionados ao não seguimento do tratamento hipertensivo, entre quais se destacam: falta de conhecimento sobre a doença, ausência de sintomas, aspectos familiares e o relacionamento inadequado com a equipe de saúde (vínculo), baixo nível socioeconômico, baixa autoestima, custo dos medicamentos, dificuldades na marcação de consultas, interferência na qualidade de vida após início do tratamento, entre outros.

Pelo exposto, fica notório a dificuldade do hipertenso em manter seus níveis pressóricos controlados. E nesse sentido o conceito de adesão ao tratamento não está mais restrito a simples utilização de medicação, passando a englobar também, fatores socioeconômicos, meio ambiente, sistema de saúde e conduta dos profissionais, aspectos relacionados ao paciente, fatores psicológicos, crenças, tratamento e a própria doença (ONO; FUJITA, 2003; PIRES; MUSSI, 2008). Portanto, o controle da PA não se restringe apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si (PIRES; MUSSI, 2008).

Estudos que avaliam a importância desse conjunto de fatores ainda continuam restritos. A literatura especializada dispõe basicamente de estudos que avaliam o controle da PA com enfoque nas questões clínicas e na adesão a medicação proposta, sem considerar a perspectiva do hipertenso em relação a fatores ambientais e sociais que podem influenciar na

condução do tratamento, além disso, estes estudos estão concentrados principalmente nas regiões Sudeste e Sul.

Outro fator norteador ao desenvolvimento desse estudo provém dos achados de Andrade (2011), em recorte do estudo de Paes (2008; 2009), onde foram comparados os níveis pressóricos de hipertensos acompanhados e não acompanhados pelas USFs em João Pessoa e não foram encontradas diferenças significativas em relação ao controle da HAS, sem que ficassem evidentes quais os fatores que influenciaram neste achado. O autor questiona se o acompanhamento oferecido pelas ESFs e a participação ativa do usuário no tratamento são insatisfatórios. Dantas (2013) também em um recorte do estudo de Paes (2008; 2009), constatou números alarmantes em relação ao não controle da PA em homens hipertensos acompanhados pelas ESFs nas cidades de João Pessoa (35,6%) e Campina Grande (44,2%).

Neste contexto justifica-se o aprofundamento dos estudos em relação à identificação dos possíveis determinantes do não controle da PA em hipertensos acompanhados pelas ESFs dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, enfatizando aspectos relacionados ao conhecimento sobre a doença, à baixa adesão ao tratamento, acesso e uso da medicação, serviços oferecidos pelas USFs, conduta dos profissionais de saúde perante o problema, fatores sociais e culturais, a partir da perspectiva do usuário.

A compreensão das dificuldades inerentes a este processo pode contribuir efetivamente para o desenvolvimento de políticas de saúde e programas que melhor abordem a magnitude do problema na realidade do Estado da Paraíba e possibilitem identificar indicadores de adesão ao tratamento, grupos de risco e repensar as formas de cuidado à saúde, favorecendo a redução das complicações por doenças cardiovasculares.

CAPÍTULO 2

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o controle da pressão arterial (PA) em hipertensos acompanhados (por tempo em anos) pelas Equipes de Saúde da Família (ESFs) dos municípios de João Pessoa (JP) e Campina Grande (CG) durante o período de 2009 a 2011.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Traçar o perfil dos hipertensos acompanhados pelas ESFs.
- Avaliar a percepção e o conhecimento dos hipertensos acompanhados sobre a doença e o tratamento.
- Conhecer as dificuldades dos hipertensos em relação ao controle da HAS
- Estudar o acompanhamento dos hipertensos pelas ESFs e o controle da PA.

CAPÍTULO 3

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica crônica e multifatorial caracterizada pela elevação da PA acima dos limites considerados normais e que geralmente está associada a lesões em órgãos alvos como, encéfalo, coração e rins, além de alterações metabólicas. Complicações decorrentes de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), doença renal, entre outros, elevam as taxas de morbimortalidade (SBC, 2010; GOMES, SILVA, SANTOS, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Em relação aos níveis pressóricos a SBC (2010) define a HAS como uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos adultos e que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Ainda segundo a SBC (2010), a PA pode ser classificada como segue na Tabela 3.1.

Tabela 3.1: Classificação da pressão arterial (>18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

3.2 PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES *MELLITUS*: HIPERDIA

Em virtude da HAS e do diabetes predisporerem às doenças cardiovasculares e estes acometimentos terem se tornado um grave problema de saúde pública nas últimas décadas, o Ministério da Saúde em acordo com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, implementou entre os anos de 2001 a 2003 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*, com o objetivo de vincular os portadores destes agravos às ESFs para tratamento e acompanhamento, e assim reduzir os impactos das doenças cardiovasculares na morbimortalidade da população brasileira.

Entre os principais objetivos do plano destacam-se a capacitação dos profissionais para enfrentamento desses agravos e a reorganização dos serviços, por meio da garantia do fornecimento da medicação, a instrumentalização dos profissionais e o estímulo a prevenção primária a partir de medidas individuais e coletivas. Todos estes objetivos visando a redução dos casos e a identificação de grupos de risco propícios a complicações cardiovasculares (BRASIL, 2001).

Dentro das ações do plano de reorganização destacou-se a efetivação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia). O HiperDia corresponde a um sistema informatizado disponível para municípios e estados, com intuito de cadastrar e acompanhar hipertensos e diabéticos no âmbito da APS (BRASIL, 2001). Esta ferramenta propicia a gestão da saúde uma visão ampliada da situação desses agravos no país, mediante o reconhecimento do perfil epidemiológico, dos fatores de risco e complicações associadas a estas doenças, permitindo uma tomada de decisão coerente com a situação da população. Outro ponto importante do sistema é a garantia ao usuário do recebimento da medicação para hipertensão e/ou diabetes.

É evidente que o controle da PA é um processo complexo e que o simples fato do hipertenso fazer uso da medicação proposta não garante a normalização dos níveis pressóricos, ou seja, o controle exige mudanças no estilo de vida, leva em consideração os costumes dos hipertensos, apoio familiar, orientações dos profissionais de saúde, entre outros. Diante deste problema ganha destaque o direcionamento dado pelo MS para a APS no enfrentamento destes agravos. O acompanhamento dos hipertensos por meio das ESFs é centrado em uma equipe multidisciplinar, o que possibilita uma abordagem ampliada do problema. Além disso, as ESFs têm o foco de atuação na família (ambiente físico e social)

permitindo a execução de ações que ultrapassam o processo simplesmente curativo (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

3.3 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os fatores de risco associados a HAS dividem-se em dois grupos: os não modificáveis, ou seja, aqueles que o hipertenso não tem controle (sexo, raça, idade, alguma patologia que predisponha a hipertensão (como exemplo, diabetes) e os modificáveis, relacionados com o estilo de vida do indivíduo (sedentarismo, sobrepeso/obesidade, tabagismo, alcoolismo, alimentação saudável e outros).

A idade tem relação positiva com a hipertensão (SBC, 2010; ROSÁRIO et al, 2009), ou seja, indivíduos idosos têm maior prevalência de HAS, devido as próprias alterações decorrentes do envelhecimento (CESARINO et al, 2008). Estudo de Cipullo et al (2009) encontrou prevalência superior a 65% em indivíduos com 60 anos ou mais.

Em relação ao nível de escolaridade e a renda, tem-se observado nos estudos uma associação da HAS com menor nível de escolaridade e, conseqüentemente, com a renda (CESARINO et al, 2008; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007; GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Quanto ao gênero, os estudos afirmam que as prevalências de HAS entre os sexos são semelhantes, com um maior predomínio de HAS em mulheres idosas (SBC, 2010; CIPULLO et al, 2009). O maior número de mulheres diagnosticadas também se relaciona com a maior procura pelos serviços de saúde, hábito cultural no Brasil.

A literatura refere maior predomínio de HAS em indivíduos de cor não branca (SBC, 2010), esta relação foi constatada nos estudos de Costa et al. (2007) e Cipullo et al (2009). No entanto, nos estudos de Cesarino et al., (2008) e Nogueira *et al*, (2010) a HAS esteve associada predominantemente em indivíduos de cor branca, o que pode provavelmente ser explicada pela maior participação de indivíduos de cor branca na pesquisa. Portanto, as relações da HAS com a raça ainda não são bem esclarecidas.

O sobrepeso/obesidade também tem relação direta com a HAS, podendo ser exemplificado pelos achados de Cipullo et al, (2009) em que mais de 55% dos hipertensos apresentaram Índice de Massa Corpórea acima do normal e Costa et al, (2007), onde sobrepeso e obesidade atingiram conjuntamente mais de 70% do hipertensos. Associado ao sobrepeso/obesidade está o sedentarismo, que conseqüentemente influencia nos altos índices de HAS (SBC, 2010).

Em relação a alimentação, observa-se que o seguimento de uma dieta saudável (predomínio de frutas e vegetais e pobre em gordura) tem uma influência positiva sobre o controle dos níveis pressóricos. Entre os principais fatores relacionados a alta prevalência de HAS estão o elevado consumo de álcool e sódio (MOLINA et al, 2003). Heimann (2004), em estudo de revisão, evidenciou que a redução dos níveis pressóricos é proporcional a redução no conteúdo de sal na dieta. O controle do sal na alimentação é complexo, pois leva em conta os hábitos culturais da população, além do que o aumento no consumo dos produtos industrializados tende a ser um fator complicador.

Outro fator de risco que contribui para o desenvolvimento da HAS e de complicações cardiovasculares é o tabagismo. Costa et al, (2007) encontraram prevalência de HAS em torno de 40% nos fumantes e Rosário et al (2009) relataram que 22% do hipertensos eram fumantes. Em relação ao consumo de álcool, verifica-se sua relação positiva com a HAS e esta associação atinge indivíduos de todas as classes sociais (SBC, 2010).

Portanto, a HAS está associada a uma série de fatores de risco, sejam eles de natureza clínica e social, o que torna a prevenção e o controle um desafio aos hipertensos e aos serviços de saúde.

3.4 ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO PELA EQUIPE DE SAÚDE E O DESAFIO DO CONTROLE DA HAS

O MS objetivou a partir da responsabilização das ESFs pelo cuidado primário (HiperDia) do hipertenso, a vinculação destes usuários as equipes de saúde para tratamento, controle e redução das complicações destes agravos, o monitoramento das ações realizadas e o fornecimento de informações aos gestores que possibilitem tomadas de decisão efetivas, através de estratégias de intervenção como, estimativas do acesso aos serviços de saúde, planejamento da demanda para encaminhamentos, fornecimento de medicações e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2013).

Apesar de todos os esforços do governo, verifica-se que o controle dos níveis pressóricos e a consequente redução da morbimortalidade ainda não atingiram patamares adequados. O controle dos níveis pressóricos é um processo complexo devido a associação de inúmeros fatores, entre eles, crenças, mudança de hábitos de vida, doenças concomitantes, dificuldades no uso da medicação, acompanhamento inadequado por parte da equipe de saúde, entre outros.

Estudo de Gus et al (2004), realizado no Rio Grande do Sul, revelou que 80% dos indivíduos que reconheciam serem hipertensos tinham níveis pressóricos acima do limite recomendado. Rosário et al (2009) encontrou taxa de tratamento e controle da PA de apenas 24,8% e no estudo de Trê et al (2009) esse número chegou a 54%.

Araújo (2011), em estudo com hipertensos do sexo feminino no município de João Pessoa, verificou que dentre as hipertensas consideradas acompanhadas pelas ESFs (pelo menos três consultas anuais registradas em prontuário) 63,9% encontrava-se com níveis pressóricos não controlados. Em outro estudo no mesmo município, Andrade (2011) trabalhando com hipertensos acompanhados e não acompanhados (o critério de acompanhamento segue a definição citada anteriormente) não encontrou diferenças estatisticamente significativas em relação ao controle da PA. Dantas (2013) estudando indivíduos do sexo masculino em João Pessoa e Campina Grande verificou que 65,3% e 59,4% respectivamente dos indivíduos foram classificados como hipertensos não acompanhados pelas ESFs e que deste percentual 64,4% (João Pessoa) e 55,8% (Campina Grande) apresentam PA não controlada.

O problema do controle inadequado da PA não é exclusivo do Brasil e pode ser exemplificado por um estudo americano que revelou que nos Estados Unidos pelo menos um terço da população é acometida pela HAS e metade destes não tem a doença controlada (CDC, 2011).

Atualmente as medidas de controle da HAS estão centradas em mudanças do estilo de vida do hipertenso (tratamento não medicamentoso), visando diminuir a influência dos fatores de risco (SALES; TAMAKI, 2007). Assim, a atuação da equipe de saúde, principalmente sob o foco das USFs, objetiva a prevenção e o controle dos fatores de risco. No entanto, estas mudanças dependem principalmente do hipertenso, que bem orientado pela equipe de saúde, pode lograr o êxito. Entre as principais mudanças de hábitos estão, prática de atividade física regular, manutenção do peso adequado, hábitos alimentares saudáveis, não uso do tabaco e do álcool. Estas mudanças de hábitos devem estar associadas à utilização adequada da medicação proposta. Em relação a medicação, as principais dificuldades relacionam-se ao número de medicações diárias, reações adversas e o uso prolongado. Estas dificuldades são agravadas pelo fato de a maioria dos hipertensos serem idosos.

Outro fator complicador para o acompanhamento é a elevada demanda de hipertensos adscritos às USFs, o que dificulta uma abordagem diferenciada em algumas situações e a qualidade do serviço prestado. Como estratégia de atuação das equipes, ressaltam-se o

desenvolvimento de ações educativas, tanto individuais (consultas) como coletivas (CHAVES et al, 2006).

CAPÍTULO 4

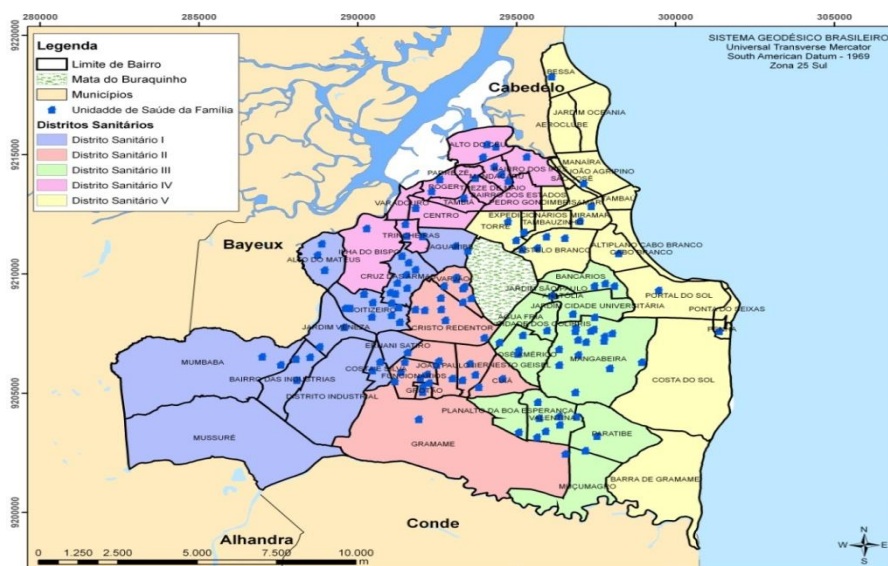
4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O município de João Pessoa, capital do Estado, apresenta uma área territorial 211,475 Km², com densidade demográfica de 3421,28 hab/km². Segundo o Censo do IBGE (2010) a população era de cerca de 723.515 habitantes com estimativa de 769607 para o corrente ano. Ainda segundo o Censo do IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município correspondeu a 0,763.

No que diz respeito a organização dos sistemas de saúde, a cidade está demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir a população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e a assistência hospitalar. A rede de serviços de saúde é formada 180 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 125 unidades de saúde, divididos em cinco DSs, conforme Figura 1.

Figura 1 – Mapa da distribuição das Unidades de Saúde da Família no território dos Distritos Sanitários do município de João Pessoa.

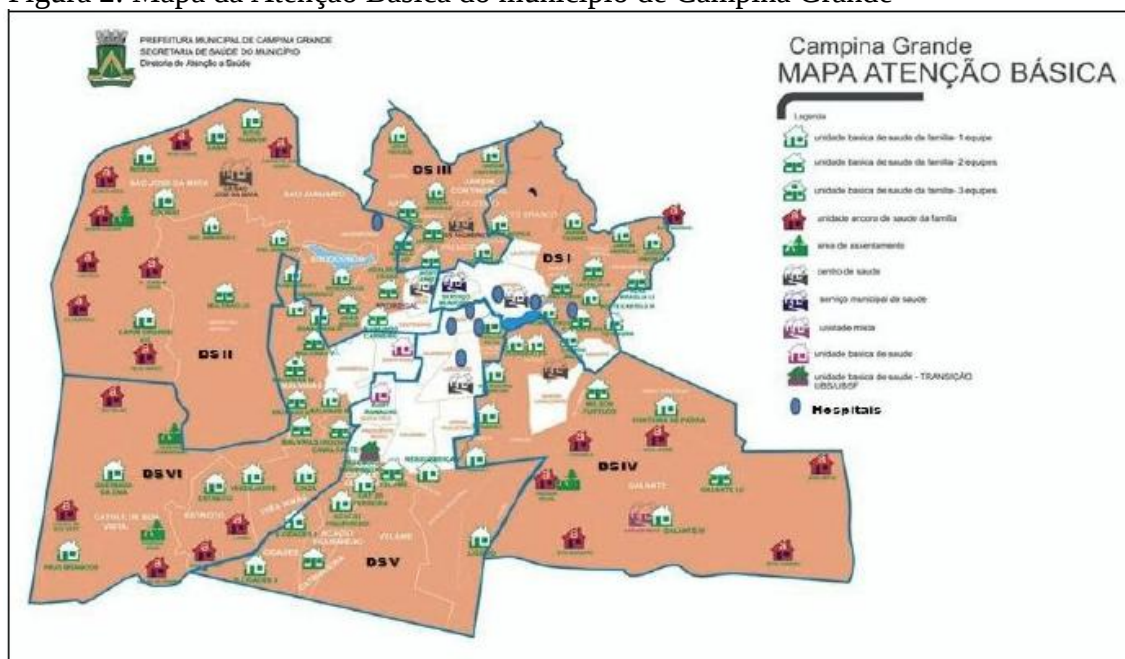


Fonte: Plano Municipal de Saúde, João Pessoa (2010-2013)

Ainda compõem a rede da atenção básica, cinco unidades que funcionam como referência para a população descoberta da ESF, assegurando o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, dispõe da oferta de consultas e procedimentos nas clínicas básicas nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) dos bairros de Mangabeira, Jaguaribe e Cristo. A rede hospitalar do SUS em João Pessoa, própria, conveniada e contratada, conta com 26 hospitais distribuídos da seguinte forma: 4 hospitais públicos municipais, 7 públicos estaduais, 1 público federal, 4 filantrópicos e 11 hospitais privados.

O município de Campina Grande está localizado no agreste paraibano, cuja área territorial é de 594,182 Km² e possuía segundo o Censo do IBGE (2010) uma população de 385.21338, com estimativa para o corrente ano de uma população de 400.002 habitantes (IBGE, 2010). Ainda segundo o Censo do IBGE (2010), o IDH do município no ano correspondia a 0,720. O sistema de saúde do município é composto por seis distritos sanitários, 67 Unidades Básicas de Saúde da Família, 92 equipes de saúde da família, 09 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 06 Centros de Referência de Saúde e o Serviço Municipal de Saúde (LIMA, 2013). A Figura 2 apresenta o Mapa da Atenção Básica de Campina Grande.

Figura 2: Mapa da Atenção Básica do município de Campina Grande



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Campina Grande

4.2 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional, de coorte retrospectiva e de base populacional, onde foi avaliado o controle da PA em hipertensos acompanhados pelas ESFs de João Pessoa-PB e Campina Grande-PB no período de 2009 a 2011.

Delineou-se outra etapa em que foi avaliada a percepção e o conhecimento dos hipertensos acompanhados sobre a doença e o tratamento, procurando atender o segundo e o terceiro objetivo específico, utilizando-se, para tanto, de uma abordagem qualitativa.

4.3 FONTE DOS DADOS

A base de dados do estudo foi montada a partir de um recorte do projeto “Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil”, desenvolvido por Paes (2008) junto ao Laboratório de Estudos Demográficos (LED) do Departamento de Estatística (DE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), financiado pelo CNPq (Edital: MCT/CNPq/MS –SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008).

Este projeto teve segmento culminando no desenvolvimento de um outro intitulado: “Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal”, também desenvolvido por Paes (2009), financiado pelo CNPq com o Edital MCT/CNPq N.º 67/2009 e pela FAPESQ com Edital FAPESC N.º 02/2009 (PAES, 2009b). O estudo caracterizou-se como coorte, pois os mesmos indivíduos foram acompanhados pelo cadastro no HiperDia (2006/2007) e prontuários (2008) e durante entrevistas que foram realizadas nos anos de 2009, 2010 e 2011.

A partir das informações coletadas (PAES, 2008), os hipertensos foram classificados em acompanhados e não acompanhados pela ESF, de acordo com o comparecimento a consultas a cada ano. A definição de acompanhamento segue a utilizada por Andrade (2011) e que se baseia no critério estabelecido pelo MS, no qual é considerado acompanhado o hipertenso que possui pelo menos três consultas registradas no prontuário da família durante um ano. Além dessa fonte de dados, foi proposta a realização de um estudo qualitativo visando apreender a percepção desses sujeitos acerca dessa questão.

O uso em conjunto das abordagens quantitativa e qualitativa possui potencialidades, na medida em que, os métodos qualitativos permitem abordar como o acompanhamento dos hipertensos ocorre, a visão do usuário sobre a doença e as dificuldades enfrentadas para o controle. Já os métodos quantitativos permitem abordar se as medidas de acompanhamento são efetivas a partir dos inúmeros fatores que podem influenciar o controle da PA. Esse crescente reconhecimento da complexidade de fatores que afetam a saúde e a atenção à saúde, bem como o desejo de responder a uma variedade maior de questões a seu respeito, transformaram a abordagem com métodos mistos em uma necessidade (POPE; MAYS, 2009).

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o projeto de Paes (2008) foi calculada uma amostra representativa de hipertensos para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, com base no processo de amostragem casual simples em estágios sucessivos (amostragem por conglomerados com probabilidade proporcional ao tamanho), considerando a população de hipertensos cadastrados em 2008 com $N = 43953$ (João Pessoa) e $N = 17658$ (Campina Grande), de acordo com os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica no ano de 2008. Adotou-se como parâmetro de sucesso uma prevalência $p = 0,119$ (obtido a partir do número total de hipertensos cadastrados, dividido pelo número total de indivíduos que fez uso do serviço das ESFs até 2008), nível de confiança de 95% e margem de erro amostral máximo $\varepsilon = 0,035$ (3,5%), resultando em uma amostra de 343 usuários hipertensos para João Pessoa e 382 para Campina Grande em 2009, retiradas as perdas.

A seleção desses indivíduos foi feita de forma aleatória, onde foram coletadas informações do período do cadastro de todos os hipertensos que se encontravam cadastrados na equipe, de forma que só foram utilizados os hipertensos que possuem cadastro nos anos de 2006 e 2007. Então, todos os indivíduos cadastrados em 2006 e 2007 como hipertensos tiveram seus prontuários e fichas do HiperDia consultados e as informações de interesse (tais como: informações do cadastro do HiperDia, número de consultas na unidade, registro da PA em cada consulta, etc.) foram transcritas no instrumento a ser utilizado no segundo momento.

Foram incluídas na amostragem as unidades de saúde que possuíam número de hipertensos cadastrados (2006 ou 2007) suficiente para a realização do estudo, como também possuísem as fichas e prontuários dos pacientes. Como critérios de exclusão para os usuários, foram considerados, ter menos de 20 anos de idade, usuários que não conseguissem responder

por si mesmo ou que tinham realizado mudança da área adscrita da USF durante o período de cadastro até o momento da entrevista.

Na presente pesquisa foram avaliadas as informações referentes aos hipertensos acompanhados pelas ESFs nos municípios de João Pessoa e Campina Grande quanto ao controle dos níveis pressóricos, de acordo, com os dados obtidos nos anos de 2009, 2010 e 2011, o que caracterizou um acompanhamento por período mais longo.

Como foram analisadas as informações dos mesmos indivíduos durante os três anos, estes foram classificados quanto ao tempo de acompanhamento em anos como:

- a) *Acompanhados durante os 3 anos.*
- b) *Acompanhados por 2 anos.*
- c) *Acompanhados por 1 ano.*

A partir desta classificação os hipertensos foram distribuídos segundo o controle da PA. A classificação das PASs e PADs estão de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), apresentadas na Tabela 4.1.

Tabela 4.1: Classificação da PA segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

Controle da PA	Pressão arterial	
	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Controlada	< 140	< 90
Não controlada	≥ 140	≥ 90

Legenda: PAS (pressão arterial sistólica); PAD (pressão arterial diastólica)

De forma complementar, foram realizadas entrevistas com os hipertensos classificados como *acompanhados durante os 3 anos*, e estas informações foram submetidas a uma análise qualitativa.

A seleção dos participantes para esta etapa foi realizada a partir de um sorteio aleatório por meio do pacote estatístico R, através do processo de amostragem aleatória simples sem reposição, onde foi gerada uma ordem de seleção que garantiu a aleatoriedade. Esta seleção se deu com os hipertensos classificados como *acompanhados durante os 3 anos* (34 indivíduos) em João Pessoa, obedecendo a divisão de acordo com os conglomerados utilizados na pesquisa de Paes (2008; 2009), no qual totalizaram 36 conglomerados divididos nos cinco distritos sanitários do município. Os conglomerados representam as USFs do município.

Do total de 34 hipertensos foram considerados para entrevistas 50% de indivíduos, já que na pesquisa qualitativa o objeto de estudo volta-se para o conteúdo adquirido e não para a quantidade de informações, em virtude da saturação (repetição) das informações coletadas. O processo de saturação das informações leva em consideração os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria, a experiência e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Portanto, foram selecionados 17 indivíduos no município de João Pessoa. Foi também selecionada uma lista suplementar de hipertensos sorteados inicialmente para compor a amostra. O número de indivíduos selecionados foi determinado pelo peso proporcional de cada distrito sanitário no tamanho da amostra. Na Tabelas 4.2 foram apresentados estes valores. O sorteio dos indivíduos foi feito aleatoriamente dentro de cada distrito de acordo com a listagem de hipertensos entrevistados na pesquisa de Paes (2008; 2009).

Tabela 4.2: Número e percentual de hipertensos acompanhados durante três anos, segundo Distritos Sanitários no município de João Pessoa, 2009, 2010 e 2011.

Hipertensos acompanhados durante três anos			
Distrito	n	%	Nº hiper. selecionados
I	1	3,1	1
II	3	8,8	2
III	19	55,8	10
IV	8	23,5	4
V	3	8,8	2
Total	34	100	19

Legenda: Hiper (Hipertensos)
Fonte: Projeto Paes (2008-2009)

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento (ANEXO 1) de coleta de dados elaborado no projeto Paes (2008) subdivide-se em duas partes. A primeira é composta pelas seções: identificação do usuário, informações secundárias (ficha HiperDia e prontuários da USF), informações sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, raça/cor, ocupação e renda) e

dados clínicos (pressão arterial, dados antropométricos, fatores de risco, doenças concomitantes e antecedentes familiares), além de itens referentes a entrevista.

A segunda parte do instrumento corresponde a uma adaptação realizada por Paes (2008) do instrumento validado para avaliar a atenção para a tuberculose proposto por Ruffino-Netto e Villa (2009), o qual foi baseado em um questionário para avaliar serviços de APS a saúde no Brasil, elaborado por Almeida e Macincko (2006), norteados pelo instrumento da Bárbara Starfield e Macincko para avaliar a APS em países desenvolvidos.

Paes (2008) readequou para a utilização em indivíduos portadores de HAS e manteve as dimensões: saúde do caso confirmado de HAS, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade (STARFIELD, 2002). As opções de resposta referentes as dimensões correspondem a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para captar todas as possibilidades.

Na etapa quantitativa deste trabalho foram utilizados os dados referentes à primeira parte do instrumento, para traçar os perfis, sociodemográfico, de acompanhamento pelas USFs e o controle da PA.

A coleta de dados da etapa qualitativa foi realizada por meio de entrevistas (gravadas) semi-estruturadas (roteiro da entrevista em APÊNDICE A). Este tipo de entrevista é geralmente direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto usualmente por questões abertas que definem a área a ser explorada de forma flexível, ou seja, o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2009). Além disso, também foi utilizado um instrumento (APÊNDICE B) para coleta de dados clínicos (pressão arterial, peso e altura) e informações sobre fatores de risco, complicações relacionadas a HAS e uso da medicação, com o intuito de traçar o perfil destes usuários.

4.6 TESTE PILOTO

Para validar a realização da análise qualitativa foi efetuado um teste piloto, com cinco hipertensos selecionados da amostra original de hipertensos do programa HiperDia do município de João Pessoa, buscando-se a qualificação dos itens componentes da entrevista.

A realização do piloto permitiu a observação de itens que poderiam ser difíceis de compreender pelo entrevistado não gerando respostas (discursos) suficientes para o entendimento da questão. Além disso, propiciou a retirada e a inclusão de alguns itens. A proposta do questionário inicialmente continha oito itens, que foram reduzidos a seis e que contemplaram os objetivos do trabalho.

As entrevistas foram transcritas e submetidas ao método de análise do *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC), o que proporcionou experiência e uma maior aproximação da temática, obtendo-se, deste modo, subsídios para avançar na pesquisa qualitativa.

4.7 VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O ESTUDO

Para fins da análise quantitativa, foram selecionadas as seguintes variáveis e categorias:

- a) Pressão arterial (pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica).
- b) Dados antropométricos (peso e altura).
- c) Sociodemográficas e econômicas: sexo (masculino e feminino), faixa etária (>60 anos e <60 anos), raça/cor (branco, preta, amarela, parda e indígena), escolaridade (sem escolaridade, com escolaridade, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto e ensino superior completo ou incompleto), situação familiar/conjugal (convive com companheiro (a), filho (a) (as) ou familiares, convive com pessoas sem laços consanguíneos e vive só), ocupação (desempregado, do lar, empregado ou autônomo e aposentado).
- d) Fatores de risco modificáveis (sobrepeso, sedentarismo, tabagismo e etilismo).
- e) Fatores de risco não modificáveis/complicações (antecedente familiar cardiovascular, diabetes tipo I e II, infarto agudo do miocárdio, outras coronariopatias e acidente vascular encefálico).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para facilitar a tabulação dos dados foi criada uma máscara no programa Microsoft Office Access® 2007. Após a digitação dos dados, foi realizada uma checagem das informações, e então os dados foram transferidos para o pacote estatístico SPSS, versão 19.0.

A análise dos dados quantitativos foi realizada em quatro etapas:

a) Na primeira etapa foram traçados os perfis sociodemográficos e a situação clínica dos hipertensos acompanhados segundo o tempo de acompanhamento (*1 ano, 2 anos e 3 anos*), de acordo com as variáveis mencionadas no item 4.7. Para tanto, foi utilizada a estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência em termos absolutos e relativos.

b) Na segunda etapa foram analisadas as informações dos hipertensos por município e tempo de acompanhamento em anos, com o propósito de identificar a existência de diferenças quanto ao controle dos níveis pressóricos entre estes grupos. A comparação das PASs e PADs dos hipertensos acompanhados dentro dos grupos de acompanhamento (*1 ano, 2 anos e 3 anos*) foi realizada utilizando as médias respectivas. Dessa forma foi testada a igualdade entre as médias das PASs controladas (μ_1, μ_2 e μ_3) e não controladas (μ_1, μ_2 e μ_3). Do mesmo modo, o teste foi realizado para as PADs controladas e não controladas.

O teste estatístico utilizado nesta comparação foi a *Análise de Variância* (ANOVA), cujo objetivo é verificar a igualdade das médias de três ou mais grupos, também chamados de tratamentos. As hipóteses testadas foram:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$$

A análise de variância baseia-se na decomposição da variação total da variável resposta em partes que podem ser atribuídas aos tratamentos (variância entre) e ao erro experimental (variância dentro). Esta variabilidade pode ser medida pela soma dos quadrados das distâncias de cada observação à média global:

$$SST = \sum_{i=1}^g \sum_{j=1}^{n1} (X_{ij} - \bar{X})^2$$

Para se testar H_0 utiliza-se a estatística F , onde $F \sim F(g - 1, N - 1)$, representa a *distribuição de Fisher* com $g - 1$ e $N - 1$ graus de liberdade. A hipótese H_0 é rejeitada para valores elevados de F , pelo que

$$p\text{-valor} = P(F \geq f_0),$$

onde f_0 representa o valor observado de F .

Quando se rejeita a hipótese nula da igualdade das médias faz-se necessário conhecer qual ou quais dos grupos são responsáveis pela diferença. Entre os métodos estatísticos (post hoc) para verificação destas diferenças estão os métodos de Tukey e Bonferroni.

Para aplicação da ANOVA alguns pressupostos são exigidos: os g grupos devem ser independentes entre si, cada grupo deve provir de populações com distribuição normal e a homogeneidade das variâncias das g populações.

c) Na terceira etapa foi avaliada a relação entre o tempo de acompanhamento em anos (1 ano, 2 anos e 3 anos) e o controle da PA por meio da *Análise de Covariância* (ANCOVA), buscando obter estimativas das médias dos grupos avaliados com a maior precisão possível. A ANCOVA é uma extensão da ANOVA, em que diferentemente desta, pode incluir uma ou mais variáveis quantitativas que estão relacionadas ao desfecho de interesse. Estas variáveis são incluídas na análise devido à influência que elas possuem sobre o desfecho e são conhecidas como covariáveis (AGRANONIK, MACHADO, 2011). Desse modo, para utilizar a ANCOVA, é necessário testar, em um primeiro momento, a correlação de Pearson entre a covariável e o desfecho de interesse. Isto é, verificar se a covariável está linearmente relacionada ao desfecho. Foi utilizado no estudo atual a PAS como desfecho e a PAD como covariável.

De forma semelhante à ANOVA, a ANCOVA possui as seguintes suposições: (I) a variável resposta (desfecho) deve ter distribuição normal; (II) deve existir relação linear entre a covariável e a variável resposta; (III) deve existir homogeneidade de variâncias entre os grupos e (IV) deve haver homogeneidade de coeficientes.

d) A quarta etapa consistiu na análise qualitativa dos dados. Inicialmente foi traçado o perfil sociodemográfico e clínico dos hipertensos selecionados para esta etapa. Em seguida as entrevistas gravadas foram transcritas e submetidas ao DSC.

Esta técnica consiste na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos geralmente de depoimentos, onde são extraídos de cada um as ideias centrais e suas correspondentes expressões-chave. As expressões-chave são trechos, expressões ou transcrições literais do discurso, que revelam a essência do depoimento. Já a ideia central corresponde a um nome ou expressão linguística que descreve de forma sintética e fidedigna o sentido do discurso. Outra figura importante no DSC é a ancoragem, que diferente da ideia central remete a uma teoria, ideologia ou crença (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005).

Esses conteúdos de mesmo sentido são reunidos num único discurso e redigidos na primeira pessoa do singular, buscando produzir no leitor um efeito coletivo, obtendo-se um conteúdo que reflete densamente a representação social de um determinado tema (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009; LEFRÈVE; LEFRÈVE; MARQUES, 2009). Esse discurso elaborado é conhecido como *primeira pessoa (coletiva) do singular*:

“Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa um referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou nome da coletividade (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005).”

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas do projeto PAES (2008; 2009) foram realizadas conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que institui os direitos humanos nos indivíduos em experiências na área de saúde, sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de saúde (CEP/CSS) da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado com o Protocolo nº 01/01 (ANEXO 2) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sendo aprovado com o Protocolo CEP/HULW nº 341/10 (ANEXO 3). No ANEXO 4 segue a certidão de encaminhamento para a coleta de dados da Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal de João Pessoa.

CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO PELA EQUIPE DE SAÚDE E O CONTROLE DA HAS

Neste item foram traçados os perfis sociodemográficos e avaliados o controle da PA dos hipertensos por tempo de acompanhamento em anos pelas USFs.

5.1.1 Perfil sociodemográfico dos usuários hipertensos (Projeto Paes (2008; 2009))

Foram coletadas informações sociodemográficas (através de entrevistas) em 2009 de 343 hipertensos no município de João Pessoa e de 382 hipertensos em Campina Grande.

Em trabalho de Silva (2011) foi descrito para o município de João Pessoa que dos 343 hipertensos entrevistados, 68,0% (n=232) eram não acompanhados e 32,0% (n=111) acompanhados pelos serviços de saúde, sendo deste total 73,8% (n=253) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de idosos (> 60 anos) que atingiu o percentual de 52,5% (n = 180). Observou-se um percentual de 32,6% (n = 112) de brancos e 66,4% de não brancos (negro, pardo, amarelo e indígena). Dentre os participantes, observou-se um baixo nível de escolaridade: 19,2% (n = 66) sem escolaridade, 75,2% (n = 258) com educação básica e apenas 5,2% (n = 18) possuindo educação superior. Com relação a situação conjugal, foi observado que 79,8% (n = 274) indivíduos moravam com o companheiro (a) e os demais 3,5% (n = 12) moravam sozinho (SILVA, 2011). Para a ocupação observou-se que a maioria dos hipertensos eram aposentados 34,4% (n=118) e trabalhadores “do lar” 29,8% (n=102).

Em Campina Grande do total de 382 hipertensos entrevistados, 44,5% (n=170) foram classificados como não acompanhados e 55,5 % (n=212) como acompanhados e pelos serviços de saúde. Do total 77% (n=294) era do sexo feminino e a faixa etária > 60 anos foi predominante (54,4%, n=208). Em relação a raça/cor 37,4% (n=143) se declararam brancos. Do total de entrevistados 40,1% (n=153) possuíam apenas o ensino fundamental completo e 18,8% (n=72) sem escolaridade. Na que diz respeito a ocupação, verificou-se que 35,9% (n=137) dos entrevistados eram aposentados (MELO, 2011).

Com a progressão da coorte ocorreram perdas no número de hipertensos participantes do projeto. No município de João Pessoa, ao longo dos anos 2009, 2010 e 2011 a amostra que iniciou-se com 343, reduziu-se para 306 e 286, respectivamente. Em Campina Grande durante o mesmo período a amostra passou de 382 para 354 e 331, respectivamente nos anos seguintes. As perdas para os dois municípios foram devido a óbitos, mudança de endereços, recusas em continuar participando da pesquisa e outros motivos (LIMA, 2013).

5.1.2 Acompanhamento em anos dos usuários hipertensos

A Tabela 5.1 apresenta o perfil dos hipertensos por Distrito Sanitário de acordo com o acompanhamento em número de anos para os municípios de João Pessoa e Campina Grande. O objetivo desta apresentação em distritos é demonstrar como os hipertensos estão distribuídos no território dos municípios.

Tabela 5.1: Número e percentual de hipertensos por tempo de acompanhamento em anos segundo Distritos Sanitários nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009, 2010 e 2011.

Distrito	Acompanhamento em número de anos											
	Um ano				Dois anos				Três anos			
	JP		CG		JP		CG		JP		CG	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
I	22	23,7	15	18,1	4	8,3	17	34,0	1	2,9	36	34,6
II	22	23,7	18	21,7	9	18,8	5	10,0	3	8,8	7	6,7
III	27	29,0	22	26,5	21	43,8	12	24,0	20	58,8	24	23,1
IV	10	10,8	7	8,4	10	20,8	3	6,0	7	20,6	18	17,3
V	12	12,9	13	15,7	4	8,3	5	10,0	3	8,8	9	8,7
VI	-	-	8	9,6	-	-	8	16,0	-	-	10	9,6
Total	93	100,0	83	100,0	48	100,0	50	100,0	34	100,0	104	100,0

Legenda: JP (João Pessoa); CG (Campina Grande).

Fonte: Paes (2008; 2009)

O critério de acompanhamento dos hipertensos foi definido como o registro de pelos menos três consultas registradas em prontuário nas USFs e a partir dos dados coletados nos anos de 2009, 2010 e 2011 os hipertensos foram classificados em três grupos de acompanhamento em número de anos (*1 ano, 2 anos e 3 anos*).

Observa-se no município de João Pessoa um maior percentual de hipertensos residentes no Distrito III (29% *acompanhado 1 ano*, 43,8% *acompanhado 2 anos* e 58,8% *acompanhado 3 anos*). Em Campina Grande para o grupo *acompanhado 1 ano* os hipertensos são maioria residentes no Distrito III, já para os grupos *acompanhados 2 anos* e *3 anos*, os percentuais foram superiores no Distrito I (34% e 34,6%, respectivamente). De modo geral para os dois municípios o percentual de acompanhamento diminuiu à medida que o número de anos combinados aumentava.

A Tabela 5.2 apresenta o perfil sociodemográfico dos hipertensos de acordo com os grupos de acompanhamento, sendo consideradas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e raça/cor e ocupação.

Em todos os três grupos de acompanhamento e para os dois municípios verificou-se um predomínio do sexo feminino com percentuais variando de 68% a 86%. Em relação a faixa etária, apenas no grupo *acompanhado durante 1 ano* no município de João Pessoa a faixa etária menor do que 60 anos foi predominante (58%). Nos demais grupos para os dois municípios a faixa etária ≥ 60 anos variou com percentuais entre 42% e 67%, ou seja, os grupos foram representados em sua maioria por idosos. A situação conjugal mais prevalente nos três grupos correspondeu a conviver com companheiro (a) e/ou filho (s) e/ou familiares, com percentuais entre 81% a 97% em João Pessoa e 83% e 92% em Campina Grande.

No que diz respeito ao nível de instrução dos hipertensos tem-se que a maioria possuiu apenas o ensino fundamental incompleto ou completo, com percentuais variando dos 42% e 55% para todos os grupos e nos dois municípios. Vale ressaltar que o número de hipertensos sem escolaridade também atingiu valores importantes em todos os grupos. Em João Pessoa os percentuais foram de 12%, 25% e 15% para os grupos *acompanhados em 1 ano*, *2 anos* e *3 anos*, respectivamente. Em Campina Grande os percentuais corresponderam a 12% (*acompanhado em 1 ano*), 22% (*acompanhado em 2 anos*) e 19% (*acompanhado em 3 anos*).

Sabe-se que baixos níveis de instrução e condições socioeconômicas estão relacionados a uma maior prevalência de HAS (SBC, 2010), como também de outras doenças, sejam pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a medicação e a maior dificuldade em seguir as orientações e prescrições dos profissionais de saúde (RENNER, et al, 2008).

Ao se abordar a raça/cor observou-se para os três grupos e nos dois municípios o predomínio das raças branca e parda. No grupo de *acompanhado por três anos* 47% e 53% consideram-se pardos, para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, respectivamente. Estudos demonstram uma maior prevalência de HAS em indivíduos de cor

negra (CESARINO et al, 2008), mas ainda não é claro o impacto da raça sobre a doença em virtude da grande miscigenação no Brasil (SBC, 2010).

Tabela 5.2: Número e percentual de hipertensos por tempo de acompanhamento em anos segundo variáveis sociodemográficas nos municípios de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB, 2009, 2010 e 2011.

Variáveis	Acompanhamento em número de anos											
	JP						CG					
	1 ano		2 anos		3 anos		1 ano		2 anos		3 anos	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Masculino	22	24	13	27	11	32	16	19	18	36	15	14
Feminino	71	76	35	73	23	68	67	81	32	64	89	86
Faixa etária												
< 60 anos	54	58	16	33	12	35	37	45	19	38	42	40
≥ 60 anos	39	42	32	67	22	65	46	55	31	62	62	60
Situação conjugal												
Convive comp/filhos/fam.	84	90	39	81	33	97	76	92	46	92	87	84
Convive c/ pessoas s/ laços	3	3	8	17	1	3	3	4	1	2	2	2
Vive só	6	7	1	2	0	0	4	5	3	6	15	15
Escolaridade												
Sem escolaridade	14	12	12	25	5	15	10	12	11	22	20	19
Com escolaridade	14	15	4	8	4	11	18	22	7	14	19	18
Ensino fundamental I/C	39	42	26	54	19	55	46	56	24	48	50	48
Ensino médio I/C	23	25	5	10	3	9	8	10	10	20	13	13
Ensino superior I/C	3	3	1	2	3	9	1	1	2	4	2	2
Raça												
Branca	33	36	20	42	6	18	36	43	19	38	35	34
Preta	20	22	5	10	10	29	10	10	7	14	12	12
Amarela	3	3	6	13	2	6	5	5	0	0	1	1
Parda	35	38	14	30	16	47	42	42	23	46	55	53
Indígena	2	2	3	6	0	0	0	0	1	2	1	1
Ocupação												
Desempregado	11	11	1	2,1	1	3	2	2	5	10	2	2
Do lar	20	22	18	38	11	32	23	28	6	12	33	32
Autônomo ou empregado	25	27	16	33	4	12	48	58	10	20	45	43
Aposentado	27	29	13	27	15	44	10	12	24	48	24	23
Outros	8	9	0	0	3	9	0	0	5	10	0	0

Legenda: comp (companheiro (a)); I (Incompleto); C (Completo); Fonte: Paes (2008; 2009).

Em relação a ocupação dos hipertensos, verificou-se que a grande maioria foi composta por trabalhadores “do lar” (percentuais entre 21,5% e 37,6%) ou aposentados (percentuais entre 12 e 48%). No município de Campina Grande observou-se um percentual considerável de hipertensos autônomos ou empregados, com percentuais de 58% (*acompanhado em um ano*), 20% (*acompanhado em dois anos*) e 43% (*acompanhado três em anos*). Em João Pessoa o grupo com maior percentual de autônomos ou empregados foi o *acompanhado por dois anos* (33%).

A ocupação interfere na condução do tratamento, na medida em que, aderem menos ao tratamento os hipertensos que possuem ocupação com carga horária elevada, que exige maior distanciamento do lar e desgaste físico e emocional (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010), logo, influenciando no controle da HAS. Além disso, as próprias características do trabalho levam a ocorrência de HAS, como por exemplo, falta de autonomia, trabalho sob supervisão severa, natureza repetitiva, instabilidade no emprego, exposição contínua ao barulho, vibração e temperaturas extremas, entre outros (CESARINO, et al, 2008).

O perfil sociodemográfico dos hipertensos por tempo de acompanhamento seguiu o mesmo padrão do perfil geral dos hipertensos do projeto (como especificado no Item 5.1), ou seja, o sexo feminino foi predominante, assim como a faixa etária ≥ 60 anos. Em relação à raça/cor os percentuais de brancos e de não brancos também se assemelharam com o perfil geral. O nível de escolaridade também seguiu o mesmo padrão, da mesma forma que a ocupação predominante foi a de aposentados.

5.1.3. Controle da pressão arterial por tempo de acompanhamento em anos

Na Tabela 5.3 são descritas as informações referentes ao controle da PA em relação aos grupos de acompanhamento para os dois municípios. Para classificação do controle da PA seguiu-se o critério das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, onde apenas a PAS ou PAD (apenas uma é suficiente) ou ambas acima dos valores de referência qualificam a PA como não controlada, como mencionado anteriormente na Tabela 4.1. Os níveis pressóricos utilizados para esta seção correspondem ao ano de 2011 para o grupo *acompanhado por 3 anos* e para os demais (*acompanhado por 2 anos e por 1 ano*) correspondem a PA aferida na entrevista realizada no ano de acompanhamento mais recente, seja em 2009, 2010 ou 2011.

Verificou-se para o município de João Pessoa e para os três grupos de acompanhamento em anos um percentual de não controle da PA variando de 64,2% a 70,6%, o que corresponde a uma média em torno de 67%. Em Campina Grande a situação foi

semelhante, com percentuais variando entre de 48,2% a 71,2%, com média em torno de 62%. Estes achados estão de acordo com os de Silva (2011) que trabalhou com a mesma base de dados (Paes 2008; 2009) e encontrou para o município de João Pessoa que dentre os indivíduos acompanhados, 36,1% apresentaram PA controlada e 63,9% encontrava-se com níveis pressóricos não controlados. Achados semelhantes também foram vistos no estudo de Freitas et al, (2012), em que apenas 34,68% dos hipertensos cadastrados em uma USF estavam com o níveis pressóricos controlados.

Observa-se que os percentuais de não controle são demasiadamente elevados, o que é um fato preocupante, pois estes hipertensos foram classificados como acompanhados pelas ESFs, e este acompanhamento remete a realização de consultas pelos profissionais de saúde, aferição da PA e o seguimento do tratamento, o que na prática não refletiu no controle da PA destes usuários. Além disso, esperava-se que o grupo com maior tempo de acompanhamento apresentasse maior percentual de controle, mas tanto para João Pessoa como Campina Grande este grupo apresentou as menores taxas. É evidente também que não existem diferenças quanto a controle entre os municípios já que as médias de não controle estão em torno de 60% para ambos.

Tabela 5.3: Número e percentual de hipertensos por tempo de acompanhamento em número de anos segundo o controle da pressão arterial nos municípios de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB, 2009, 2010 e 2011.

Controle da PA	Acompanhamento em número de anos											
	Um ano				Dois anos				Três anos			
	JP		CG		JP		CG		JP		CG	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PA controlada	32	34,4	43	51,8	17	35,4	17	34	10	29,4	30	28,8
PA não controlada	61	65,5	40	48,2	31	64,2	36	66	24	70,6	74	71,2

Legenda: JP (João Pessoa); CG (Campina Grande).

Fonte: Projeto Paes (2008; 2009)

O desenvolvimento de ações voltadas aos hipertensos se enquadram como ações prioritárias dentro das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, por se tratar de um grupo de risco. As USFs devem proporcionar um acompanhamento longitudinal e atenção integral à saúde dos hipertensos por meio da atuação de uma equipe interdisciplinar, utilizando-se de práticas que visem estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade, buscando interferir positivamente na condução do tratamento deste hipertenso (SALES, TAMAKI, 2007).

Da mesma forma que no estudo atual, Santa Helena e Nemes (2010) estudando hipertensos adscritos a USFs em Santa Catarina encontraram que 69,3% destes apresentaram níveis pressóricos acima dos limites normais. Sendo que mais de 50% foram assíduos as consultas no período estipulado e 96% obtiveram seus medicamentos pelo SUS, o que demonstra o acesso facilitado a consultas e a medicação, mas que apenas isto não é suficiente para garantir o controle adequado dos níveis pressóricos.

Para avaliar a existência de diferenças em relação aos níveis pressóricos dos hipertensos por tempo de acompanhamento em anos foi utilizada a ANOVA. As PAs foram comparadas individualmente (PAS e PAD) e verificadas suas diferenças em relação aos municípios, o tempo de acompanhamento e o controle dos níveis pressóricos.

Inicialmente foi testada a normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) para a pressão arterial sistólica (PAS) e para a pressão arterial diastólica (PAD). O teste de normalidade KS busca identificar a máxima diferença absoluta entre a função de distribuição acumulada assumida para os dados, e a sua função de distribuição empírica, e, para comparar esta diferença, adotou-se um nível de significância com um $\alpha=0,05$, na qual, o p-valor obtido sendo maior ou igual a α , passa-se a aceitar a hipótese de que os dados seguem uma distribuição normal (DANTAS, 2013). Após a aplicação do teste observou-se que as PASs e PADs não apresentaram distribuição normal.

Como alternativa ao teste KS utilizou-se a técnica de eliminação de outliers para exclusão de valores de PAS e PAD discrepantes ao conjunto de dados. A técnica foi baseada na eliminação de valores de PAS e PAD (outlier) que estavam acima ou abaixo mais ou menos três desvios padrão, ou seja, todos os pontos que estiverem afastados da média mais ou menos três desvios padrão foram considerados outliers e eliminados da análise. Realizada esta etapa foi encontrada simetria entre os valores das PASs e PADs, o que permitiu a aplicação da ANOVA.

A verificação da homogeneidade das variâncias foi realizada através da aplicação do *Teste de Levene*. Testou-se a hipótese nula de que as variâncias populacionais são iguais e o resultado evidenciou que não existem diferenças entre as variações na população, ou seja, a hipótese nula foi aceita (p-valor 1,871).

A Tabelas 5.4 apresenta a distribuição das médias e desvio padrão das PASs e PADs e o valor da estatística do teste (ANOVA).

A aplicação da ANOVA revelou que não existem diferenças significativas entre as médias das PASs para os hipertensos dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, como também não foram encontradas diferenças entre as médias dos grupos de

acompanhamento em anos. Foram encontradas diferenças das médias entre os grupos com PA controlada e não controlada.

Tabela 5.4: Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvio padrão por pressão arterial sistólica e diastólica dos hipertensos acompanhados segundo o município, tempo de acompanhamento em anos e controle da pressão, no período de 2009, 2010 e 2011

	Pressão arterial sistólica			
Caracterização	Mín.	Média±dp	Máx.	p-valor
Município				
João Pessoa	112,00	139,06±15,52	174,00	0,2901
Campina Grande	120,00	137,05±13,78	170,00	
Tempo de acompanhamento				
1 ano	112,00	136,88±14,80	174,00	0,4326
2 anos	120,00	137,65±15,22	174,00	
3 anos	120,00	139,21±13,79	170,00	
Controle da PA				
Controlada	112,00	125,27±5,40	140,00	0,0000
Não controlada	120,00	144,68±13,34	174,00	
Pressão arterial diastólica				
Município				
João Pessoa	50,00	84,59±11,68	115,00	0,8275
Campina Grande	60,00	84,34±11,02	110,00	
Tempo de acompanhamento				
1 ano	50,00	84,26±11,73	110,00	0,9227
2 anos	60,00	84,31±10,78	115,00	
3 anos	60,00	84,76±11,15	110,00	
Controle da PA				
Controlada	50,00	75,32±7,11	100,00	0,0000
Não controlada	60,00	89,99±9,64	115,00	

Fonte: Paes (2008; 2009)

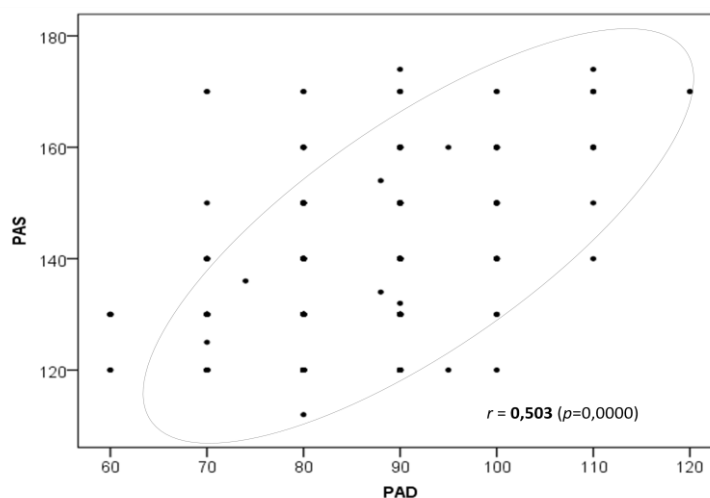
Os resultados da aplicação da ANOVA para o controle e não controle das PAs já eram esperados, dado as diferenças das médias das PASs e PADs. O teste apenas evidenciou esta diferença, já que o próprio ponto de corte que define o controle favorece as diferenças significativas das PAS.

Estes achados evidenciaram que não existem diferenças entre o controle da PA dos hipertensos acompanhados pelas ESFs nos municípios de João Pessoa e Campina Grande. Apesar das diferenças entre os municípios (população, características regionais, serviços de saúde, por exemplo), pode-se dizer que a atuação do programa HiperDia é semelhante nos dois municípios pois os resultados não conseguem evidenciar diferenças entre o tempo de acompanhamento e o controle satisfatório da PA de seus usuários.

Vale salientar que estes municípios possuem as maiores coberturas de USFs e redes de serviços de saúde estruturadas do Estado, além da elevada disponibilização de recurso, o que permitiria aos seus serviços de saúde um acompanhamento de melhor qualidade aos hipertensos e que proporcionasse índices favoráveis de controle dos níveis pressóricos. No entanto, a questão do seguimento do tratamento e do controle da PA, ultrapassa o simples acompanhamento pelas ESFs, na medida em que estão envolvidos uma gama de fatores que vão desde o serviço prestado a conscientização do hipertenso em seguir o tratamento, com condições objetivas e subjetivas de seguí-lo.

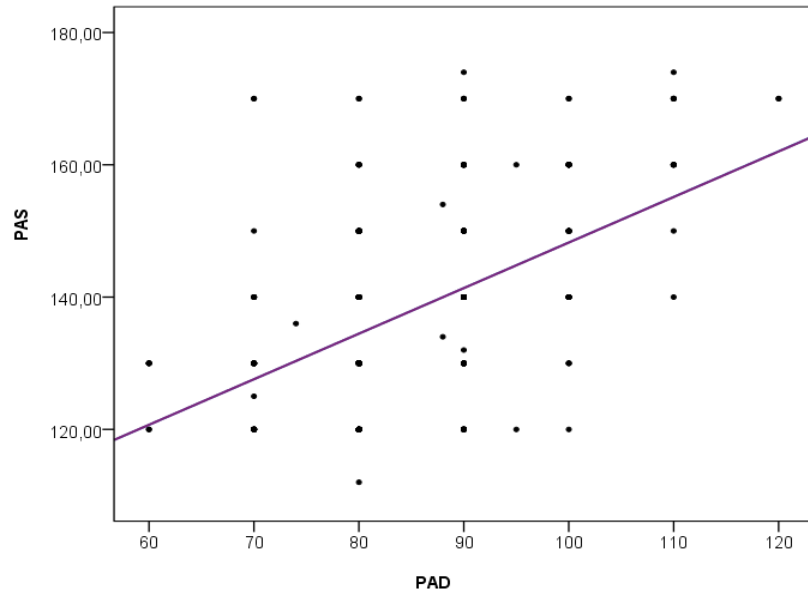
Buscando-se aprofundar a relação do controle da PA e o tempo de acompanhamento em anos procedeu-se a realização da ANCOVA. Inicialmente foi verificada a correlação existente entre a PAS e a PAD através da elaboração de um modelo de regressão linear e a aplicação do teste de correlação de Pearson. A Figura 3 apresenta o gráfico de dispersão entre as PASs e PADs. O valor de $r = 0,503$ evidencia que a relação é significativa.

Figura 3. Gráfico de dispersão entre as pressões arteriais sistólicas e diastólicas dos municípios de João Pessoa e Campina Grande no período de 2009 a 2011.



A Figura 4 apresenta os valores da PAS ajustada pela influência da PAD. Estes valores ajustados foram utilizados para a aplicação da ANCOVA.

Figura 4: Ajuste linear da pressão arterial sistólica pela pressão diastólica dos municípios de João Pessoa e Campina Grande no período de 2009 a 2011.



A comparação dos níveis médios da PAS ajustada pela PAD é mostrada na Tabela 5.5, cujos resultados da aplicação da ANCOVA evidenciaram diferenças significativas ao nível de significância de 1% de que existem diferenças entre o tempo de acompanhamento em anos e o controle da PA. Ou seja, aprofundando-se a investigação sobre o acompanhamento em anos e controle da PA e passando-se a considerar a influência entre as PASs e PADs antes mascarada, foram encontradas evidências significativas de que o tempo de acompanhamento tem relação com o controle dos níveis pressóricos.

Tabela 5.5: Comparação dos níveis médios de pressão sistólica (ajustada pela pressão diastólica) segundo o tempo de acompanhamento e controle da pressão ^(a) no período de 2009 a 2011.

Fatores	Quadrado médio	Estatística F	p-valor
Tempo de acompanhamento	68,53	2,06	0,1286
Controle da pressão	5384,14	162,14	0,0000
Tempo de acompanhamento x controle da pressão	171,19	5,16	0,0062 ^(b)
Erro	33,21		

^(a) Teste de Levene para igualdade das variâncias: Estat. F = 1,871 ; Valor-p = 0,099; ^(b) Resultado significativo ao nível de 1%

Essa observação é melhor visualizada pela comparação entre os níveis médios da PAS de acordo com o tempo de acompanhamento em anos (Tabela 5.6). Ao se trabalhar as diferenças entre as médias das PASs incorporando o fator tempo de acompanhamento observou-se diferenças significativas para os três grupos (*1 ano, 2 anos e 3 anos de acompanhamento*), o que pode ser verificado a partir da não interseção dos intervalos de confiança gerados.

Tabela 5.6: Comparações múltiplas para avaliar os níveis médios de pressão sistólica (ajustada pela pressão diastólica), segundo o fator de interação entre o tempo de acompanhamento e o controle da pressão arterial.

Tempo de acompanhamento	Controle PA	Média	dp	IC para 95% ^(a,b)
1 ano	Controlada	131,65	0,76	(130,16 ; 133,13)
	Não controlada	142,98	0,64	(141,73 ; 144,24)
2 anos	Controlada	133,51	1,13	(131,28 ; 135,73)
	Não controlada	139,45	0,79	(137,89 ; 141,01)
3 anos	Controlada	131,35	0,97	(129,43 ; 133,26)
	Não controlada	140,21	0,62	(138,99 ; 141,44)

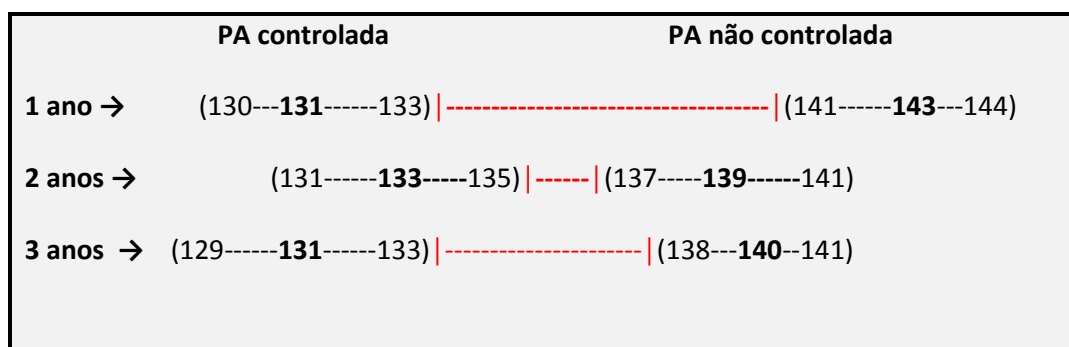
^(a) Intervalos de confiança calculados com base nos ajustes de Bonferroni

^(b) Intervalos de confiança que não se interceptam revelam diferenças significativas entre os níveis médios de PAS.

Observou-se que ao comparar o controle e o não controle da PA entre os grupos *acompanhados 2 anos e 3 anos*, a distância intervalar entre os pontos (limites de controle e não controle da PA na reta) é menor do que a do grupo *acompanhado por 1 ano*. Ao se analisar apenas os grupos *acompanhados por 2 anos e 3 anos* observa-se que a distância intervalar entre os pontos é semelhante, sugerindo-se, que o tempo de acompanhamento influenciou no controle da PA, ou seja, quanto maior o tempo de acompanhamento pelo usuário, menor a discrepância entre o controle e não controle da PA. A Figura 5 apresenta os intervalos de confiança distribuídos em uma reta (hipotética) para facilitar a visualização da distância entre os pontos.

Apesar de o tempo de acompanhamento apresentar uma influência positiva sobre o controle da PA, observa-se que as taxas de não controle são superiores, como foi mostrado na Tabela 5.3, ou seja, o simples acompanhamento pelas ESFs não proporciona redução satisfatória das taxas de não controle.

Figura 5. Comparações múltiplas para avaliar os níveis médios e intervalos de confiança para pressão sistólica (ajustada pela pressão diastólica), segundo o fator de interação entre o tempo de acompanhamento e o controle da pressão arterial.



Legenda: PA (pressão arterial em mmHg)

Para o controle satisfatório dos níveis pressóricos, faz-se necessário que o acompanhamento do usuário pelos profissionais que compõem as USFs, seja ele médico ou enfermeiro, seja realizado de forma a oferecer um atendimento que perpassasse pela consulta, e que esta compreenda ações, não só de prescrição de medicamentos, mas de um atendimento integral, por meio de orientações, avaliação, discussão do tratamento proposto, visitas domiciliares, entre outros, que influenciem significativamente no controle da PA (DANTAS, 2013).

O acompanhamento pelo serviço de saúde implica em comparecimento às consultas (no mínimo três registros em prontuário durante o ano), e pressupõe uma boa adesão ao serviço, o que poderia favorecer um adequado controle da PA.

No entanto, no estudo de Silva (2011) sobre adesão ao tratamento, observou-se que, em algumas situações era comum o paciente ir à unidade apenas para pegar a medicação ou receber a visita do Agente comunitário de saúde (ACS), o que não configura um verdadeiro acompanhamento. Ainda segundo o estudo mencionado, os hipertensos que apresentaram níveis pressóricos descontrolados se configuraram como aqueles com maiores percentuais de adesão/vínculo as ESFs.

Em outro estudo, Andrade (2011) utilizando a mesma base dados de Paes (2008; 2009) também evidenciou taxas de não controle da PA superiores em usuários acompanhados pelos serviços de saúde. De acordo com Lessa (2006), o controle da HAS depende da participação ativa do hipertenso, da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde. Logo, faz-se necessário um acompanhamento adequado dos hipertensos

pelos serviços de saúde, a partir do trabalho de profissionais capacitados, apoio e orientação ao indivíduo e aos familiares e acesso ao tratamento (DANTAS, 2013; SILVA, 2011).

Portanto, as diretrizes de acompanhamento dos hipertensos necessitam ser revistas no intuito de alcançar satisfatoriamente o objetivo inicial do HiperDia que é o de reduzir a ocorrência de morbimortalidade associada a HAS.

5.1.4. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis/complicações associadas a hipertensão por tempo de acompanhamento em anos

Em relação aos fatores de risco modificáveis (Tabela 5.7) observou-se que no município de João Pessoa no grupo de *acompanhado por 3 anos* 76,5% dos hipertensos não praticavam atividade física regular. Os percentuais foram menos expressivos no grupo acompanhado por um ano (43%) e dois anos (38%). Em Campina Grande os percentuais corresponderam a 54,2% (*acompanhado em 1 ano*) e 74% (*acompanhado em 2 anos e 3 anos*). Elevadas taxas de sedentarismo também foram encontradas nos estudos de Oliveira, Bubach e Fregeler (2009) com 70,4% e Cenatti et al (2013) 69%. O sedentarismo tem forte associação com o sobrepeso/obesidade como foi constatado no estudo atual.

Em todos os grupos de acompanhamento e nos dois municípios foram encontrados percentuais acima de 50% de hipertensos apresentando sobrepeso/obesidade. Já em relação ao uso de tabaco os percentuais atingiram 15% no grupo de *acompanhado por dois anos* em João Pessoa e em Campina Grande para o grupo acompanhado por um ano, 21,7%. Para o consumo de álcool os percentuais foram inferiores a 10% para os três grupos nos dois municípios.

O controle da PA como já mencionado em outros momentos depende de uma série de fatores, em especial da participação do indivíduo em seguir o tratamento. Observou-se que a grande maioria dos hipertensos deste estudo não pratica atividade física regular e está acima do peso.

Apesar de acompanhados pelas USFs estes hipertensos apresentam estas características alarmantes, no entanto, esta situação transcende em muitos casos a abrangência da USF, pois alguns indivíduos são resistentes à mudança de estilo de vida, ou não se adaptam as atividades e recomendações propostas, como também não existem espaços públicos e ferramentas sociais para a prática de atividade física acessível a toda população. Em relação a

obesidade, ainda existe a influência de costumes e características da alimentação da população que são difíceis de serem alteradas, pois são culturais.

Tabela 5.7: Número e percentual de fatores de risco modificáveis segundo o tempo de acompanhamento em anos, para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009, 2010 e 2011.

Fatores modificáveis	Acompanhamento em número de anos											
	João Pessoa						Campina Grande					
	1 ano		2 anos		3 anos		1 ano		2 anos		3 anos	
	%		%		%		%		%		%	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sedentarismo	43,0	57,0	37,5	62,5	76,5	23,5	54,2	45,8	74,0	26,0	74,0	25,0
Sobrepeso/obesidade	54,8	45,2	54,2	45,8	55,9	44,1	62,7	36,1	54,0	46,0	58,7	41,3
Tabagismo	10,8	89,2	14,6	85,4	8,8	91,2	21,7	78,3	18,0	82,0	14,4	84,6
Etilismo	6,5	92,5	8,3	91,7	2,9	97,1	9,6	88,0	8,0	92,0	6,7	92,3

Fonte: Projeto Paes (2008; 2009)

A prática de atividade física e o controle do peso estão entre as principais recomendações para prevenção primária da HAS e do seu controle (SBC, 2010), portanto, devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde. A obesidade pode aumentar de duas a seis vezes o risco de um indivíduo desenvolver hipertensão e a prevalência de HAS pode ser explicada em 20 a 30% por sua associação com o aumento de peso (RENNER, et al, 2008). Estudo de Nobre, Ribeiro e Mion Júnior (2010) encontrou que o acréscimo de um centímetro na circunferência abdominal reduz-se em 2% a chance de controlar a PA.

A obesidade está intimamente relacionada à prática de atividade física. Segundo a SBC (2010) para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la. No estudo de Renner et al. (2008) 25% dos hipertensos relataram não praticar atividade física, e ainda segundo os autores, alta prevalência de sedentarismo tem sido encontrada em populações hipertensas estudadas, variando de 47% ate 63%.

Andrade (2011), em estudo utilizando a base de dados de Paes (2008; 2009) para o município de João Pessoa, encontrou que em torno de 37% dos hipertensos não praticavam atividade física regular. Melo (2011) com a mesma base de dados em estudo do município de

Campina Grande verificou taxa de sedentarismo em torno de 46% e Dantas (2013), estudando homens nos dois municípios com encontrou percentuais variando em torno de 30%.

Portanto, estes achados refletem a dificuldade dos hipertensos em seguir as recomendações e a dos profissionais de saúde em buscar junto a estes hipertensos o controle da PA. É um desafio para o programa HiperDia controlar a PA de uma população de sedentários e obesos. É importante que a prática de atividade física e o controle de peso sejam sempre estimulados para a população em geral e que informações sobre os riscos que o sedentarismo e a obesidade ocasionam sejam difundidas em maior proporção, pois além da hipertensão uma série de complicações cardiovasculares estão associadas a estes fatores de risco, como por exemplo, o diabetes, que dificulta o controle da PA e em conjunto com a mesma, desencadeiam complicações graves, como o AVC.

Na Tabela 5.8 estão expressos os percentuais referentes aos fatores de risco não modificáveis por tempo de acompanhamento em anos para os dois municípios. No município de João Pessoa nos grupos *acompanhados por 1, 2 e 3 anos* 59,1%, 37,5% e 58,3% (respectivamente) dos hipertensos apresentaram antecedentes de familiares com problemas cardiovasculares. Em Campina Grande, na mesma ordem os percentuais foram mais elevados correspondendo a 67,5%, 56% e 67,3%.

Os percentuais de hipertensos com antecedentes cardiovasculares estão de acordo com os estudos de Andrade (2011) que encontrou taxa em torno de 57% em João Pessoa e de Melo (2011) com taxa de 67% para os hipertensos de Campina Grande, ambos com recortes da base de dados Paes (2008; 2009).

O diabetes tipo I atingiu um percentual máximo de 31,1% no grupo de *acompanhado por 2 anos* em João Pessoa, nos demais grupos e em Campina Grande, os percentuais foram inferiores a 10%. Já o diabetes tipo II obteve percentuais variando de 16,7% a 20,4% no município de João Pessoa e em Campina Grande a variação ficou entre 18,3% e 26%.

A HAS é frequentemente associada com diabetes *mellitus*, o que aumenta o risco cardiovascular e desencadeia ou acelera as lesões micro e macrovasculares em órgãos alvo (OSHIRO, CASTRO, CYMROT, 2010), juntos constituem os principais fatores de risco para aterosclerose e suas complicações cardiovasculares fatais e não fatais, que são responsáveis por grande índice de mortalidade na população e por gerar despesas elevadas aos serviços de saúde (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010). No estudo de Três et al (2009) os hipertensos que tinham o diabetes associado apresentaram as menores taxas de controle da PA quando comparados à população geral de hipertensos.

Tabela 5.8: Número e percentual de fatores de risco não modificáveis e complicações por tempo de acompanhamento em número de anos para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, 2009, 2010 e 2011.

Fat. não modificáveis/ complicações	Acompanhamento em número de anos											
	João Pessoa						Campina Grande					
	1 ano		2 anos		3 anos		1 ano		2 anos		3 anos	
	%		%		%		%		%		%	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
ACV	59,1	36,6	37,5	58,3	58,8	41,2	67,5	25,3	56,0	40,0	67,3	31,7
Diabetes I	4,3	94,6	31,1	64,6	14,7	85,3	6,0	91,6	6,0	92,0	2,9	96,2
Diabetes II	20,4	77,4	16,7	83,3	23,5	76,5	20,5	77,1	26,0	72,0	18,3	80,8
IAM	6,5	93,5	35,4	64,6	11,8	88,2	13,3	86,7	4,0	96,0	10,6	88,5
AVC	4,3	95,7	10,4	89,6	2,9	97,1	8,4	91,6	10,0	90,0	6,7	92,3
Outras coronariop	15,1	83,9	8,3	89,6	2,9	97,1	14,5	85,5	4,0	94,0	10,6	89,4

Legenda: ACV (antecedentes cardiovasculares); IAM (infarto agudo do miocárdio); AVC (acidente vascular cerebral); Outras coronariop (outras coronariopatias).

Fonte: Projeto Paes (2008; 2009)

O infarto agudo do miocárdio atingiu percentual de 35,4% no município de João Pessoa para o grupo *acompanhado por 2 anos*, nos demais grupos de acompanhamento, e para os dois municípios os percentuais foram inferiores a 15%. Em João Pessoa observou-se que em relação ao AVC houve uma redução no percentual de casos de 4,3% e 10,4% (*acompanhado 1 ano e acompanhado 2 anos* respectivamente) para 2,9% no grupo *acompanhado por 3 anos*. Em Campina Grande foram encontrados percentuais de 8,4%, 10% e 6,7%, ou seja, o percentual reduziu no grupo *acompanhado por 3 anos*, embora com níveis mais elevados quando comparado a João Pessoa. Para as coronariopatias foram encontrados percentuais de 15,1%, 8,3% e 2,9% para os grupos de acompanhamento em João Pessoa e em Campina Grande os percentuais foram de 14,5%, 4,0% e 10,6% na mesma ordem.

A ocorrência de complicações cardiovasculares remete ao controle inadequado dos níveis pressóricos, entre possíveis causas estão o início tardio do tratamento, demora no diagnóstico ou acesso aos serviços de saúde ou pelo não seguimento do tratamento, entre outros.

O AVC e as doenças isquêmicas do coração qualificam-se como as principais complicações associadas à HAS. Entre os fatores de risco para mortalidade, a HAS explica 40% das mortes por AVC e 25% daquelas por doença coronariana (TRÊS et al, 2009; SBC,

2010). No estudo de Andrade (2011) anteriormente citado 6,7% relataram já ter tido um AVC, sendo que o grupo classificado como totalmente não acompanhado (o critério de acompanhamento segue o mesmo do estudo atual) foi o responsável pelo maior número de hipertensos, o que sugere que o acompanhamento influenciou na não ocorrência deste agravo. No estudo de Gomes, Silva e Santos (2010), 12% dos hipertensos referiram sequelas por AVC. Observa-se assim, que no estudo atual, as taxas de complicações cardiovasculares estão de acordo com a literatura.

No estudo atual optou-se por trabalhar com os fatores de risco modificáveis e não modificáveis/complicações para traçar o perfil clínico dos hipertensos. No estudo realizado por Andrade (2011) foi analisada a relação (por meio da Regressão Logística) dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis/complicações com o controle das PASs e PADs em hipertensos classificados como *totalmente acompanhados* (acompanhados em 2008 e 2009) e *totalmente não acompanhados* (não acompanhados em 2008 e 2009). A classificação de acompanhamento foi a mesma do trabalho atual. Observou-se para o grupo *totalmente acompanhado*, relação apenas da variável sobrepeso/obesidade com a PAS (sem grande representação) e da variável diabetes tipo II com a PAD. No grupo *totalmente não acompanhado* o modelo gerado mostrou associação das variáveis sobrepeso/obesidade, AVC e doença renal com a PAS e da variável tabagismo (sem grande representação) com a PAD.

Além disso, no presente estudo foram trabalhadas apenas as informações dos hipertensos classificados como acompanhados e subdivididos em grupos por tempo de acompanhamento. E como no intervalo entre a realização das entrevistas (2009, 2010 e 2011) um usuário hipertenso poderia apresentar ou não um determinado fator de risco modificável, a organização dos grupos de acompanhamento associada aos fatores de risco se tornaria inviável, como também, ocorreriam perdas no número de hipertensos por grupos, o que prejudicaria a análise dos dados.

5.2 PERCEPÇÃO DOS HIPERTENSOS SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO

Neste item foi avaliado o conhecimento dos hipertensos sobre o conceito da hipertensão, seus riscos, as formas tratamento, as dificuldades em controlar a PA e o tratamento, além da participação destes hipertensos nas atividades realizadas pelas ESFs onde são acompanhados.

5.2.1 Perfil sociodemográfico e controle da pressão arterial dos hipertensos

A etapa qualitativa do estudo teve 17 entrevistados (do total de 34) no município de João Pessoa classificados como acompanhados pelas ESFs no período de 3 anos. Foi traçado o perfil sociodemográfico e clínico (PA, fatores de risco modificáveis, não modificáveis e complicações associadas à HAS) que seguiu os itens contidos no Questionário (Apêndice B).

Do total de entrevistados 41,2% (n=7) foram do sexo masculino e 58,8% (n=10) do feminino. O maior percentual de indivíduos do sexo feminino está de acordo com o perfil geral da amostra do Projeto Paes (2008; 2009), como também em relação a faixa etária, com a maioria sendo constituído por hipertensos com idade maior do que 60 anos, 64,7% (n=11). O maior percentual de idosos está de acordo com a literatura, a HAS tem relação direta e linear com a PAS, sendo superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (SBC, 2010; CESARINO et al, 2008). O predomínio de idosos refletiu na ocupação atual destes indivíduos. Do total, 70,6% (n=12) eram aposentados, 17,6% (n=3) “do lar” e apenas 11,8% (n=2) eram empregados/autônomos.

A Tabela 5.9 traça o perfil comparativo (%) para o controle da PA entre os hipertensos participantes da etapa qualitativa e dos não participantes, compreendendo todo o grupo de hipertensos *acompanhados por 3 anos* no município de João Pessoa.

Tabela 5.9: Número e percentual de controle da pressão arterial dos usuários hipertensos participantes e não participantes da etapa qualitativa, nos anos de 2009, 2010 e 2011, no município de João Pessoa.

Ano	Hipertensos da etapa qualitativa				Demais hipertensos			
	PA Control.		PA Não Control.		PA Control.		PA Não Control.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2009	8	47,1	9	52,9	6	35,3	11	64,7
2010	9	52,9	8	47,1	8	47,1	9	52,9
2011	5	29,4	12	70,6	5	29,4	12	70,6
2013	11	64,7	6	35,3	-	-	-	-

Fonte: Usuários participantes do projeto Paes (2008; 2009); Dados qualitativos coletados em 2013.

Observa-se que no ano de 2009 o percentual de não controle da PA foi ligeiramente superior (52,9%, n= 9) ao de controle. A situação se inverteu no ano de 2010, onde 52,9% (n=9) passou a ter a PA controlada. No ano de 2011, ocorreu um acréscimo considerável no

percentual de não controle, passando para 70,6% (n= 12). Em 2013 houve uma inversão em relação aos percentuais de controle e não controle das PAs entre os anos de 2011 e 2013 para estes usuários. Em relação aos níveis pressóricos aferidos durante a realização das entrevistas (2013) observou-se que, 64,7% (n=11) estavam com a pressão controlada e 35,3% (n=6) não controlada.

No grupo não participante da etapa qualitativa, evidenciou-se o mesmo padrão de controle da PA, ou seja, os percentuais de não controle foram superiores nos anos de 2009, 2010 e 2011, o que reflete certa uniformidade do grupo *acompanhado por 3 anos*. Portanto, os percentuais favoráveis de controle da PA no ano de 2013 no grupo participante da etapa qualitativa podem refletir uma melhora nos cuidados por parte destes hipertensos em relação às recomendações e o seguimento do tratamento, como também, do acompanhamento realizado pelas ESFs. Além disso, é importante destacar que a grande maioria destes hipertensos continuou acompanhado pelas ESFs nos anos de 2012 e 2013 o que demonstra um longo período de acompanhamento e um maior interesse por parte destes hipertensos em seguir as recomendações, o que pode sugerir também que o acompanhamento prolongado pode favorecer o controle dos níveis pressóricos.

Da mesma forma que para o controle da PA a Tabela 5.10 traça o perfil dos fatores de risco e complicações associadas a HAS dos usuários participantes da etapa qualitativa, sendo também realizado o comparativo (%) entre os anos 2009, 2010, 2011 e 2013 e também dos hipertensos *acompanhados por 3 anos* não participantes da etapa qualitativa em João Pessoa.

Observaram-se percentuais favoráveis em relação aos fatores de risco no grupo participante da etapa qualitativa, ou seja, no comparativo entre os anos de 2009 a 2013 observou-se que os percentuais de hipertensos tabagistas, que sofreram IAM e diabéticos associados mantiveram os mesmos percentuais. A principal patologia associada a HAS é o diabetes, como pode ser também exemplificado nos achados de Gomes, Silva e Santos (2010). Ainda segundo os mesmos autores, o diabetes associado ao excesso de peso e a HAS são considerados os principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, como por exemplo, o AVC, responsável por elevada taxa de morbimortalidade na população.

Em relação ao consumo de álcool o percentual em 2009 era de 11,8% (n=2) passando para 5,9% (n=1) em 2011 e em 2013 nenhum hipertenso fez referência ao consumo, também para o mesmo grupo. O mesmo aconteceu com os casos de AVC, ou seja, nenhum hipertenso referiu sofrer este agravo entre os anos de 2011 e até o momento da entrevista em 2013.

O não agravamento destes fatores pode estar associado a manutenção e/ou melhora no cuidado próprio da saúde destes hipertensos, como também, a influência positiva do acompanhamento dos hipertensos pelas equipes de saúde.

Tabela 5.10: Número e percentual de fatores de risco e complicações associadas a hipertensão, dos usuários hipertensos participantes e não participantes da etapa qualitativa, nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2013 para o município de João Pessoa.

Variável	2009				2010				2011				2013			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensos participantes da etapa qualitativa																
Tabagismo	3	17,6	14	82,4	3	17,6	14	82,4	3	17,6	14	82,4	3	17,6	14	82,4
Etilismo	2	11,8	15	88,2	-	-	17	100,0	1	5,9	16	94,1	-	-	17	100,0
Sedentarismo	8	47,0	9	53,0	10	58,8	7	41,2	13	76,5	4	23,5	2	11,8	15	88,2
Sobrepeso	9	53,0	8	47,0	4	23,5	13	76,5	13	76,5	4	23,5	8	47,0	9	53,0
IAM	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1
AVC	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1	-	-	17	100,0
Diabetes	6	35,3	11	64,7	7	41,2	10	58,8	7	41,2	10	58,8	7	41,2	10	58,8
Hipertensos não participantes da etapa qualitativa																
Tabagismo	-	-	17	100,0	-	-	17	100,0	-	-	17	100,0	-	-	-	-
Etilismo	2	11,8	15	88,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sedentarismo	7	41,2	10	58,8	5	29,4	12	70,6	12	70,6	5	29,4	-	-	-	-
Sobrepeso	7	41,2	10	58,8	5	29,4	12	70,6	6	35,3	11	64,7	-	-	-	-
IAM	1	5,9	16	94,1	2	11,8	15	88,2	3	17,6	14	82,4	-	-	-	-
AVC	-	-	17	100,0	-	-	17	100,0	-	-	17	100,0	-	-	-	-
Diabetes	7	41,2	10	58,8	7	41,2	10	58,8	6	35,3	11	64,7	-	-	-	-

Legenda: IAM (Infarto agudo do miocárdio); AVC (Acidente vascular cerebral)

Fonte: Usuários participantes do projeto Paes (2008; 2009). Dados coletados em 2013.

Achados importantes também foram encontrados em relação a prática de atividade física regular e o sobrepeso/obesidade. Os percentuais de indivíduos sedentários elevaram-se de 2009 a 2011, ou seja, passaram de 47% (n=8) para 76,5% (n=13). Mas, este percentual inverteu-se no ano de 2013 onde apenas 11,8% (n=2) hipertensos mencionaram não praticar atividade física regular. Em relação ao sobrepeso/obesidade, o percentual de hipertensos acima do peso que era de 53% (n=9) em 2009, reduziu para 23,5% (n=4) em 2010 e voltou a

e elevar-se em 2011 para 76,5% (n=13). Da mesma forma que para o sedentarismo, os percentuais de sobrepeso/obesidade reduziram no ano de 2013 para 47% (n=8).

Estes percentuais favoráveis em relação a alguns dos fatores de risco modificáveis podem estar associados aos achados satisfatórios de controle da PA no grupo participante da etapa qualitativa. Segundo a SBC (2010) nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária e controle da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, combate ao sedentarismo, a obesidade e ao tabagismo.

Os principais achados neste grupo se referem ao número acentuado de hipertensos que atualmente praticam atividade física regular e que estão mantendo o controle de peso. A prática regular de atividade física está associada a redução da incidência de HAS, como também da mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (SBC, 2010; PESCATELLO et al, 2004), como também o excesso de peso está associado à ocorrência e a dificuldade de controle da PA desde idades jovens (SBC, 2010). Observa-se no município de João Pessoa a ampliação do acesso da população a ambientes públicos para a prática de atividade física com também a participação de profissionais qualificados para esta ação, o que favorece e incentiva a participação dos usuários.

No estudo de Oliveira, Bubach e Fregeler (2009) observou-se que os hipertensos que praticavam atividade física regular apresentaram níveis pressóricos menores quando comparados aos hipertensos que não praticavam atividade física. Sobre o consumo de álcool, a literatura evidencia associação com as alterações de PA e com aumento da morbimortalidade cardiovascular. Da mesma forma, o tabagismo mantém essa relação (SBC, 2010).

No comparativo dos percentuais do perfil clínico dos fatores de risco dos hipertensos *acompanhados por 3 anos* verificou-se que os hipertensos participantes e não participantes da etapa qualitativa possuem padrão similar, ou seja, no decorrer dos anos acima apresentados os percentuais de fatores de risco e complicações associadas a HAS variaram de forma semelhante, o que sugere certa uniformidade do grupo. Como esta informação pode-se sugerir também que a maioria dos hipertensos não participantes da etapa qualitativa também se manteve acompanhado nos anos de 2012 e 2013, por este grupo se tratar de um público que mantém vínculo acentuado com as USFs.

O número de medicamentos utilizados pelos hipertensos para o tratamento da HAS também foi abordado. Observou-se que 35,3% (n=6) fizeram uso de apenas uma medicação, 53% (n=9) duas medicações e 11,8% (n=2) três medicações. O número de medicações e de

comprimidos utilizados também está associado ao controle da HAS. No estudo de Gomes, Silva e Santos (2010), o controle da PA foi mais frequente entre os pacientes com a utilização de menos medicamentos e com esquemas que utilizavam menos tomadas diárias. Strelec e Pierin (2003) demonstraram em estudo que o seguimento correto do horário de tomada da medicação é um fator de grande influência no controle da PA e que este tende a ser afetado pelo maior número de comprimidos.

5.2.2 Representação social dos hipertensos sobre a doença

Para as entrevistas foi utilizado o Questionário disponibilizado no Apêndice A, contendo seis questões. Estas se referiram ao conhecimento dos hipertensos sobre a doença e as dificuldades em manter os níveis pressóricos controlados. Depois de realizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas e tabuladas de acordo com o método de análise do DSC (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005). Os itens e suas ideias centrais e/ou ancoragens e os discursos gerados após análise foram descritos nas subseções a seguir.

5.2.2.1 Conhecimento dos hipertensos sobre a doença

Quando os hipertensos foram questionados sobre o conhecimento a cerca da hipertensão, observou-se cinco ideias centrais e discursos (numerados de 1a até 5a):

Ideia central 1a: *“Desconhecimento sobre o conceito ou entendimento do que seja hipertensão”*

Discurso 1a: *“Não tenho muito conhecimento não. Essa doença vem do coração, o povo chama de pressão, agora não sei o nome dela porque o povo chama de pressão, mas, eu não sei se é pressão mesmo. Não sei dizer o que ela é, sinto o problema, mas o que ela faz não sei informar, aí a resposta fica neutra”.*

Observa-se no *discurso 1a* o desconhecimento sobre o conceito ou entendimento por parte dos hipertensos em relação à doença que os acomete. Este fato preocupa, pois para uma adesão efetiva ao tratamento e o seguimento das medidas de controle da PA, faz-se necessário um mínimo de conhecimento por parte do paciente.

Dantas (2013) em estudo com enfoque qualitativo observou que parte dos hipertensos demonstrou desconhecimento sobre o conceito da doença e aqueles que emitiram algum saber, o fizeram do ponto de vista do saber popular, pois apenas relacionaram alguns sintomas

e algumas complicações que a HA pode acarretar. O mesmo ocorreu no estudo de Nôleto, Silva e Barbosa (2011) em que chamou atenção o fato de que os pacientes entrevistados demonstraram desconhecimento sobre o que significa “ter hipertensão”. Muitos não sabiam tratar-se de uma doença.

Um das grandes dificuldades referentes a adesão dos pacientes aos tratamentos reside na dúvida em relação ao seguimento das recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema. Para que estas recomendações sejam seguidas o paciente deve ser bem esclarecido sobre sua doença, e para tanto faz-se necessário boa relação com a equipe de saúde. Dessa forma, as responsabilidades sobre o tratamento tendem a se dividir, facilitando o seguimento das ações e o controle da doença (MANFROI, OLIVEIRA, 2006).

Ideia central 2a: “Doença relacionada a uma alimentação inadequada, de consumo excessivo de sal e gordura” foi referida pela maioria dos sujeitos.

Discurso 2a: *“Essa doença é provocada devido o sal, comida gordurosa, tudo isso. Devemos ter um pouco de disciplina, principalmente na alimentação, muito cuidado com o sal. O sal é o inimigo número um de quem tem pressão alta. Quem come muita comida salgada no começo da vida, sempre exagerar no sal, futuramente vai adquirir é uma pressão alta. Mas, ela vem mais também da comida. A pessoa tem que se cuidar, fazer os regimes direitinho”.*

Neste discurso (2a) o conhecimento dos hipertensos remete a um dos cuidados primordiais ao controle da PA, que é a mudança dos hábitos alimentares, em especial a dieta hipossódica. Para estes hipertensos o consumo de sal foi o fator desencadeador do surgimento da doença, como também relacionam o seu cuidado a necessidade de mudança do hábito alimentar. No estudo de Nôleto, Silva e Barbosa (2011), os hipertensos também evidenciaram a dieta com muito sal entre os fatores responsáveis pela alteração nos níveis pressóricos.

Esta narrativa corresponde a uma das principais orientações fornecidas pelo profissional de saúde para o cuidado com a hipertensão, já que está provada que a ingestão excessiva de sódio está correlacionada com elevação da PA (SBC, 2010). Esta ideia central (2a) pode ser remetida facilmente a uma ancoragem dada a representação social que o consumo de sal tem para os hipertensos. De seguimento aparentemente fácil esta recomendação é muito complexa de ser seguida, pois confronta-se com os hábitos e costumes alimentares do povo brasileiro. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras.

Além disso, o consumo de sal não se restringe apenas a adição do mesmo na alimentação, mas da redução do consumo do sódio cada vez mais mascarado e presente em altas concentrações nos produtos industrializados e que a cada dia fazem parte com maior frequência da alimentação da população. A expressão desse conhecimento por parte dos hipertensos é peça fundamental no programa de controle da PA, mas também mostra conhecimento limitado por parte destes, já que a HAS remete a inúmeros outros fatores.

Ainda foi observada a **Ideia central 3a**: “Estresse psicossocial como fator predisponente a HAS”.

Discurso 3a: *“Pressão alta é quando a pessoa está nervosa, ou tem susto né? Tem que ter bastante sossego. Bem difícil porque qualquer coisa fica com a pressão alta, se emocionar ela sobe se ficar sem emoção, sem alegria ela fica quieta, mas é ter qualquer coisa ela sobe. Se tiver um susto ou tiver raiva ela aumenta, mesmo tomando três captopril por dia, ela se altera por ela mesmo. A pessoa não tem um pouco de sossego mesmo tomando o comprimido às vezes tem alguém em casa que irrita a gente um pouco, trabalhar muito, serviço para fazer”.*

Os fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos (SBC, 2010; FONSECA et al 2009). Da mesma forma que o consumo de sal, a ideia central acima também pode ser remetida a uma ancoragem, dado a semelhança dos discursos individuais e da sua repetição, o que poderá ser evidenciado com o seguimento dos demais itens do questionário.

Verificou-se a **Ideia central 4a**: “Hipertensão do ponto de vista fisiopatológico e **Ideia central 5a**: “Associação da hipertensão a fatores de risco e complicações”. Destas foram gerados dois discursos.

Discurso 4a: *“A doença é uma coisa que ataca nossas veias, quando as veias estão muito oprimidas, é o caso da pressão. O sangue passa forçado e isso praticamente acarreta o infarto e tantas outras coisas.”*

Discurso 5a: *“Sou de uma família que tem problema de coração aí também fumei muito, bebi muito também, aí acho que antes que eu não bebia e fumava não tinha nada de pressão alta, e depois disso veio essa consequência de pressão alta. Sei também que tem que tomar o remédio, se não tomar ela aumenta. Tem que tomar todo dia todo dia, porque dá infarto, são vários setores que é prejudicial. Pode causar até a morte.”*

O discurso 4a reflete a concepção de um único entrevistado. Observa-se uma aproximação da fisiopatologia da hipertensão, apesar da expressão errônea de associar a hipertensão como uma doença das “veias”. No estudo de Dantas (2013) quando os hipertensos foram questionados sobre o conhecimento da doença, surgiram expressões que se aproximaram em parte do conceito da literatura. Faz-se necessário um melhor esclarecimento aos hipertensos sobre a doença, suas consequências e seu tratamento, sendo os profissionais de saúde os responsáveis, principalmente, os integrantes das USFs. Muitos usuários dos serviços de Atenção Primária possuem baixo nível de instrução o que dificulta o entendimento sobre a doença, cabendo ao profissional transmitir a informação de uma forma acessível, mas que contemple as informações imprescindíveis ao cuidado da doença. O melhor conhecimento sobre a doença pode contribuir para a adoção de medidas de controle.

No discurso 5a, os entrevistados remeteram a hipertensão aos seus fatores de risco (hereditariedade, tabagismo e etilismo), ao cuidado em relação ao uso da medicação e também da gravidade da doença. Este discurso evidenciou um conhecimento mais amplo sobre a doença, pois estes pontos mencionados estão de acordo com o que a literatura preconiza. No entanto, a doença não se limita apenas aos fatores de risco, visto que o entendimento da fisiopatologia por mais superficial que ocorra é importante para a condução do tratamento.

5.2.2.2 Conhecimento dos hipertensos sobre os fatores predisponentes à hipertensão

Deste item foram observadas ideias centrais e ancoragens que coincidiram com as do item anterior, as quais são numeradas de 1b, 2b e 3b.

De três entrevistados foi gerada a **Ideia central 1b**: “O sal como fator predisponente a hipertensão” e o discurso:

Discurso 1b: *“Quando era jovem gostava muito de comida salgada. Acho que contribuiu muito para isso hoje. Comi muito sal, comia muito mesmo, de pedrinha assim. Achava que insosso era comida de doente, a ignorância. Depois que a gente cai na realidade aí é que vai saber o que é errado, até tal ponto de cair nessa parte de pressão alta, depressão, essas coisas toda”.*

A ingestão de sal em excesso encontra-se como um dos principais fatores de risco para ocorrência da HAS, assim, estes entrevistados se referiram de maneira correta a um dos fatores predisponente para a alteração de suas PAs. Segundo a SBC (2010) a necessidade nutricional de sódio para os seres humanos é de 500 mg, tendo sido definido recentemente,

pela Organização Mundial de Saúde, em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha (que corresponde a 2 g de sódio) a quantidade considerada máxima saudável para ingestão alimentar diária. No Brasil o consumo médio do sal corresponde ao dobro do recomendado.

Estudo de revisão de Heimann (2004) evidencia que há uma correlação linear e direta entre a PA e o consumo de sal, sendo que o efeito do sal sobre a PA aumenta com a idade.

A **Ideia central 2b** foi: “Estresse psicossocial como causa da hipertensão”.

Discurso 2b: *“Acho que foram muitos aperreios de cuidar de filho e família dentro de casa. Vem de problema com o marido, de filho que trás essas coisas. Ele era o motivo da minha doença. O médico disse que a minha pressão ficou assim por causa do emocional, inclusive me tratei até com psicólogo. Eu me irritei muito, vivia num clima de desentendimento, aquela incompatibilidade de ‘gênio’. Se você é assim como diz a história “de engolir sapo”. Porque o médico falou pra mim, ‘tudo que você sentir tem que colocar pra fora’. Eu costumava guardar. Então eu vivia num clima muito tenso, vivi muito tempo nesse clima tenso”.*

O discurso 2b evidencia o estresse vivido dentro do lar, ou seja, problemas de relação entre casais e filhos. Dada a intensidade dos relatos nos discursos individuais, esta ideia central também foi remetida à ancoragem, ou seja, os usuários relacionam o estresse emocional às alterações na PA.

Entre os fatores risco para HAS estão: hereditariedade, obesidade, consumo elevado de sódio, álcool, fumo e estresse. Este último, o estresse, tem passado a ser cada vez mais estudado e correlacionado a ocorrência da HAS. Seu estudo é difícil, porque a definição é vaga e tem uma apresentação polimórfica. Sabe-se que toda vez que um processo estressor ultrapassa os limites do indivíduo, seja em intensidade e/ou duração, isso é considerado uma agressão ao organismo e pode ter consequências afetando os sistemas endócrino, metabólico, cardiovascular, imunológico e o aparelho digestivo, entre outros sítios orgânicos (LIMA JÚNIOR, LIMA NETO, 2010).

Entre os principais sintomas do estresse estão o esgotamento emocional, ansiedade, problemas osteomioarticulares, gastrite, aumento da PA, tonturas, dores no peito e falta de ar. Quando o estresse se encontra em nível elevado pode causar infarto, HAS, depressão, entre outros (NUNOMURA, TEIXEIRA, CARUSO, 2004). Alguns destes sintomas, como, tontura, dor no peito e falta de ar também estão relacionados a elevação dos níveis pressóricos. Estudo de Saraiva et al (2007) evidenciou que para 84,7% dos pesquisados os fatores de risco para HAS incluíam ingestão inadequada de sal, uso de gordura animal, estresse, álcool, obesidade,

tabagismo e sedentarismo. Em outro estudo, Silva, Keller e Coelho (2013) observaram relação entre o não controle da PA e o estresse no trabalho. Lipp (2001), em estudo sobre estresse e reatividade cardiovascular de hipertensos, evidenciou que o estresse emocional pode ocasionar uma reatividade cardiovascular excessiva que culmina em alteração dos níveis pressóricos.

Em virtude da multicausalidade deste fator de risco e do seu envolvimento geralmente (como visto no discurso) com relações interpessoais, familiares e de trabalho, a abordagem e orientação por parte do profissional de saúde torna-se mais complexa. Sabe-se que situações estressantes devem ser evitadas, mas muitas vezes fogem do controle, pois fazem parte do dia a dia daquele indivíduo, como por exemplo, o trabalho.

Ainda do Item II foi extraída a **Ideia central 3b**: “Doença como consequência da idade” e o discurso a ela relacionado:

Discurso 3b: *“É coisa do tempo mesmo e da idade. Você se gasta muito durante o tempo, durante toda a sua vida e quando vai chegando à idade e aparece isso aí. Acho que foi de cansaço, de trabalhar muito. Eu trabalhava muito e dormia pouco. Hoje eu tomo o remédio, mas deve ser já em consequência da idade, já tenho 78 anos. Quando eu era mais nova minha pressão era baixa demais e depois que eu passei dos 60 e com este corticoide que eu tomo a pressão subiu mais”.*

No discurso 3b observa-se certa aceitação da doença como consequência da idade, ou seja, que esta doença é comum aos idosos. Como mencionado no início deste capítulo a HAS tem ligação direta com a idade, sendo mais prevalente na população idosa. Estudo de Cipullo et al (2009) evidenciou aumento progressivo e significativo da prevalência de HAS em indivíduos acima de 60 anos.

Segundo Cesarino et al (2008), a PA aumenta com a idade, alcançando mais de 60% na faixa etária acima de 65 anos. O próprio envelhecimento favorece a ocorrência destes agravos, já que com o passar dos anos o corpo sofre mudanças e que associado a outros fatores de risco predispõe este tipo de agravo.

Observa-se com a transição demográfica que cada vez mais a população atinge idades elevadas, ou seja, se vive mais, mas não necessariamente com boa qualidade. As mudanças nos hábitos de vida, o consumo de alimentos industrializados, a correria do trabalho, o consumo de álcool, cigarro e o estresse do dia a dia, entre outros, favorecem cada vez mais a ocorrência de doenças cardiovasculares, que já há algum tempo são as que mais causam

óbitos na população mundial. Entre estas doenças cardiovasculares se encontra a HAS com prevalências alarmantes (SBC, 2010).

5.2.2.3 Conhecimento dos hipertensos sobre a gravidade da doença e suas complicações

Neste questionamento observou-se que todos os entrevistados remeteram suas respostas às complicações cardiovasculares. A **Ideia Central 1c** extraída foi “Hipertensão como doença grave que pode causar sequelas e até a morte”. O discurso construído segue abaixo:

Discurso 1c: *“Os riscos são muitos, se não cuidar ela se torna uma grande doença. Pode dar infarto, as “veias” entupirem tudo. Para a pessoa ter um infarto é de repente, um AVC, pode ficar aí com qualquer coisa perigosa, pode morrer de repente. Isso aí eu sei que pode acontecer. Eu mesmo tenho ela e tenho a certeza que pode acontecer isso. Se eu não me cuidar, vou morrendo devagarzinho, ou de uma vez mesmo. Se ela subir muito pode atacar a pessoa e a pessoa dismantelar, morrer, ir para o médico “nas carreira” e dar um problema maior. É como a diabetes, saí afetando, maltratando o corpo todo”.*

Para estes hipertensos, ter HAS representa ser portador de uma doença grave e que consequentemente traz riscos à saúde, na medida em que pode ocasionar complicações graves, em especial, o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, além de levar à morte. De fato, a morbimortalidade associada a complicações cardiovasculares demonstra números alarmantes em todo o mundo. Estas são as principais causas de morbimortalidade no mundo (SBC, 2010). Entre os anos de 2000 e 2009 no Brasil, 65% dos óbitos na população adulta e 40% das aposentadorias precoces foram decorrentes destas complicações (NOGUEIRA, et al 2010).

O discurso também enfatiza o reconhecimento do hipertenso em relação à gravidade da doença, a necessidade de cuidados e o prognóstico sombrio. No estudo de Almeida, Paz e Silva (2013) sobre as representações da HAS para os hipertensos, estes relataram que convivem com um grande problema, um incômodo e uma preocupação com a possibilidade de sequelas irreversíveis que, a todo o momento, lhes ameaçam a vida. Na pesquisa destes autores, do total de entrevistados 72% remeteram suas respostas à ideia central “A hipertensão arterial como doença do medo, do risco de vida, que traz sequelas e limitação a vida”. Portanto, as representações destes hipertensos foram bem semelhantes as do estudo atual, ou

seja, os hipertensos sentem-se ameaçados pela possibilidade de um infarto ou AVC, ou mesmo a morte, caso não consigam controlar os níveis pressóricos.

Em estudo de Saraiva et al (2007), de 343 entrevistados 85,7% associaram a HAS a complicações como AVC, infarto agudo do miocárdio e miocardiopatia dilatada. No estudo de Manfroi e Oliveira (2006) os pacientes demonstraram ter uma boa noção das complicações cardiovasculares e cerebrovasculares relacionadas à HAS e este fato corresponde a uma das motivações para o seguimento do tratamento.

Observa-se que os hipertensos têm bom conhecimento sobre as complicações decorrentes do não controle dos níveis pressóricos. Apesar disso os níveis de controle não são satisfatórios e as estatísticas de complicações e mortes por doenças cardiovasculares aumentam. As medidas de controle da HAS estão centradas principalmente na mudança de estilo de vida dos hipertensos, o que depende principalmente do indivíduo. Essa mudança de estilo é item fundamental para a adesão ao tratamento. No caso da HAS aderir ao tratamento é um processo complexo na medida em que muitos fatores interligados ou não, interferem no controle da PA.

Entre os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento destacam-se: os relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (acesso ao serviço de saúde) e, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006).

No entanto, é preciso destacar que as mudanças de estilo de vida exigem suporte financeiro que a grande maioria dos sujeitos usuários da AP não dispõem, além do que, o contexto de vida dessas pessoas também não contribui para que sejam colocadas em práticas algumas dessas medidas, mesmo as aparentemente mais simples, como a prática regular de atividade física, que exigem tempo e condição de espaço adequado. Portanto, a mudança no estilo de vida e o controle da HAS não são responsabilidades apenas do indivíduo.

Como mencionado pelos próprios hipertensos nos estudo de Manfroi e Oliveira (2006) e Almeida, Paz e Silva (2013), o medo de sofrer uma complicação associada a HAS motiva a adesão ao tratamento, logo, um maior esclarecimento dos riscos da doença e das suas complicações por parte dos profissionais de saúde, em especial das ESFs, pode influenciar positivamente a condução do tratamento.

5.2.2.4 Conhecimento dos hipertensos sobre as medidas de controle da pressão arterial

Deste item foram identificadas duas ideias centrais. A **Ideia central 1d**: “Mudança de hábitos de vida” gerou dois discursos:

Discurso 1d-a: *“Exercício físico, tomar o remédio e alimentação balanceada para manter mais ou menos. Fazer atividade física também é bom, serve. Quando a pessoa está boa pode fazer muitas atividades físicas que é muito bom pra pressão, como no meu caso que sou doente, aposentada por invalidez, só tem que apelar pra o remédio.”*

Discurso 1d-b: *“A alimentação cuida muito da pressão. É só a pessoa não comer o que não deve, nada salgado, nada gorduroso. Não comer nada exagerado, só bastante fruta e verdura. A única coisa que controlo mesmo, que todo mundo aqui em casa tem que colocar sal é a comida.”*

O Discurso 1d-a remete à tríade: exercício físico, alimentação balanceada e seguimento da medicação. Estas podem ser vistas como as recomendações mais rotineiras em consultórios médicos e em espaços onde são desenvolvidas atividades educativas, como também nas campanhas de controle da PA. Do total de entrevistados, nove remeteram suas respostas a essa ideia central. A massificação dessas informações faz com que o hipertenso fixe esse conhecimento, no entanto, esse conhecimento não garante que os hipertensos as sigam de fato e que mesmo seguindo mantenham a pressão controlada.

O Discurso 1d-b refere-se diretamente a questão alimentar, em especial do consumo de sal. Nos itens anteriores, o consumo de sal foi considerado uma ancoragem, haja vista a carga de representação social que tem para o hipertenso. Portanto, a discussão deste item segue como mencionado anteriormente.

No estudo de Dantas (2013) quando os hipertensos foram questionados sobre quais as recomendações seguiam, os principais pontos levantados foram, a alimentação adequada, prática de atividade física (caminhada) e a tomada de remédios. Alguns hipertensos referiram não seguir nenhuma recomendação. No estudo de Almeida, Paz e Silva (2013), quando os hipertensos foram indagados sobre o auto cuidado, 44% referiram mudanças no estilo de vida. Observa-se, nestes discursos e nos estudos acima referidos, que, os hipertensos ao incorporarem a importância do controle da PA através do uso correto dos medicamentos e da mudança no estilo de vida, estão tentando produzir um modo de viver com qualidade.

A manutenção da transmissão destas informações para os hipertensos é de fundamental importância para o controle da PA, mas este conhecimento não pode ficar restrito ao simples saber, deve ser colocado em prática pelo hipertenso. Cabe ao profissional de saúde ligado diretamente a esta atenção, acompanhar o hipertenso sobre o seguimento de tais recomendações, já que a HAS é uma doença crônica e o controle da PA não depende apenas da tomada da medicação ou da prática de atividade física, por exemplo. O controle se faz a partir de uma série de fatores, de uma mudança real no estilo de vida, tarefa que requer a superação de muitos obstáculos. Só um usuário realmente esclarecido sobre sua doença e que tenha condições objetivas de seguir as orientações tem condições de realizar uma mudança integral. Portanto, a educação em saúde realizada pelas ESFs deve ser vista como prioridade no cuidado a este agravo.

A **Ideia central 2d** extraída deste item foi “O controle da PA e o gerenciamento do estresse”. Esta correspondeu ao discurso de sete entrevistados. O discurso síntese segue abaixo:

Discurso 2d: *“Você tem que evitar o máximo de problemas na vida. Na idade que eu estou, qualquer outro problema que eu tenha, coisa que desagrada, isso não é bom pra saúde, a pressão é o primeiro que vai na frente. É não se aperrear muito, que já está cansada da vida, nem trabalhar demais, nem ninguém está zoando no ouvido da pessoa. É ter tranquilidade, porque essa pressão é emocional, nem posso ter alegria nem tristeza também. É não ter aborrecimento, contrariedade, somente”.*

O controle emocional novamente foi mencionado de forma representativa para os hipertensos, agora, como uma recomendação que deve ser seguida e que garantirá o controle da PA. Da mesma forma que nos itens anteriores, o fator emocional, pode ser aqui considerado como uma ancoragem. Para estes hipertensos a importância do controle emocional é superior à mudança de estilo de vida. Em alguns discursos nem mesmo foi mencionada a prática de atividade física, alimentação hipossódica ou tomada de medicamentos.

No estudo de Saraiva et al (2007) sobre o conhecimento de familiares a respeito da adesão ao tratamento do hipertenso, 56% citaram o gerenciamento do estresse como uma conduta indispensável ao tratamento.

Estudos brasileiros sobre reatividade cardiovascular mostram que o hipertenso exhibe aumentos de PA significativos quando submetido a sessões experimentais de estresse emocional (QUINTANA, 2011). A importância dos estudos sobre a influência do estresse

emocional na reatividade cardiovascular deve ser enfatizada, pois pode permitir a conhecimento de novas terapias para o cuidado do estresse emocional, o que poderá contribuir com a redução das crises hipertensivas e suas complicações, geralmente ligados a fatores estressantes da vida diária (relação familiar e trabalho), e favorecer o controle dos níveis pressóricos (LIPP, 2007).

Observa-se que a temática é muito relevante e que as situações de estresse emocional fazem parte do dia a dia do hipertenso, como de toda população. Fala-se muito na importância do profissional de saúde na orientação dos hipertensos sobre o controle da PA, no entanto, existem situações que ultrapassam os limites de atuação do profissional, como por exemplo, estresse no lar, ou no trabalho do hipertenso. Apesar disto, este tema não pode deixar de ser trabalhado dentro das USFs, mas para tanto se faz necessário capacitar os profissionais ligados diretamente a esta atenção, como também a disponibilização de terapias para o controle do estresse emocional, e um maior número de profissionais com formação nesta área.

5.2.2.5 Dificuldades enfrentadas pelos hipertensos para manter a pressão arterial controlada

Neste item foi enfatizado o questionamento sobre as dificuldades que os hipertensos têm em manter os níveis pressóricos controlados. Foram extraídas quatro ideias centrais e discursos. A Ideia central 1e: “Controle do estresse”, que teve como discurso:

Discurso 1e: *“Se tivesse mais repouso dentro de casa, se não fizesse nada. Eu não posso mais ter aborrecimento. Faço de tudo pra não ter, pra manter a minha pressão controlada, não ter raiva. Sou muito ansiosa, sou muito medrosa, um susto ou algum medo que eu tiver ela altera, os aborrecimentos do dia a dia”.*

Como mencionado no item anterior, o fator emocional foi qualificado como ancoragem dentro dos discursos devido sua repetição, semelhança e da representação social que apresentaram. Faz-se necessário um cuidado especial com estes hipertensos, pois mesmo seguindo as recomendações de mudança de estilo de vida suas PAs podem ficar descontroladas em situações estressantes, já que segundo eles essa é a causa aparente.

No estudo de Manfroi e Oliveira (2006) alguns hipertensos utilizaram o termo “problema nos nervos” se referindo às dificuldades de controle da PA. Cabe aos profissionais envolvidos no acompanhamento destes hipertensos identificarem durante as consultas ou

grupos de atividades, os hipertensos elegíveis a este tipo de discurso e desenvolverem atividades voltadas diretamente a este tipo de problema.

Estudos têm relacionado a redução dos níveis pressóricos com a realização de atividades, como yoga, musicoterapia, meditação, mas que ainda precisam ser melhor abordadas (SBC, 2010). Além disso, esses tipos de terapias ainda não estão acessíveis de maneira ampla para a população.

Neste sentido, enquadra-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS do ano de 2006. Esta política foi elaborada no intuito de aprofundar o conhecimento, incorporar e implementar em municípios e estados abordagens terapêuticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia. Estas terapêuticas já eram aplicadas em determinados centros espalhados no país, mas careciam de diretrizes para regulamentação e que permitissem sua expansão e acesso à maioria da população.

As terapêuticas realizadas dentro da PNPIC envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A criação de centros voltados a esta prática e que possam ser direcionados para as pessoas com HAS pode funcionar como uma alternativa. Outra possibilidade seria a criação de grupos de apoio dentro das USFs, onde o tema pudesse ser trabalhado e desenvolvido com atividades de controle do estresse psicossocial. Para tanto, faz-se necessária a capacitação de profissionais das equipes para a realização destas práticas, ou a incorporação de profissionais habilitados nas equipes.

Lipp (2007), em estudo sobre controle do estresse e hipertensão observou que a técnica de Treino de Controle do Estresse (TCS) é eficaz na redução e controle dos níveis pressóricos. O TCS é eficaz no controle da reatividade cardiovascular em momentos de estresse emocional e auxilia tanto na adesão ao tratamento, quanto na mudança do estilo de vida de usuários portadores de doenças crônicas. Essa técnica envolve um trabalho multiprofissional, que inclui psicoterapia, aquisição de estratégias de enfrentamento do estresse e orientações sobre nutrição, exercício físico, relaxamento e respiração profunda.

A **Ideia central 2e** foi “Dificuldade em seguir o tratamento medicamentoso”, com o seguinte discurso:

Discurso 2e: *“É estar sempre controlado no medicamento, tomar o remédio, tomar na hora certa. Me dificulta porque as vezes eu sinto que estou com ela alta, vou tomar o remédio e não resolve nada, aí eu fico revoltada vou e tomo outro. Tem dia que eu fico irritada, eu não vou tomar hoje para ver o que é que acontece aí irrita nesse caso mesmo. Tomando o remédio ou não tomando uma hora ela vem estar alta, outra hora não está. De uns tempos pra cá a pressão foi lá em cima. Eu fico tomando o medicamento todo dia na hora certa para poder ficar com a pressão não desorganizada, subir demais”.*

No discurso 2e é marcante a dificuldade dos hipertensos em utilizar a medicação no horário estipulado, a preocupação e irritação em fazer o uso da medicação e a PA ainda manter-se elevada. Em relação ao seguimento da recomendação médica de posologia da medicação, observa-se que muitos hipertensos possuem baixos níveis de instrução, o que dificulta o entendimento e até mesmo a leitura da prescrição, o que consequentemente prejudica a tomada do medicamento. Um dos entrevistados referiu não ser alfabetizado, o que dificulta o seu entendimento das recomendações. Abaixo destaca-se um fragmento de seu discurso:

“[...] Eu não sei, porque eu não sei ler, quem não sabe ler é cego. Quando a gente sabe ler é uma coisa, a gente entende. Como eu gosto de assistir o programa que fala tudo isso. Mas não sei ler. Quando a gente sabe ler a gente “nota” e depois ler aquilo “tudinho” e da pra entender bem, mas pra que não sabe é difícil”.

Usuários não alfabetizados necessitam de uma abordagem diferenciada e de orientações mais detalhadas. O profissional de saúde deve ter a sensibilidade no acompanhamento deste sujeito e a troca de informações profissional-paciente deve utilizar uma linguagem bastante acessível. Uma possível alternativa seria um atendimento compartilhado junto à família, onde além do paciente outros indivíduos seriam instruídos sobre as recomendações o que facilitaria o entendimento e o seguimento do tratamento.

Retornando ao discurso 2e, observa-se o descontentamento do hipertenso que faz o uso correto da medicação, mas que não mantém os níveis pressóricos controlados. Possivelmente estes hipertensos associam o controle da PA apenas ao tratamento medicamentoso, mas como mencionado em outros momentos da discussão, o controle da PA exige além da medicação, a mudança no estilo de vida.

No estudo de Almeida, Paz e Silva (2013) 40% dos hipertensos remeteram o cuidado da PA apenas ao uso da medicação. Para estes indivíduos, ser portador de uma da HAS parece estar associado simplesmente ao fato de tomar o remédio, o que faz com que se tenha a valorização do medicamento quando a PA é controlada. Para os hipertensos o medicamento é, ainda o tratamento mais eficaz para o controle da HAS, o que pode fazer com que as outras ações de cuidado que complementam o tratamento fiquem em segundo plano (ALMEIDA, PAZ, SILVA, 2013).

No estudo de Manfroi e Oliveira (2006) alguns hipertensos mesmo tendo a consciência da importância do uso do medicamento demonstraram inconformidade em ter de “depender do remédio”. Ainda segundo os autores acima, o fato dos hipertensos terem de tomar um remédio continuamente, como em qualquer tratamento de longo prazo, visando à manutenção da saúde, gera insatisfação.

A **Ideia central 3e**, observada em vários discursos individuais foi “Dificuldade de mudança no estilo de vida”. O discurso segue abaixo:

Discurso 3e: *“É às vezes é a teimosia, não quero levar às vezes em conta as coisas que não devo fazer e faço. Ultimamente estava controlada, mas, o cigarro, a cervejinha o tira gosto. A dificuldade que eu acho que eu enfrento é que eu gosto muito de comer. Eu sou diabética e não posso comer certas coisas. Mas, isso eu estou controlando já, através do medicamento e comendo comida insosso, sem sal, verdura, essas coisas. A atividade física tento às vezes, eu dou umas “caminhadinhas”, melhora bastante, é tanto que eu tenho um verificador de pressão e estou sempre verificando e ela está ok, então eu digo hoje eu não vou caminhar não”.*

Este discurso (3e) remete à não conscientização do hipertenso sobre a necessidade de conduzir o tratamento de forma adequada. Em situações como esta, por mais que o indivíduo faça o uso correto da medicação, dificilmente manterá os níveis pressóricos controlados. É importante destacar que estes hipertensos estão cientes dos riscos que correm ao não seguir as recomendações.

A equipe de saúde deve de forma continuada, sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações. Como possíveis estratégias para conscientização dos hipertensos destacam-se as atividades em grupo, abordagem multidisciplinar e ações educativas (FAJARDO, 2006).

A **Ideia central 4e** correspondeu a “Não tenho dificuldades em controlar a pressão”. O discurso foi elaborado a partir de dois entrevistados, mas merece destaque pela importância.

Discurso 4e: *“Eu não tenho nenhuma dificuldade. É só tomar o remédio. Se eu disser que tenho dificuldade nisso eu estou exagerando. Pelo tempo já me acostumei com comida fria de sal. Hoje eu tenho cuidado com a minha medicação. Tenho uma caixinha que tem os sete dias da semana, de manhã bem cedo verifico a pressão, a glicose”.*

Nos achados de Almeida, Paz e Silva (2013) alguns dos hipertensos entrevistados relataram que a hipertensão não traz dificuldades em seu dia a dia, portanto, não possuem dificuldades em seguir as recomendações. Observa-se no discurso que para estes hipertensos o controle da PA está associado a ingestão da medicação e o seguimento de uma dieta balanceada, sendo estas orientações enquadradas dentro das suas rotinas.

O tratamento da HAS exige mudanças no modo de viver, mas que não devem interferir de forma negativa na qualidade de vida do hipertenso. Este tem de estar consciente sobre a sua condição para que possa incorporar novos hábitos à sua rotina.

Ainda dentro da discussão sobre as dificuldades de controle da PA, destacou-se o discurso de um hipertenso que diz seguir as recomendações, mas que não consegue manter os níveis pressóricos adequados.

“[...] a dificuldade é grande, porque sobre o controle de comida eu não como nada salgado, nada temperado, a comida é maneira no sal e aí o que me dói na cabeça é isso, porque eu não sei como eu vou controlar. Tomando o remédio ou não tomando uma hora ela vem. Esta alta, outra hora não está. De uns tempos pra cá a pressão foi lá em cima”.

O discurso desse sujeito revela uma grande angústia pela dificuldade de controlar sua hipertensão, mesmo seguindo todas as orientações e recomendações. Em situações como esta cabe a equipe de saúde realizar uma abordagem qualificada sobre o tratamento deste indivíduo, pois pela dificuldade de controle ele é passível de descontinuar o tratamento, o que o torna predisponente com maior frequência a complicações cardiovasculares. A equipe de saúde deve estar atenta a este tipo de situação, observando de forma continuada o uso da medicação prescrita, como por exemplo, a dosagem, a substituição do medicamento, entre outros.

Observa-se com frequência nas USFs que os hipertensos fazem uma busca automática da medicação, ou seja, o hipertenso tem a responsabilidade de mensalmente comparecer a unidade para captar seu medicamento, mas muitas vezes não ocorre uma escuta qualificada sobre a condução do tratamento, geralmente, apenas uma aferição na PA. Além disso, muitos hipertensos nem mais procuram as unidades, já que a disponibilização da medicação também se faz nas farmácias populares e a prescrição tem validade superior a um mês. Tais situações remetem a falhas no acompanhamento dos usuários pelas ESFs.

O Programa do MS “Saúde não tem preço” implementado no ano de 2011 garantiu a distribuição gratuita de medicações para hipertensão e diabetes pelas farmácias populares. O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais.

Dessa forma, ampliou-se o acesso a medicações, que em muitos casos não são disponibilizadas nas USFs ou são distribuídas de forma deficiente. O acesso ampliado facilita a utilização da medicação por parte do usuário, favorece o tratamento e possivelmente reduz o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações.

Portanto, a distribuição de medicamentos é um avanço no cuidado a saúde do hipertenso, mas é importante que a política de distribuição seja repensada, pois apesar da facilitação do acesso a medicação pode distanciar o usuário das demais medidas de cuidado necessárias. Além da medicação faz-se necessário um acompanhamento rigoroso com o médico da família, o cardiologista, como também da realização de ações educativas nas ESFs para esclarecimento destes usuários.

5.2.2.6 Percepção e participação dos hipertensos em atividades educativas realizadas nas Unidades de Saúde da Família

Neste item os hipertensos foram indagados sobre o conhecimento e participação em atividades realizada pelas ESFs, no que diz respeito a grupos de hipertensos e atividades educativas em geral. Os discursos gerados foram preocupantes, pois demonstraram o déficit no acompanhamento destes hipertensos pelas ESFs.

Foram extraídas duas ideias centrais e discursos. A **Ideia central 1f** remete aos hipertensos que “Conhecem a existência dessas atividades na unidade, mas optam por não participar”. Foram elaborados dois discursos:

Discurso 1f-a: *“Não. Eu já fui convidado pra ir, mas às vezes é até um relaxamento ir, mas eu pretendo ir um dia. Sou descuidada, logo, eu sou uma dona de casa muito ocupada aí eu não participo disso não. Tem palestra aí que as meninas sempre me chamam, mas eu não vou porque já vou caminhar, tem dois cachorro pra tomar conta, tenho que fazer almoço, meu neto que está estudando.*

Discurso 1f-b: *“Eu faço lá só verificar a pressão e pronto, não faço nenhuma atividade não, não vou não, porque eu já sou consciente das coisas, do problema e que causa esse problema. Porque você ficar ouvindo palestra de uma coisa que você já sabe o que é prejudicial, aquela coisa “você não pode comer gordura, não pode comer sal...” isso tudo eu já sei”.*

No primeiro discurso (1f-a) observa-se que os hipertensos justificaram o não comparecimento às reuniões na unidade devido a indisponibilidade de tempo, em especial das mulheres, que têm os afazeres do lar para cumprir. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Duarte et al (2010). Alguns disseram ser conscientes da existência dessas atividades, mas optam não ir por descuido. No segundo discurso (2f-b) a justificativa refere-se a uma reclamação do hipertenso sobre as atividades realizadas na USF, com relação a dinâmica utilizada pelos profissionais e a maneira como os temas são discutidos.

Os grupos de hipertensos, palestras realizadas, entre outros, qualificam-se como atividades de Educação em Saúde. Esta pode ser entendida como uma ferramenta de capacitação de pessoas e grupos sociais para uma ação consciente em prol da saúde (REZENDE, 2011). Indivíduos conscientes sobre uma doença terão mais facilidade para prevenir ou tratá-la, ou seja, o indivíduo passa a ser o protagonista no processo. No caso da hipertensão já está claro que a participação do indivíduo é a solução mais eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações.

O processo de conscientização dos hipertensos, família e comunidade (como também dos usuários dos serviços de Atenção Primária) sobre seu papel fundamental na prevenção e tratamento deve ser uma prioridade das ESFs, na medida em que esta é uma das propostas do Programa Saúde da Família.

A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família (ambiente físico e social), permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (GOMES, SILVA, SANTOS, 2010). A abordagem qualificada por uma equipe interdisciplinar oferece ao paciente e à comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de

vida e aderir ao tratamento (SOUSA, SOUZA, SCOCHI, 2006; GOMES, SILVA, SANTOS, 2010).

Como dito anteriormente, a conscientização dos usuários (hipertensos) faz-se geralmente a partir de atividades educativas, no entanto, uma das características da maioria dos processos educativos relacionados à HAS, é que, havendo uma equipe multiprofissional, as abordagens diferem, assim como a linguagem. Ou seja, não existe de fato uma troca de saberes entre os profissionais, e as atividades geralmente são conduzidas de forma individual.

Além disso, nestas atividades observa-se um predomínio de uma visão reducionista do papel do usuário, desconsiderando, muitas vezes, suas opiniões, crenças e dificuldades (CHAVES et al, 2006). Isto ficou claro no segundo discurso. Os profissionais de saúde devem buscar abordar a pessoa doente e não simplesmente a doença, ou seja, buscar uma parceria entre o profissional e o usuário que valorize o seu saber, promovendo sua autonomia (FAJARDO, 2006).

Uma das formas eficientes de desenvolver as atividades no âmbito da Atenção Primária seria a utilização dos preceitos da Educação Popular em Saúde. Esta é uma proposta de transformação das práticas tradicionais de educação em saúde em práticas pedagógicas que mobilizem a participação social e contribuam com a superação de limites que permeiam o cotidiano das pessoas em prol de uma vida digna e saudável (BRASIL, 2007b).

Como prática essencialmente dialógica, propicia ao profissional de saúde o entendimento sobre as dificuldades que as pessoas têm em lidar com seus problemas cotidianos, em especial os problemas de saúde, ou seja, como as pessoas enfrentam as doenças, como por exemplo, o diabetes e a hipertensão, que implicam em modificação, às vezes radical, de seu modo de vida (REZENDE, 2011).

A **Ideia central 2f** correspondeu aos hipertensos que “Não conhecem a existência de atividades na unidade”. O discurso segue:

Discurso 2f: *“Eu não sei dizer não. Não tem reunião não. Ela (médica) não me explicou nada. Eu chego lá pego o remédio, ela passa os remédios pra mim aí eu vou para a moça entregar o remédio, a enfermeira, somente isso”.*

O discurso acima remete a falha do acompanhamento das ESFs em relação aos usuários. Os hipertensos participantes da etapa qualitativa do presente trabalho corresponderam aos classificados como acompanhados pelas ESFs durante os anos de 2009, 2010 e 2011, ou seja, foram registradas em prontuários das unidades, pelo menos três

consultas anuais destes sujeitos. Apesar disto, estes usuários referem não saber da existência de atividades educativas. Pode ser levantado o questionamento sobre uma real ausência destas atividades ou de uma falha na comunicação com os hipertensos. Além disso, pode remeter ao seguimento inadequado dos hipertensos dentro da proposta do HiperDia, ou seja, estes têm suas consultas registradas em prontuário apenas durante o recebimento da medicação nas USFs.

Realizados o diagnóstico e o cadastro dos pacientes no HiperDia, espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários as ESFs para acompanhamento, ou seja, a prestação de um atendimento diferenciado, com ações de uma equipe multiprofissional, prescrição e acompanhamento do uso de medicações, realização de visitas domiciliares de acompanhamento de casos complexos, realização de atividades educativas, responsabilização da equipe e do usuário sobre a condução do tratamento, entre outros. Nesse modelo assistencial, o princípio da integralidade seria posto em prática, mediante o vínculo e o comprometimento do usuário, da família e comunidade, além de um acolhimento adequando e a garantia das referências aos níveis de maior complexidade (MALFATTI, ASSUNÇÃO, 2011).

No entanto, observa-se que as equipes de saúde encontram-se “esgotadas” em relação a demanda de trabalho e ao cumprimento de metas de indicadores e do número elevado de usuários para atendimento, o que vem influenciar diretamente a qualidade do atendimento prestado. Outro ponto importante, refere-se à necessidade de melhoria no processo de avaliação do sistema HiperDia, não o restringindo apenas ao número de indivíduos cadastrados, acompanhados, medicações disponibilizadas e ao número de complicações associadas, mas sim à busca do cuidado efetivo, a redução de novos casos e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso acompanhado.

Portanto, o critério de acompanhamento dos usuários hipertensos pelas ESFs necessita ser repensado, na medida em que o simples registro de uma consulta em prontuário da família não garante o cuidado efetivo dos níveis pressóricos.

CAPÍTULO 6

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS consiste em um grave problema de saúde pública em virtude da sua alta prevalência e associação com complicações e a mortalidade cardiovascular. O governo a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família e do Plano de Reorganização da atenção a hipertensos e diabéticos assegurou aos usuários o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento no âmbito das USFs.

Apesar do impacto favorável do programa na prevenção, diagnóstico e tratamento, ainda são elevados os fatores de riscos e o descontrole dos níveis pressóricos nos hipertensos, o que favorece a ocorrência de complicações. O manejo da HAS requer a atuação de várias áreas do conhecimento em saúde, com o desafio da integração destas, para a progressão do conhecimento e para a definição das melhores estratégias de abordagem clínica e terapêutica do indivíduo hipertenso.

O acompanhamento do usuário hipertenso é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. Como toda doença crônica, a baixa adesão (não acompanhamento) influencia negativamente o tratamento e predispõe a ocorrência de complicações que culminam no agravamento do caso e que demandam maiores custos para os serviços de saúde que necessitam de intervenções especializadas, o que representa um importante problema de saúde pública.

O estudo permitiu alcançar os objetivos propostos, evidenciando que os hipertensos acompanhados (por tempo em anos) pelas ESFs em João Pessoa e Campina Grande foram compostos principalmente por idosos, do sexo feminino, com baixa escolaridade, aposentados e com níveis pressóricos não controlados. Em relação aos fatores de risco modificáveis, foram encontradas taxas elevadas de sedentarismo e sobrepeso/obesidade e entre os fatores não modificáveis/doenças concomitantes, os mais frequentes foram o diabetes, AVC e o IAM, informações estas que estão de acordo com a literatura especializada.

Evidenciou-se que as taxas de controle da PA são insatisfatórias apesar do acompanhamento dos usuários pelas ESFs. Os hipertensos foram divididos em três grupos de acordo com o tempo de acompanhamento em anos (*1 ano, 2 anos e 3 anos*), mas independente do tempo de acompanhamento os percentuais de não controle foram elevados. O

objetivo do acompanhamento é reduzir a morbimortalidade por meio de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças, visando prevenir complicações agudas e crônicas mediante ações educativas de promoção à saúde (ANDRADE, 2011). O acompanhamento pressupõe o controle dos níveis pressóricos, fato que pode ser exemplificado nos estudos de Gomes et al (2010) e Araújo e Guimarães (2007).

A análise inicial da influência do tempo de acompanhamento em anos evidenciou que não existem diferenças significativas em relação ao controle da PA dos hipertensos para os municípios de João Pessoa e Campina Grande e em relação ao tempo de acompanhamento. Inicialmente supunha-se uma relação direta entre o tempo de acompanhamento e o controle da PA. Estes achados são importantes na medida em que podem ser utilizados pelos profissionais de saúde e gestores na avaliação do serviço prestado e na rotina de acompanhamento dos hipertensos, já que o controle da PA dos hipertensos está entre os objetivos principais do programa HiperDia.

A partir do aprofundamento da investigação sobre o controle da PA e o tempo de acompanhamento, observou-se que o tempo de acompanhamento influencia na redução dos níveis de PA sistólica dos hipertensos com a PA não controlada, ou seja, mesmo com a pressão acima do limite favorável, com o aumento do tempo de acompanhamento, os níveis da PA daqueles *acompanhados por 2 e 3 anos* foram inferiores aos de hipertensos *acompanhados em 1ano*. Apesar deste achado ser uma situação distante do almejado pelos profissionais de saúde e pelo programa HiperDia, se constitui em um resultado positivo.

Especificadamente em relação ao grupo *acompanhado por 3 anos* no município de João Pessoa, ocorreu uma particularidade: dos 17 hipertensos abordados na etapa qualitativa (em 2013), 12 (70,6%) estavam com níveis pressóricos (aferidos durante as entrevistas) dentro da faixa de normalidade. Ao comparar o perfil dos hipertensos participantes com aqueles não participantes da etapa qualitativa verificou-se que foi semelhante: níveis pressóricos não controlados em sua grande maioria e com elevados índices de sobrepeso e sedentarismo.

O aumento das taxas de controle no ano de 2013 no grupo entrevistado pode refletir uma melhora no cuidado destes hipertensos em relação à doença, como também do acompanhamento realizado pelas ESFs. Foi observada uma redução no percentual de hipertensos sedentários, com sobrepeso, além de que não ocorreram complicações associadas à HAS de 2011 para 2013, pois é fato que a mudança no estilo de vida interfere positivamente no controle da PA. Além disso, é importante ressaltar que a maioria destes hipertensos continuou acompanhado pelas ESFs nos anos seguintes (2012 e 2013), o que pode sugerir

ainda que, o acompanhamento prolongado interferiu positivamente no controle da PA destes hipertensos.

O tempo maior de acompanhamento proporciona um maior vínculo com os profissionais das USFs o que favorece o engajamento do hipertenso no seu tratamento. O fato de serem usuários acompanhados significa que seus níveis pressóricos são aferidos e registrados pelo menos três vezes por ano, portanto, qualificando-se como um grupo diferenciado e que mostra a preocupação em manter o acompanhamento. O contato frequente com os profissionais das USFs permite uma abordagem ampliada e o fornecimento de maiores subsídios para a condução do tratamento.

Um paciente esclarecido sobre sua doença, e que mantém boa relação com a equipe de saúde tende a assumir maior responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com a equipe. Esta atitude leva em conta o uso da medicação prescrita, a busca pela mudança no estilo de vida, consultas médicas de rotina, participação de atividades educativas nas USFs, entre outros.

No entanto, para que o vínculo seja alcançado faz-se necessário a adoção de práticas centradas nos usuários, como por exemplo, a prática do acolhimento, que permite aos profissionais de saúde uma maior compreensão das necessidades dos usuários, favorecendo uma atuação direcionada e de maior resolubilidade (SILVA et al, 2013). No entanto, observa-se que esta ferramenta é difícil de ser colocada em prática, pois requer um aprimoramento do profissional que faz a escuta, além da necessidade de tempo, o que não é possível geralmente devido à alta demanda por atendimento nas ESFs.

Ao se analisar o conhecimento dos hipertensos sobre a doença, observou-se que estes apresentaram razoável entendimento sobre a patologia e o tratamento, remetendo seus discursos em sua grande maioria aos fatores de risco modificáveis e complicações. O conhecimento sobre a patologia que os acomete é de fundamental importância para a condução do tratamento e do estímulo ao cuidado próprio. Portanto, evidencia-se a necessidade de esclarecimento dos hipertensos sobre sua patologia, e sendo grande parte deste papel, de responsabilidade dos profissionais de saúde que os assistem, em especial das USFs.

Em relação às principais dificuldades de manutenção dos níveis pressóricos, os hipertensos remeteram os discursos à mudança no estilo de vida, ou seja, alimentação adequada, prática de atividade física e controle de peso. Além das dificuldades em seguir o tratamento medicamentoso. Outra informação de destaque foi à menção frequente do estresse como fator desencadeante do não controle da PA.

A hipertensão, por se tratar de uma doença crônica, requer que o portador reconheça sua condição e o seu papel na condução do tratamento no seu dia a dia. As ESFs têm papel importante neste contexto, pois como responsáveis pelo acompanhamento necessitam trabalhar com usuário e a comunidade (dentro do contexto em que vivem) a importância do seguimento do tratamento. Além dos atendimentos clínicos, é de essencial importância a realização de atividades educativas desenvolvidas em grupo, principalmente, que busquem transmitir conhecimento aos usuários e favorecer o êxito no seu tratamento.

No entanto, foi observado que os hipertensos buscam as USFs no intuito de tratar de complicações relacionadas com a hipertensão ou para outras demandas de atendimento clínico e não para o acompanhamento do tratamento da HAS. Na sua grande maioria os usuários procuraram as unidades apenas para recolhimento das medicações. Os discursos sobre o conhecimento e participação em atividades educativas nas USFs remeteram a estas situações.

Os hipertensos participantes da etapa qualitativa foram acompanhados por pelo menos três anos, mas alguns dos entrevistados relataram não ter conhecimento sobre a realização deste tipo de atividade nas unidades. Este fato permite especulações que vão desde o desinteresse por parte dos hipertensos, a não realização das atividades pelas ESFs e ao acompanhamento inadequado dos hipertensos. É consenso que a realização de atividades educativas auxilia no processo de controle e adesão ao tratamento de doenças crônicas e configura uma atividade valiosa no processo de acompanhamento (CHAVES et al, 2006).

Portanto, faz-se necessário uma melhoria no processo de avaliação do acompanhamento dos hipertensos pelas ESFs, já que o preconizado pelo MS com a implantação do HiperDia está além da facilitação do acesso ao medicamento, ou seja, buscase um acompanhamento efetivo do tratamento e a prevenção e controle de complicações associadas a HAS.

O controle da PA é uma tarefa difícil por envolver fatores de ordem cultural, emocional, medicamentosa, acesso ao tratamento, entre outros. Por este motivo é necessário à interação dos saberes de diversos profissionais, além do auxílio especializado, por exemplo, no controle do estresse. Sugere-se em virtude do elevado índice de hipertensos que mencionaram o estresse como fator desencadeador da elevação da PA, que os profissionais de saúde possam trabalhar esta temática em capacitações (educação permanente) para conduzir de forma adequada o acompanhamento destes hipertensos.

Uma das limitações do estudo foi a amostra reduzida de hipertensos para as análises. Apesar da amostra do projeto Paes (2008; 2009) ser representativa da população de hipertensos para os municípios de João Pessoa e Campina Grande, ao se restringir o estudo

aos indivíduos acompanhados pelas USFs, houve uma redução no número de hipertensos ao distribuí-los por anos de acompanhamento. No entanto, as análises atenderam às exigências dos testes aplicados e os resultados são representativos das populações focadas. Por sua vez, sugere-se que os resultados encontrados na etapa qualitativa para o município de João Pessoa, vigorem para o município de Campina Grande.

O estudo permitiu investigar a problemática do controle da HAS nos dois municípios de maior porte do Estado da Paraíba, cujos resultados poderão subsidiar a tomada de decisões no contexto das USFs e direcionar as ações em saúde para a promoção, prevenção e tratamento dos usuários hipertensos e demais pessoas da comunidade do Estado. É possível que sejam encontrados para outros municípios situações similares aos encontrados aqui. As explorações realizadas não se esgotam aqui, o que levanta possibilidades de outros estudos para outros municípios com maior aprofundamento da problemática e a investigação de outras dimensões da assistência aos pacientes hipertensos, em especial sobre o controle da PA.

REFERÊNCIAS

- AGRANONIK, M.; MACHADO, L. R. Análise de covariância: uma aplicação a dados de função pulmonar, ajustados por idade. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v. 31, n. 2, p. 248-253, 2011.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ALMEIDA, G. B. S.; PAZ, E. P. A.; SILVA, G. A. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.1, p. 46-53, 2013.
- ALVES, F. G.; NAKASHIMA, L. M. A.; KLEIN, G. F. S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em docentes do curso de enfermagem de uma universidade privada da cidade de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 42, p. 179-182, 2010.
- ANDRADE, F. A. **Comparativo dos níveis pressóricos sistêmicos e Associação dos fatores de risco entre hipertensos Segundo os critérios de acompanhamento em unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB**. 2011.131f. Dissertação (Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 368-74, 2007.
- ARAÚJO, J. S. S. **Contribuição da família e da comunidade na assistência à mulher hipertensa na estratégia saúde da família: a perspectiva da usuária**. 2011.97f. Dissertação (Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**, Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**, Brasília, DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Datasus (2007a): informações de saúde . Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def> >. Acesso em: 24 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**, Brasília: 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Datasus (2010): informações de saúde. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def> >. Acesso em: 24 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Datasus (2012): informações de saúde. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def> >. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Datasus (2013): informações de saúde, SISHIPERDIA. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br/> >. Acesso em: 21 nov. 2013.

CENATTI, J. L. et al. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.2, n.1, p.21-31, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension United States, 1999–2002 and 2005–2008. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 4, p. 109-114, 2011.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHAVES, E. S. et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 543-547, 2006.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 4, p. 519-526, 2009.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

DANTAS, R. C. O. **A saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde**. 2013. 118fl. Dissertação (Modelos de Decisão e Saúde), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

DUARTE, M. T. C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

DOĞAN, N.; TOPRAK, D.; DEMIR, S. Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. **Anadolu Kardiyoloji Dergisi**, v. 12, p. 47-52, 2012.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.1, n. 4, p. 107- 118, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONSECA, F. C. A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n.2, p. 128–134, 2009.

FREITAS, L. C. et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 13-9, 2012.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 856-862, 2009.

GUESSOUS, I. et al. 1999–2009 Trends in Prevalence, Unawareness, Treatment and Control of Hypertension in Geneva, Switzerland. **PLoS ONE**, v. 7, n. 6, p. 1-9, 2012.

GUS, I. et al. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 5, p. 224-228, 2004.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HEIMANN, J. C. Sal e hipertensão arterial: Aspectos fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 51- 54, 2004.

IBGE (2010). **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>. Acesso em 10 nov. 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul (RS): Educs, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p. 39-46, 2006.

LIMA, V. V. **Influência da satisfação no controle da pressão arterial sistêmica na atenção primária: análise com modelagem de equações estruturais e indicadores compostos**. 2013. 112fl. Dissertação (Modelos de Decisão e Saúde), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

LIMA JÚNIOR, E.; LIMA NETO, E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – Estresse e migração. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n. 4, p. 210-225, 2010.

LIPP, M. E. N. O treino psicológico de controle do estresse como prática clínica para a redução da reatividade cardiovascular de hipertensos. **Temas em psicologia**, v.9, n.2, p. 91-98, 2001.

_____. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.2, p. 89-93, 2007.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p.1383-1388, 2011.

MAGALHÃES, M. E. C. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 7, p. 93-97, 2010.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Médica Farmacêutica e Comunitária**, v.2, n. 7, p. 165- 176, 2006.

MELO, E. C. A. **Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina Grande/PB**. Dissertação (Modelos de Decisão e Saúde). 2011. 111f. Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MOLINA, M. C. B. et al. Hipertensão e consumo de sal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2003.

NOBRE, F.; RIBEIRO, A. B.; MION JUNIOR, D. Controle da pressão arterial em pacientes sob tratamento anti-hipertensivo no Brasil: Controlar Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 5, p. 663-670, 2010.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Publica**, v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010.

NOLÊTO, S. M. G.; SILVA, S. M. R.; BARBOSA, C. O. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 8, n. 3, p. 324-332, 2011.

NUNOMURA, M.; TEIXEIRA, L. A. C.; CARUSO, M. R. F. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v.3, n. 3, p. 125-34, 2004.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.17, n. 3, p. 383-7, 2009.

ONO, A.; FUJITA, T. Factors Relating to Inadequate Control of Blood Pressure in Hypertensive Outpatients. **Hypertension Research**, v. 26, n.3, p. 219-224, 2003.

OSHIRO, M. L.; CASTRO, L. L. C.; CYMROT, R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p. 95- 100, 2010.

PAES, N. A. **Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com os fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil.** Projeto CNPq. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008. Tema: G. Doenças do aparelho circulatório, 2008.

_____. **Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal.** Projeto CNPq. Edital MCT/CNPq N.º 67/2009, 2009.

_____. **Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal.** Projeto FAPESC. Edital FAPESC N.º 02/2009, 2009b.

PESCATELLO, L. S, et al. Exercise and hypertension. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 36, p. 533–553, 2004.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2257-2267, 2008.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.14, n.1, p. 3- 17, 2011.

RENNER, S. B. A. et al. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 40, n. 4, p. 261-266, 2008.

REZENDE, A.M.B. **Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional.** 2011. 220f. Tese (Nutrição em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

RUFFINO-NETTO, A. VILLA, T., C., S. **Tuberculose: Pesquisas Operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 157-163, 2007.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B. Avaliação da assistência a pessoas com **hipertensão arterial em unidades de Estratégia Saúde da Família**. Saúde e Sociedade, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007.

SILVA, C. S. **Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa**. João Pessoa, 2011. 118fl. Dissertação (Modelos de Decisão e Saúde), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n. 3, p. 584-90, 2013.

SILVA, A. M. B.; KELLER, B.; COELHO, R. W. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 31, n.1, p. 75-8, 2013.

SBC. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, Supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em municípios de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 4, p. 496-503, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n.4, p. 343-8, 2003.

TRÊS, G. S. et al. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 3, p. 143-147, 2009.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento de coleta de dados (Projeto Paes 2008;009)

A. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO				
Município: () João Pessoa () Campina Grande () Natal Pesquisador: _____				
Data da coleta de dados: ____/____/____ Supervisor de campo: ____/____/____ Ass: _____				
Data da digitação 1: ____/____/____ Ass: _____ Data da digitação 2: ____/____/____ Ass: _____				

B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO				
B.1 Nome do usuário: _____				
B.2 Endereço: _____ _____				
B.3 Telefone: _____				
B.4 Contato: _____				
C. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)				
C.1	Cód. SIA/SUS: _____			
C.2	Nº Prontuário: _____	Data nascimento: ____/____/____		
C.3	Nome da Unidade de Saúde (US) _____ Distrito (US): _____			
C.5	Endereço da US: _____			
C.6	Tipo de Unidade	UBS	1 ()	
		UBS/PACS	2 ()	
		UBSF/PACS	3 ()	
C.A Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro Hipertensão				
C.7	Data do cadastro 2006/2007: ____/____/____			
C.8	Pressão Arterial Sistólica	mmHg		
C.9	Pressão Arterial Diastólica	mmHg		
C.10	Peso	kg		
C.11	Altura	cm		
C.12	Cintura	cm		
C.B Dados antropométricos (1ª medida de 2008)				
C.13	Peso	kg		
C.14	Altura	cm		
C.15	Cintura	cm		
C.C Pressão arterial e antropometria (momento da entrevista)				
C.16	Pressão Arterial Sistólica	mmHg		
C.17	Pressão Arterial Diastólica	mmHg		
C.18	Peso 1 ____	Peso 2 ____	kg	

C.19	Altura 1 ____	Altura 1 ____	cm	
C.20	Cintura 1 ____	Cintura 2 ____	cm	
C.D	ACOMPANHAMENTO EM 2008 ()	PA Sistólica	PA Diastólica	Nº de Medicamentos da HAS
	Data 1ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 2ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 3ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 4ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 5ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 6ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 7ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 8ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 9ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 10ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 11ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 12ª consulta 2008: ____/____/____			
C.E	NÃO ACOMPANHADOS EM 2008 ()	PA Sistólica	PA Diastólica	
	Data 1ª consulta 2008: ____/____/____			
	Data 2ª consulta 2008: ____/____/____			
D. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
		hipertensão	usuário	
D.1	Sexo	Feminino	0a ()	0b ()
		Masculino	1a ()	1b ()
D.2	Idade		____anos	____anos

D.3	Situação familiar/ conjugal	Convive c/ companheiro(a) e filho (a)	0a ()	0b ()
		Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filho (a)	1a ()	1b ()
		Convive c/ familiares s/ companheiro(a)	2a ()	2b ()
		Convive c/ companheiro(a) c/ filho (a) e outros	3a ()	3b ()
		Convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais	4a ()	4b ()
		Vive só	5a ()	5b ()
D.4	Escolaridade	Não sabe ler/escrever	0a ()	0b ()
		Alfabetizado	1a ()	1b ()
		Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	2a ()	2b ()
		Ensino fundamental completo (1º grau completo)	3a ()	3b ()
		Ensino médio completo (2º grau incompleto)	4a ()	4b ()
		Ensino médio completo (2º grau completo)	5a ()	5b ()
		Ens. superior (incompleto)	6a ()	6b ()
		Ens. superior (completo)	7a ()	7b ()
		Especialização/Residência	8a ()	8b ()
		Mestrado	9a ()	9b ()
D.5	Raça/Cor	Branca	0a ()	0b ()
		Preta	1a ()	1b ()
		Amarela	2a ()	2b ()
		Parda	3a ()	3b ()
		Indígena	4a ()	4b ()
Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim; N – não;				
D.6	O(a) Sr(a) trabalhava antes de saber que tinha HAS?		1.() S 2.() N 9.() NS/NR	
D.7	O(a) Sr(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS?		1.() S 2.() N 9.() NS/NR	
D.8	Ocupação	Antes HAS	Depois HAS	
		desempregado	0a () 0b ()	

	Do lar: contribuinte	1a ()	1b ()
	Do lar: não-contribuinte	2a ()	2b ()
	Empregado contribuinte	3a ()	3b ()
	Empregado não contribuinte	4a ()	4b ()
	Autônomo Contribuinte	5a ()	5b ()
	Autônomo não contribuinte	6a ()	6b ()
	Aposentado	7a ()	7b ()
	Outro	8a ()	8b ()
D.9 COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA			
NOME	GRAU PARENTESCO	IDADE	RENDA NO ÚLTIMO MÊS (VALOR R\$)
SUB TOTAL			
D.10 OUTRAS RENDAS			
1	Bolsa Família		
2	Bolsa Escola		
3	Aluguel		
4	Outras: _____		
TOTAL RENDA FAMILIAR			
E. FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES			
		hipertensão	usuário
E.1	Antecedente familiar	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
	Cardiovascular		
E.2	Diabetes T1	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.3	Diabetes T2	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.4	Tabagismo	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.5	Sedentarismo	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.6	Sobrepeso/ Obesidade	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.7	Infarto Agudo Miocárdio	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.8	Outra Coronariopatia	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2
E.9	AVC	() S1 () N1 () N/S1	() S2 () N2 () N/S2

E.10	Pé diabético	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.11	Amputação por diabetes	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.12	Doença Renal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. A	Informações do prontuário	Informações do usuário					
E.13	Etilismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.14	Menopausa	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.15	Uso de anti-contraceptivo hormonal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.16	Nº de medicação da HAS:						
E.17	Nº de vezes que retomou em 2008 (no prontuário)						
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS							
Para as questões F.1, F.2 e F.3 resposta: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
F.1	Alguma vez o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da HAS?						
F.2	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de tomar a medicação para HAS?						
F.3	Alguma vez o(a) Sr.(a) achou que o medicamento lhe trouxe algum efeito desagradável?						
Para as questões F.4 e F.6 resposta: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
F.4	O(a) Sr(a) pratica atividade física, com que frequência?						
F.5	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?						
F.6	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?						
G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO							
Para a questão G.1 resposta: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
G.1	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr(a) estava doente de HAS?						
Para a questão G.2 resposta: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para descobrir que era hipertenso?						
Para a questão G.3 resposta: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?						
Para as questões G.4 a G.8 resposta: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) e procurou o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?						
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?						

G.6	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?
G.7	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde?
G.8	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?
H. ACESSO AO TRATAMENTO	
Para a questão H.1 e H.2 resposta: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR	
H.1	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) faz as consultas para o tratamento da HAS?
H.2	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) recebe a medicação para o tratamento da HAS?
Para a questão H.3 a H.5 resposta: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
H.3	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?
H.4	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?
H.5	O(a) Sr.(a) faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próxima da sua casa?
Para as questões H.6 a H.11 resposta: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR	
H.6	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso?
H.7	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?
H.8	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?
H.9	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?
H.10	Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?
H.11	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?
Para as questões H.12 a H.17 resposta: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
H.12	O(A) Sr.(a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?
H.13	O(A) Sr.(a) consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?
H.14	O(A) Sr(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?
H.15	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
H.16	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está fazendo a dieta diariamente?
H.17	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que está tomando a medicação?
I. ADESAO/VÍNCULO	
Para as questões I.1 a I.10 resposta: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 –	

ANEXO 2 – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-04-09, o projeto de pesquisa do interessado Professor Neir Antunes Paes, intitulada “AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO COMPARANDO A ATENÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL”. Protocolo nº. 0101.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO 3 – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/06/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado DESEMPENHO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMPARADO COM O DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES ASSOCIADOS EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA PARAÍBA: um estudo de coorte longitudinal. Protocolo CEP/HULW nº. 341/10, do pesquisador responsável NEIR ANTUNES PAES.

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 29 de junho de 2010.

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

ANEXO 4 – Encaminhamento do pesquisador



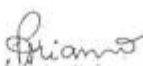
Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 04 de junho de 2009.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a) NEIR ANTUNES PAES, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO COMPARANDO A ATENÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL", a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V, relacionadas em anexo na cópia do processo..

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,


Vania Priamo
Gerente de Educação em Saúde
Mat.: 51.972-3

Atenciosamente,

Vania Priamo
Gerente de Educação na Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

1. Fale sobre o que o senhor (a) conhece sobre a pressão alta (hipertensão)?
2. O senhor (a) poderia me explicar os motivos que o levaram a ter pressão alta?
3. Quais os riscos estas doenças podem causar na sua saúde?
4. Da sua vivência o que é preciso para cuidar da pressão?
5. Fale sobre as dificuldades enfrentadas para manter a pressão arterial controlada?
6. Quais as atividades realizadas na UBS que o senhor participa?

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

	IDENTIFICAÇÃO
Nº do Questionário	
Nome	
Idade	
Ocupação	
	DADOS CLÍNICOS
Pressão arterial	
Peso	
Altura	
	FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES
Tabagismo	Sim () Não ()
Sedentarismo	Sim () Não ()
Sobrepeso/obesidade	Sim () Não ()
Etilismo	Sim () Não ()
Doenças isquêmicas do coração	Sim () Não ()
Acidente vascular encefálico	Sim () Não ()
Outras complicações	
	USO DE MEDICAÇÕES
Nº de medicações	

OBSERVAÇÕES
