

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

RITA DE CÁSSIA DOS SANTOS DANTAS

**ADESÃO AO TRATAMENTO E VULNERABILIDADE
SOCIAL: um estudo com hipertensos usuários de unidades de
saúde da família da zona urbana de Picuí-PB**

Cuité/PB
2015

RITA DE CÁSSIA DOS SANTOS DANTAS

ADESÃO AO TRATAMENTO E VULNERABILIDADE SOCIAL: um estudo com hipertensos usuários de unidades de saúde da família da zona urbana de Picuí-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Msc. Poliana de Araújo Palmeira.

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D192a Dantas, Rita de Cássia dos Santos.

Adesão ao tratamento e vulnerabilidade social: um estudo com hipertensos de unidades de saúde da família da zona urbana de Picuí/PB. / Rita de Cássia dos Santos Dantas. – Cuité: CES, 2015.

58 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Poliana de Araújo Palmeira.

1. Hipertensão. 2. Adesão. 3. Condição. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.12-008.331.1

RITA DE CÁSSIA DOS SANTOS DANTAS

ADESÃO AO TRATAMENTO E VULNERABILIDADE SOCIAL: um estudo com hipertensos usuários de unidades de saúde da família da zona urbana de Picuí-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha de pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande
Orientador

Prof. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Prof. Maria da Glória Batista de Azevedo
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Cuité/PB

2015

A Deus por me proporcionar o dom a vida, aos meus pais Assis Dantas e Célia Maria, aos meus irmãos Caroline Dantas e Acácio Dantas, e ao meu esposo Joébio Santos.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A DEUS pelo dom da vida, sempre me proporcionando saúde, perseverança e atitude.

Aos meus queridos e maravilhosos pais, Célia Maria e Assís Dantas que me educaram para a vida, onde mesmo em situações econômicas não um tanto favoráveis me ensinaram a ser uma pessoa de caráter e buscar minha independência desde criança.

Ao meu tio Antonio Eleno e minha prima Anne Cristine, por financiarem educação e confiarem e acreditarem que eu seria capaz de buscar um futuro melhor.

A minha prima Enilma Pinheiro, por sempre está disponível a me substituir no trabalho.

Ao meu marido Joébio Santos por entender minhas ausências, meu estresse em final de período e também todo apoio para a conclusão do meu objetivo maior.

Aos meus irmãos Caroline Dantas e Acácio Dantas me apoiarem e ajudarem a superar todos os obstáculos na realização deste sonho.

A toda minha família pelo carinho e apoio.

A minha orientadora Poliana de Araújo Palmeira orientadora deste trabalho, a quem serei sempre grata por todos os ensinamentos, pela paciência, confiança, incentivo e orientações, e acima de tudo, pela disponibilidade que tornaram este estudo possível;

A minha amiga Nayara Sousa por seu companheirismo, amizade, sinceridade, e por está disponível sempre, a ajudar mesmo nos horários mais impróprios e nos momentos angustiantes.

A professora Vanille Valério por contribuir com a pesquisa.

À Secretária de Saúde de Picuí, pela autorização, apoio e confiança depositada para realização desta pesquisa.

As Unidades Básicas de Saúde e seus respectivos funcionários, que sempre se mostraram prestativos e acolhedores.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde que contribuíram substancialmente para a coleta de dados, sempre interessados e motivados na busca do bem da comunidade.

Aos entrevistadores Nayara Sousa, Alzira Hermana, Halana Germano, Lidiane Santos, Dayse Lima, Claise Emanuely, Evanderson Medeiros, Fabiele Cassiana, Albiege Lima, Hellen Roberta, Andreza Ágda, Jarlia Priscila, Cardinaly Kelly, Jéssica Dantas, Kaline Barros e Valesca Silva que se dispuseram a ajudar na coleta de dados.

À todos os hipertensos entrevistados, possibilitando o desenvolvimento da pesquisa e aprimoramento no desenvolvimento das políticas públicas.

A minhas colegas e amigas de curso Maria Juliete, Alzira Hermana, Halana Germano e Cardinaly Kelly por me ajudarem nesta caminhada.

A todos os professores do curso de pelos conhecimentos transmitidos com tamanha dedicação.

As nutricionistas Isa Gabriela, Laís Lopes e Andreia Aleika por estarem sempre dispostas a repassar conhecimentos e contribuírem imensamente para minha formação acadêmica e vida profissional.

Ao senhor Vidal por sempre receber todos os alunos com tamanha alegria e satisfação.

A Leonardo por sempre me atender bem e procurar resolver todos os problemas advindos do início do curso de nutrição, sempre sorridente.

A todos que, de uma maneira ou de outra, colaboraram para a realização deste sonho. Este é apenas um de muitos outros que desejo realizar... Muito obrigada!!!

“Nosso senhor Jesus Cristo, por meio dele, através da fé, tive acesso a esta graça, na qual estive firme e me gloriei, na esperança da glória de Deus. Mas não apenas isso. Gloriei-me também nas tribulações, sabendo que a tribulação produz a perseverança, a perseverança produz a experiência comprovada, a experiência comprovada produz a esperança. E a esperança não decepciona, pois o amor de Deus foi derramado em nossos corações pelo espírito santo que nos foi dado”.

Romanos

RESUMO

DANTAS, R. C. S. **Adesão ao tratamento e vulnerabilidade social: um estudo com hipertensos usuários de unidades de saúde da família da zona urbana de Picuí/PB.** 2015. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia cardiovascular crônica que quando não tratada corretamente pode desenvolver várias complicações. Apesar da existência de vários métodos de tratamento, sabe-se que existe dificuldade da população em aderir ao tratamento. Diversos fatores podem interferir no tratamento, e dentre eles os fatores socioeconômicos. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a adesão do tratamento anti-hipertensivo segundo variáveis socioeconômicas por hipertensos do município de Picuí/PB. Participaram da pesquisa 297 hipertensos de ambos os gêneros cadastrados e usuários das unidades básicas de saúde. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário padronizado. Constatou-se que a população de hipertensos estudada apresenta maior percentual de indivíduos do sexo feminino (86,5%) e de idosos (55,9%). Caracterizada também pela baixa escolaridade (84,2%) e renda, pois cerca de 60% dos entrevistados convivem em famílias com renda familiar mensal per capita menor ou igual a um quarto do salário mínimo. Ao analisar as variáveis correspondentes à adesão ao tratamento medicamentoso observou-se que 62,5% não aderem ao tratamento frente à tomada de medicação, assim como ao tratamento não medicamentoso, por não apresentar aderência ao consumo de frutas, verduras e legumes, não conseguiram reduzir ou atingir o peso desejado, prática de atividade física. Além de apresentarem alta carga de morbidade, visto que, 34% dos hipertensos apresentam obesidade, 73,1% possuem relação cintura quadril acima da faixa da normalidade e 56,6% afirmam possuir dislipidemias. Os fatores socioeconômicos não são os principais predisponentes para a falta de adesão ao tratamento. Porém, a atenção à saúde se mostrou um fator considerável para a falta de continuidade no tratamento hipertensivo, pois a maior parte da população busca atendimento nos serviços de atenção básica esporadicamente, realizados de modo espontâneo. Além de que 59,6% dos hipertensos nunca foram convidados ou que foram convidados e/ou participaram apenas uma única vez de atividades educativas.

Descritores: Hipertensão, adesão e condição.

ABSTRACT

DANTAS, R. C. S. **Treatment adherence and social vulnerability: a study of hypertensive patients in family health units in the urban area of Picuí / PB.** 2015. 57f. Completion of course work (undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

Hypertension is a chronic cardiovascular disease when not treated properly can develop several complications. Despite the existence of various treatment methods, it is known that it is difficult for people to adhere to treatment. Several factors can interfere with treatment, and among them socioeconomic factors. Thus, this study aims to analyze the adhesion of antihypertensive treatment according to socioeconomic variables for the city of hypertensive Picuí / PB. The participants were 297 hypertensive of both genders and registered users of basic health units. The instrument used for data collection was a standardized questionnaire, found that the hypertensive population studied has a higher percentage of females (86.5%) and elderly (55.9%). Also characterized by low education (84.2%) and income for about 60% of the respondents live in families with a monthly per capita income less than or equal to a quarter of the minimum wage. By analyzing the variables corresponding to compliance with medical treatment was observed that 62.5% do not adhere to treatment front of medication taken, as well as to non-medication treatment by not showing adherence to the consumption of fruits and vegetables, could not reduce or achieve the desired weight, physical activity. In addition to presenting high morbidity, since 34% of hypertensive patients are obese, 73.1% have waist-hip ratio above the normal range and 56.6% claim to have dyslipidemia. Socioeconomic factors are not the main predisposing to the lack of adherence to treatment. However, the health care proved to be a considerable factor in the lack of continuity in the hypertensive treatment, since most of the population seeking care in primary health care sporadically performed spontaneously. Besides that 59.6% of the hypertensive patients were never invited or who were invited and / or participated only once in educational activities.

Keywords: Hypertension. Adhesion. Socioeconomic status.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em indivíduos com idade ≥ 18 anos.....	16
Quadro 2 - Linhas gerais de recomendação dietética para hipertensos.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados amostrais de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica acompanhados pelas unidade básica de saúde, Picuí/PB, 2013.	24
Tabela 2- Características sócio demográficas da população hipertensa do município de Picuí/PB, 2014.	29
Tabela 3- Características de morbidade da população hipertensa do município de	30
Tabela 4- Características de atenção á saúde da população hipertensa do município de Picuí/PB, 2014.	31
Tabela 5 - Adesão ao tratamento da população hipertensa do município de Picuí/PB segundo estratos socioeconômicos, 2014.	32
Tabela 6- Adesão ao tratamento da população hipertensa do município de Picuí/ PB e sua associação com a escolaridade, 2014.	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS – Unidade Básica de Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PA – Pressão Arterial

PAS – Pressão arterial sistêmica

PAD – Pressão arterial diastólica

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

MS – Ministério da Saúde

MAPA – Monitoramento ambulatorial da pressão arterial

AVC – Acidente vascular cerebral

PNAHA – Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial

DM – Diabetes Mellitus

DCV – Doença cardiovascular

DCDH – Doença cerebrocardiovascular e hipertensiva

SIAB – Sistema de informação da atenção básica

ACS – Agente comunitário de saúde

CC – Circunferência da cintura

CQ – Circunferência do quadril

RCQ – Relação cintura-quadril

TCLE – Termo de consentimento livre esclarecido

SUS – Sistema Único de Saúde

IMC – Índice de massa corpórea

DCNT – Doença crônica não transmissível

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	16
3.2. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	18
3.2.1 Tratamento medicamentoso	18
3.2.2 Tratamento não medicamentoso	19
3.3 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO	20
3.4 ATENÇÃO A SAÚDE DO HIPERTENSO.....	21
3.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E VULNERABILIDADE SOCIAL	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	23
4.2 DELINEAMENTO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.3 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS	23
4.3.1 Operacionalização da pesquisa	24
4.3.2 Coleta de dados	25
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	26
4.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	27
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	45
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela presença de pressão arterial sanguínea elevada, que se apresenta com importante frequência na população brasileira. Estima-se que no Brasil 24,3% das pessoas apresentam diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial, apresentando maior prevalência em mulheres adultas (26,9%) do que em homens (21,3%) (VIGITEL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diagnosticada quando a pressão arterial sistólica (PAS) se apresenta sustentada com níveis igual ou superior a 140 mm Hg ou a pressão arterial diastólica (PAD) superior a 90 mm Hg, a HAS é um fator predisponente para diversas outras complicações, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, pois se associa a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além das alterações metabólicas (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Sendo uma morbidade prioritária para as políticas públicas de saúde brasileira e diante disto o Ministério da Saúde implantou em 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial composto por um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e suas complicações, possibilitando assim a assistência ao portador desta doença crônica (BRASIL, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) a adesão ao tratamento de doenças crônicas ocorre quando o estilo de vida que o indivíduo leva está de acordo com as orientações de um profissional de saúde. Dentre as orientações medicamentosas destacam-se o seguimento ininterrupto da ingestão da medicação sempre nos mesmos horários, em relação ao tratamento não medicamentoso preconiza-se o abandono do tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, controle de peso e adesão à prática de atividade física e a uma alimentação saudável e com baixo teor de sódio.

Apesar das diferentes recomendações para o tratamento anti-hipertensivo disponível, o desafio se dá no processo de adesão ao tratamento, pelo portador de hipertensão, como relatado por outros estudos (STRELEC; PIERIN; MION JR, 2003).

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis são causas de morte de 72% da população, em decorrência de regressão no tratamento, sendo maior entre os que possuem baixo poder aquisitivo (SCHMIDT et al, 2011). Torna-se, então, necessário estudar se os fatores socioeconômicos podem interferir na adesão ao tratamento hipertensivo.

Desta forma o objetivo do presente estudo é analisar a adesão do tratamento anti-hipertensivo segundo variáveis socioeconômicas por hipertensos do município de Picuí/PB. A realização deste trabalho possibilitará a caracterização da população hipertensa do município, conhecer a atenção à saúde prestada e averiguar se os fatores socioeconômicos e de risco interferem na adesão ao tratamento hipertensivo, além de propiciar que o município possa traçar estratégias e ações para intervenção.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo variáveis socioeconômicas de hipertensos do município de Picuí/PB

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Avaliar o estado de vulnerabilidade social dos hipertensos;
- ✓ Descrever aspectos da atenção à saúde prestada ao hipertenso;
- ✓ Caracterizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e não medicamentoso na amostra estudada.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma das mais frequentes doenças crônicas não transmissíveis, além de ser um fator predisponente para diversas outras complicações cardiovasculares. É uma patologia desenvolvida por diversas causas, caracterizada por níveis elevados e mantidos de pressão arterial (PA) ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a hipertensão pode ser classificada de acordo com os níveis tensionais em leve, moderada, severa e hipertensão sistólica isolada (QUADRO1).

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em indivíduos com idade ≥ 18 anos de idade.

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

*Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

FONTE: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

Para realização do diagnóstico da HAS é necessário fazer uma média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. **Caso o resultado seja** igual ou superior a 140/90 mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e individuo deverá iniciar o tratamento e o acompanhamento (BRASIL, 2013).

A constatação da hipertensão arterial sistêmica não pode ser realizada com apenas uma medida, pois não é suficiente para se estabelecer o diagnóstico. Evitar a verificação da PA em

situações de dor, ansiedade, luto, pois um valor elevado pode ser consequência dessas condições (BRASIL, 2013).

Dentre as principais causas para o desenvolvimento da HAS destacam-se como fatores não modificáveis a predisposição genética, a idade, o gênero e etnia. E dentre os fatores modificáveis, consumo excessivo de sal, ingestão de álcool por tempos prolongados, obesidade e sedentarismo (IV DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A idade, especialmente na faixa etária acima de 65 anos, é um dos fatores não modificáveis predisponentes para desenvolvimento da HAS (IV DIRETRIZ BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), visto que apresenta PA um crescimento linear ao longo dos anos. A prevalência de HAS é mais elevada em indivíduos do sexo masculino, já em relação à raça, as pessoas de cor não brancas apresentam maior predisposição (SBC, 2006).

Dentre os fatores determinantes modificáveis, o consumo excessivo de sódio tem se correlacionado com aumento dos níveis da PA, assim como também a preferência por um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras (DIRETRIZES..., 2010a). Além do sal, o ato de fumar eleva a PA e a frequência cardíaca, devido ação da nicotina (JUNIOR, et al 1999) que aumentam a frequência cardíaca e resistência periférica, por produzir a liberação de catecolaminas, promovendo assim elevação da PA (TEXEIRA, et al 2006), desta forma supõe-se que o ato de fumar tem correlação significativa para o desenvolvimento da PA, como mostra no estudo desenvolvido por Nascente, et al (2010) na cidade de Firminópolis/GO, que mostrou a maior prevalência de HAS para ex-tabagistas ou tabagistas. Por fim, outro fator de risco é o álcool, o consumo excessivo deste eleva a pressão arterial sistólica e diastólica de forma lenta, porém quando suspenso o uso tende a reverter o quadro de hipertensão (TEXEIRA, et al 2006).

O excesso de peso e obesidade também interferem no controle dos níveis pressóricos é o excesso de peso e obesidade, pois relaciona-se intimamente com a incidência de HAS, visto que o aumento de peso é um fator predisponente para a hipertensão (DIRETRIZES..., 2010a; JUNIOR, et al 1999).

Sobre a sintomatologia da crise hipertensiva pode-se destacar a cefaleia (dor de cabeça), as alterações visuais, o déficit neurológico (diminuição da força muscular/dormência), a dor precordial (dor no peito) e a dispneia (falta de ar), tornando-se desta forma, uma das maiores causas de redução da qualidade de vida (BRASIL, 2013).

3.2. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O tratamento da HAS objetiva-se melhorar a qualidade de vida, com a redução e/ou controle dos níveis pressóricos e conseqüentemente redução das complicações decorrentes da patologia e também o número de óbitos. Este tratamento baseia-se segundo a SBC (2010) em parâmetros não farmacológicos e farmacológicos, ou seja, recomenda-se que o hipertenso realize o tratamento do tipo medicamentoso aliado ao do tipo não medicamentoso, com base na mudança do estilo de vida (DITEREIZES..., 2010a).

3.2.1 Tratamento medicamentoso

O tratamento farmacológico visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica. Os agentes anti-hipertensivos interferem na fisiopatologia da HAS, por meio de ação terapêutica. São selecionados de acordo com a necessidade de cada indivíduo, incluindo também, presença de comorbidades, lesão em órgãos alvo, idade, gravidez e tratamento (BRASIL, 2006).

Os fármacos utilizados como agentes anti-hipertensivos são classificados em cinco categorias: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. Dentre os mais utilizados se destacam os diuréticos por reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, além de serem encontrados á baixo custo (BRASIL, 2006).

Estes medicamentos anti-hipertensivos foram listados pelo Ministério da Saúde (MS) na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que contém os medicamentos considerados essenciais para tratar as doenças mais comuns da população. A partir da RENAME os estados e municípios elaboram sua própria relação de medicamentos de acordo com as características e necessidades da população. Os medicamentos anti-hipertensivos listados na RENAME são: captopril, cloridrato de propranolol, maleato de enalapril, hidroclorotiazida, furosemida, espironalactona, atenolol, succinato de metoprolol, tartarato de metoprolol, carvedilol, metildopa, besilato de anlodipino, nifedipino, cloridrato de verapamil, cloridrato de hidralazina, maleato de enalapril e losartana potássica (BRASIL, 2010; 2013).

3.2.2 Tratamento não medicamentoso

Dentre as medidas não farmacológicas, que abrangem mudanças no estilo de vida, e são recomendadas a redução de peso, o abandono do tabagismo e álcool, os cuidados com consumo de sal e a adesão à prática de exercícios físicos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2011).

A adoção de hábitos alimentares saudáveis desempenha um importante papel no controle da HAS e na prevenção de complicações. Neste sentido, o MS recomenda uma dieta com teores reduzidos de sódio, com maior preferência ao consumo de frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, e redução do consumo de gorduras saturadas, trans e colesterol. De forma geral a recomendação dietética para pacientes hipertensos esta resumida no quadro 2 (BRASIL, 2006).

Quadro 2 - Linhas gerais de recomendação dietética para hipertensos.

- Manter o peso corporal adequado;
 - Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa;
 - Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, assim com os *fast foods*;
 - Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;
 - Dar preferência a temperos naturais como limão,ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
 - Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura;
 - Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
 - Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
 - Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
 - Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc.;
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

FONTE: Cadernos de Atenção Básica, 2006.

Além de orientações alimentares e nutricionais o MS recomenda que o paciente portador da HAS reduza o consumo de bebidas alcoólicas, pois a redução da ingestão de álcool pode reduzir a PA em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Sugere-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições, recomenda-se também o abandono do tabagismo, pois a

PAS de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes em avaliação por monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) (BRASIL, 2006).

Ressalta-se ainda a importância a prática de atividade física regular, pois diminui os níveis pressóricos, controlando assim a PA e pode reduzir o risco de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais (AVC) e mortalidade, vindo a obter melhor controle de peso. Indica-se que o paciente adquira uma prática contínua e acumulada com pelo menos 30 minutos de atividade física moderada (BRASIL, 2006).

Dentre as recomendações ao tratamento não medicamentoso, a adesão a práticas alimentares saudáveis e atividade física regular são dois fatores que desempenham um excelente papel tanto na prevenção, quanto no controle da pressão. Por contribuem com a redução de peso e igualmente com os níveis pressóricos, pois a reduz a atividade adrenérgica, reduz o colesterol plasmático e a melhora a sensibilidade periférica à ação da insulina (AMADEO; LIMA, 1996).

3.3 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

O tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo primordial a redução dos agravos e danos ocasionados à saúde, devido à adesão ao tratamento, embora existam evidências que o controle da pressão arterial apresente-se pouco satisfatória (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, sejam relacionados ao paciente e/ou a instituição de saúde. Dentre estes fatores destacam-se a gravidade da doença, as crenças, os hábitos, os aspectos culturais, ou com relacionamento com a equipe de saúde, ou ainda se relaciona com o conhecimento frente à tomada dos medicamentos, porque são fatores de difícil manejo e modificação, requerendo assim maior empenho do portador da hipertensão (DUARTE et al, 2010).

A falta de adesão ao tratamento acarreta possivelmente aumento de custo com o tratamento, por maior número de complicações ocasionadas por níveis pressóricos elevados e sustentados de HAS, desta forma têm se tornado um desafio para os profissionais de saúde (SANTOS et al, 2005).

Segundo Santos et al (2005) para que se configure uma adesão ao tratamento é necessário que o paciente realize consultas ambulatoriais regulares e quando necessário nos outros níveis de atenção a saúde, tenha controle regular do tratamento medicamentoso e adote um estilo de vida saudável. Assim, é necessário que o próprio hipertenso tenha compromisso com sua saúde e torne-se agente de autocuidado.

3.4 ATENÇÃO À SAÚDE DO HIPERTENSO

No Brasil as atividades de prevenção, tratamento e controle e da HAS são realizadas pela atenção básica. Composta por uma equipe multiprofissional é orientada pelo MS que recomenda e fiscaliza que sejam trabalhadas com os pacientes as modificações de estilo de vida como: alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool. Taís fatores precisam ser adequadamente abordados e controlados, para que se possa obter níveis controlados e aceitáveis de pressão arterial sistólica e diastólica (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

O controle da hipertensão na atenção básica é realizado com base no Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial (PNAHA) e Diabetes Mellitus (DM), que é composto por um conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e suas complicações, objetivando desta forma um menor número de internações, de lotação dos serviços de atenção primária e secundária, gastos com os tratamentos decorrentes de complicações e mortalidade, promovendo desta forma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2001).

O hiperdia é um programa da atenção básica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão e DM, em toda rede de atendimento do SUS, garantindo desta forma a aquisição e dispensação dos medicamentos, além de orientar os gestores, permite conhecer o perfil epidemiológico da população, e desta forma controle da população hipertensa, e assim, planejamento e desenvolvimento do público alvo (DATASUS, 2015).

3.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E VULNERABILIDADE SOCIAL

Dentre os marcadores sócio econômicos na saúde pode-se citar sexo, raça, renda, escolaridade e idade. Dentre estes marcadores, a baixa renda e escolaridade, influenciam no controle da HAS, pois estudos apontam que pessoas com condições socioeconômicas menos favorecidas apresentam níveis pressóricos mais elevados, acarretando descontinuidade ao tratamento hipertensivo, como observou IshitaniI, et al (2006), que há uma associação inversa entre as condições socioeconômicas e a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV), e doenças cerebrovasculares e hipertensivas (DCDH). Outros estudos revelam que a falta de conhecimentos inerentes à patologia é percentualmente maior entre homens, jovens e não brancos de baixo nível socioeconômico, ocasionando não aderência ao tratamento

hipertensivo (PIERIN et al, 2001), pois quanto mais baixa a escolaridade, pior será a renda e consequentemente menor será a adesão, desta forma os níveis pressóricos tendem a ser mais elevados (KAPLAN, 2003).

Afirma Cockerhan (2007) afirma que a escolaridade é o mais forte preceptor do nível socioeconômico em saúde, pois para Galobardes (2006), a escolaridade dos pais reflete na escolaridade, ocupação e renda dos filhos. Quanto melhor a escolaridade, maior será a possibilidade de emprego e consequentemente cuidado com a saúde (COCKERHAN, 2007).

A raça é um dos fatores socioeconômicos que merece atenção, visto que os indivíduos de cor negra obtêm maior predisposição para o desenvolvimento da hipertensão, pois tendem a ter níveis tensionais mais elevados (PIERIN, 2001).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, de caráter descritivo e com abordagem quantitativa, o que de acordo com a literatura busca determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva analisa como a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (COSTA, BARRETO, 2003).

4.2 DELINEAMENTO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esta pesquisa foi realizada com hipertensos usuários das UBS da família localizadas na zona urbana do município de Picuí, sendo este um município brasileiro no estado da Paraíba, situado na microrregião do seridó oriental paraibano e possui população de 18.222 habitantes (IBGE, 2015).

4.3 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS

O presente estudo utilizou a técnica de Amostragem Aleatória Estratificada para cálculo do tamanho da amostra, onde o município foi dividido em estratos correspondentes ao território das UBS existentes na zona urbana do município de Picuí/PB. Para o cálculo da amostra realizou-se a coleta de dados na secretaria municipal de saúde por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e obteve-se a informação que o município de Picuí possui 1409 hipertensos distribuídos em 4 UBS, localizadas na zona urbana do município. 25 agentes comunitários de saúde realizam a cobertura das UBS localizadas na zona urbana.

Os tamanhos das amostras dos estratos foram calculados adotando o critério pelo qual se mantém a fração de amostragem em cada estrato igual à fração global de amostragem, ou ainda, adotando a partilha proporcional. Para fixar a precisão do procedimento, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor proporcional populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto do erro de amostragem é igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%. Preferiu-se adotar um valor antecipado para P de 0,5. Ao final foi definida uma amostra de 302 hipertensos (APÊNDICE A).

Assim, definiu-se a quantidade de hipertensos a serem pesquisados por UBS, e para obtenção do número de hipertensos a serem pesquisados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizou-se a divisão da amostra de cada unidade pela quantidade de ACS, como apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1- Dados amostrais de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica acompanhados pelas UBS, Picuí/PB, 2013.

Unidade Básica de Saúde	Hipertensos	Amostra de Hipertenso por unidade	ACS	Número de hipertensos por ACS	Amostra de hipertensos por ACS
Centro	446	96	A	79	17
			B	65	14
			C	44	09
			D	91	20
			E	48	10
			F	119	26
Limeira	525	112	A	66	14
			B	52	12
			C	57	12
			D	63	13
			E	65	14
			F	82	18
			G	48	10
			H	53	11
			I	39	08
Pedro Salustino	359	77	A	70	15
			B	69	15
			C	49	10
			D	58	12
			E	45	10
			F	68	15
Cenecista	79	17	A	57	13
			B	16	4

Fonte: Secretária Municipal de Saúde de Picuí/PB.

4.3.1 Operacionalização da pesquisa

Para operacionalização da pesquisa optou-se por realizar uma apresentação do projeto de pesquisa aos ACS, enfermeiros e gestores, tornando-os conhecedores da pesquisa e então foi solicitado aos agentes comunitários de saúde que indicassem nomes, endereços e pontos de referências de casas de hipertensos, de forma a distribuí-los segundo a localização do domicílio, priorizando assim a pesquisa com hipertensos de microáreas diferentes. Os agentes não indicaram os hipertensos a serem pesquisados que apresentava HAS gestacional,

portadores de HAS acamados, Hipertensos portadores de deficiência física ou mental e acometidos com alzheimer. E quando houvesse mais de um hipertenso residente no mesmo domicílio, indicava-se o hipertenso que obtivesse maior tempo de cadastro na UBS.

Para coleta de dados em campo contou-se com a colaboração de acadêmicos dos cursos de nutrição, enfermagem e farmácia, graduandos da Universidade Federal de Campina Grande. Todos os alunos foram previamente treinados e orientados a conduzir a pesquisa de campo.

4.3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a julho de 2014 e foram pesquisados 297 hipertensos. Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário estruturado contendo informações socioeconômicas, questionamentos relacionados à doença e fatores associados, consumo alimentar, qualidade de vida e informações a respeito do conhecimento, tratamento e crenças sobre a HAS, questões relacionadas à estrutura dos serviços de saúde e processos de atendimento, informações sobre adesão e motivação para seguir as recomendações e ainda, dados antropométricos (peso, altura, cintura e quadril) e de valores pressóricos, conforme questionário (APÊNDICE B).

Para aferição do peso utilizou uma balança do tipo digital, marca Balmak e modelo slimbasic-150, sua base estava sob superfície completamente plana e sem desníveis, com capacidade máxima para 150 Kg e divisão de 100g, considerando que os indivíduos foram pesados, vestindo roupas leves e sem calçados. Foi solicitado que retirasse casacos, pulseiras, adornos de cabeça e objetos, que porventura, se encontrassem nos bolsos. Antes de solicitar que o hipertenso subisse na balança foi verificado se o equipamento encontrava-se funcionando perfeitamente. O hipertenso foi posicionado posição ereta em cima da balança com o peso distribuído em ambas às pernas, pés juntos e com braços estendidos ao longo do corpo e olhar ao horizonte (BRASIL, 2011).

Para obtenção da estatura se utilizou uma fita métrica flexível e inextensível, de 1,5 metros de comprimento dividida em centímetros, devidamente fixada em parede plana e sem rodapés. Inicialmente foi medido um metro, tendo como ponto de partida o piso, e a partir de então se fixou a fita métrica na parede, e então fazer um somatório do valor que estava abaixo da fixação da fita métrica (1 metro) com o valor correspondente a cada verificação de altura. Os participantes foram posicionados na vertical, com o peso igualmente distribuído pelos pés, os braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos, descalços (BRASIL, 2011).

Com os dados de peso e altura, definiu-se o índice de massa corpórea (IMC) dos hipertensos e sua classificação nutricional.

A aferição da circunferência da cintura (CC) e do quadril (CQ) foi realizada, estando o indivíduo em pé, em posição ereta, utilizando-se uma fita métrica flexível e inextensível de 1,5 metros de comprimento, com precisão de uma casa decimal (Smith; Cols, 2007 *in* Vitolo, 2008). Para aferição da medida o indivíduo ficou de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas. A roupa foi afastada na região da cintura e solicitou-se que a pessoa inspirasse e em seguida expirasse, para aferição antes do início da nova inspiração. A medida foi realizada no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), visualizando na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo (BRASIL, 2011).

A aferição da PA foi realizada com o indivíduo em posição sentado com braço repousado sobre superfície firme à altura do coração. Palpou-se o pulso radial e inflou-se o manguito rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até o nível estimado da PA, desinflou-se rapidamente com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente. Determinou-se a PAS no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com aumento da velocidade de deflação e a PAD no desaparecimento completo dos sons (fase 5 de Korotkoff).

Antes do início de cada aferição certificou-se de que o paciente não estava com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos e não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida, deixou o paciente descansar durante 5 a 10 minutos e foi orientado a não falar e cruzar as pernas durante a aferição, visto que estes fatores tendem a aumentar a pressão sanguínea (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu em todas as suas fases os pressupostos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, princípios éticos preconizados na Resolução 196 de 1996 (BRASIL, 1996).

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para o estudo (APÊNDICE C), podendo retirar seu consentimento no momento que o desejassem. Para a pessoa que não sabia ler e escrever, foi realizada a leitura do termo de

TCLE para o entrevistado e para uma testemunha, sendo aposta a digital do participante no termo. O estudo foi encaminhado ao comitê de ética, tendo sido aprovado e protocolado sob o número 31041114.7.0000.5575 (ANEXO A). Além disso, a pesquisa foi autorizada pelo gestor de saúde do município de Picuí/PB (ANEXO B).

4.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados iniciou com a transposição para o meio digital dos questionários de pesquisa usados na coleta de dados. Para isto uma máscara de armazenamento de dados foi construída com o auxílio do Programa Microsoft Access do pacote Microsoft Office, e todos os questionários foram devidamente digitados. Após a conclusão da transposição dos dados foi realizada uma etapa de tratamento dos registros existentes no banco de dados em busca de informações inconsistentes e ajustes necessários havendo a possibilidade do entrevistador retornar a casa do participante da pesquisa para confirmação de dados.

Finalizada a construção do banco de dados iniciou a análise de dados propriamente dita com a construção de um planejamento de análise descritivas e bivariadas de dados. A análise estatística de dados realizou-se com o auxílio do pacote estatístico SPSS *for Windows* versão 13.0, por meio do teste qui-quadrado de Pearson.

Para a análise de dados optou-se por categorizar as variáveis relacionadas aos fatores socioeconômicos, para a variável renda mensal familiar *per capita* foi caracterizada em $< \frac{1}{4}$ de um salário mínimo e $> \frac{1}{4}$ de um salário mínimo, para a variável escolaridade optou-se por agrupar em 3 categorias: sem escolaridade, ensino fundamental e ensino médio, técnico e superior. Para a variável ocupação foi categorizada em 4 categorias: tem trabalho, desempregado, aposentado/pensionista e dona de casa, e para o estado civil caracterizou-se em com conjuge e sem conjuge. Com relação às variáveis relacionadas aos fatores de morbidade, foram categorizadas as variáveis tempo de HAS (até 2 anos, entre 3 e 5 anos, entre 5 e 10 anos e mais de 10 anos), estado nutricional (abaixo do peso, peso ideal, levemente acima do peso e obesidade) e RCQ (risco aumentado para mulheres com $RCQ \geq 0,85$ e para homens $\geq 0,90$, e para baixo risco as mulheres que apresentaram $RCQ < 0,85$ e homens $< 0,90$). Desta forma facilitou a análise dos dados e tornou-se mais fácil o cruzamento dos dados de variáveis independentes, além do mais tornou a amostra representativa (DIRETRIZES..., 2010).

Para a avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso foi utilizado uma escala de auto relato, o teste Morisky e Green, que é composto por 4 questões

que objetiva identificar atitudes e comportamentos frente a tomada de medicamentos, e desta forma avalia se o portador de HAS adere ou não ao tratamento medicamentoso. Para avaliação do teste considera-se a 1 ponto para cada alternativa. O paciente que obtiver pontuação 4 adere ao tratamento, e pontuação ≤ 3 pontos não adere ao tratamento (STRELEC; PIERIN; MION JR, 2003).

Em relação à análise das variáveis relacionadas à adesão ao tratamento não medicamentoso foi utilizada a variável controle da pressão. Foram classificados os portadores de HAS com níveis pressóricos controlados aqueles que apresentaram pressão arterial sistólica < 140 mmHg e diastólica 90 mmHg. Aqueles com níveis pressóricos $\geq 140/90$ mmHg foram tidos como portadores não controlados (PIERIN, et al 2001).

5 RESULTADOS

Constatou-se que a população de hipertensos estudada do município de Picuí/PB apresenta maior percentual de indivíduos do sexo feminino (86,5%) e de idosos (55,9%), o que confirma o alto número de aposentados ou pensionistas (68,7%). Caracterizada também pela baixa escolaridade (84,2%) e renda, pois cerca de 60% dos entrevistados convivem em famílias com renda familiar mensal per capita menor ou igual a um quarto do salário mínimo, considerando o salário mínimo de R\$ 724,00, vigente na data de realização da pesquisa (TABELA 2).

Outro dado revela que 13,1% dos hipertensos entrevistados residem sozinhos, 35% com mais de um pessoa no domicílio e os demais dividem o espaço da família com 2 ou até 7 moradores, bem como, em sua maioria apresentam estado civil estável (58,5%), ou seja, possuem cônjuges.

Tabela 2- Características sócio demográficas da população hipertensa do município de Picuí/PB, 2014.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Feminino	257	86,5
Masculino	40	13,5
Faixa etária		
Adulto	131	44,1
Idoso	166	55,9
Estado civil		
Sem conjugue	122	41,5
Com conjugue	172	58,5
Ocupação		
Tem trabalho	28	9,5
Desempregado	3	1,0
Aposentado/pensionista	204	68,7
Dona de casa	45	15,2
Escolaridade		
Sem escolaridade	104	35,0
Ensino fundamental	146	49,2
Ensino médio, técnico e superior	47	15,8
Renda familiar mensal per capita*		
< ¼ de um salário mínimo	108	37,9
> ¼ de um salário mínimo	177	62,1

FONTE: Dados coletados em Picuí /PB, de abril a julho de 2014.

* 12 dados perdidos

Os dados da Tabela 3 referentes aos dados de morbidade da população hipertensa, apontam que um considerável percentual de hipertensos convivem com a patologia a mais de 5 anos (71,9%). Levando em consideração as variáveis relacionadas com a HAS, evidenciou-se que a amostra é composta por hipertensos que apresentam alta carga de morbidade, que se

associa como risco para o desenvolvimento de DCV e de síndrome metabólica, visto que, 34% dos hipertensos apresentam obesidade, 73,1% possuem RCQ acima da faixa da normalidade, 56,6% afirmam possuir dislipidemias e 47,8% não pratica nenhum tipo de atividade física, são sedentários em sua maior parcela. Apesar de não serem portadores de DM (71,1 %). Além disso, 12,1% dos hipertensos afirmam terem sido internados pelo menos uma vez no ano de 2013, devido a complicações da hipertensão.

Tabela 3- Características de morbidade da população hipertensa do município de Picuí/PB, 2014.

VARIÁVEL	N	%
Tempo de hipertensão*		
Até 2 anos	31	10,9
Entre 3 e 5 anos	49	17,2
Entre 5 e 10 anos	93	32,6
Mais de 10 anos	112	39,3
Diabetes		
Não	213	71,7
Sim	84	28,3
Dislipidemia		
Não	168	56,6
Sim	129	43,4
Estado nutricional		
Abaixo do peso	16	5,4
Peso ideal	94	31,6
Levemente acima do peso	86	29,0
Obesidade	101	34,0
Relação cintura quadril		
Risco aumentado	217	73,1
Baixo risco	80	26,9
Prática de atividade física		
Prática	142	47,8
Sedentário	155	52,2

FONTE: Dados coletados em Picuí /PB, de abril a julho de 2014.

* 12 dados perdidos

Em relação às variáveis sobre a atenção à saúde dispostas na Tabela 4 a maior parte dos entrevistados afirma que é fácil conseguir consulta nas UBS e 28,1% realizam consultas nestas unidades com o médico ou enfermeiro. Em relação à frequência de realização das consultas, diagnosticou-se que aproximadamente 46,5% realizam consulta uma vez por ano ou passam mais de um ano para realizar uma consulta, enquanto 20% se consultam mais de uma vez ao mês. Quando questionado o motivo desta frequência de realização de consultas 84,5% afirmaram que buscavam o atendimento de forma espontânea. Outro dado relevante é sobre a participação nas ações educativas promovidas pelas unidades básicas de saúde da família, pois os resultados mostram que 59,6% nunca foram convidados ou que foram convidados e/ou participaram apenas uma única vez das atividades.

Quanto aos medicamentos, um elevado número de entrevistados relatou que procura adquirir os medicamentos por meio de farmácias (57,2%), especialmente do tipo popular (51,5 %). 54,2% dos hipertensos conseguem todos os medicamentos prescritos do Sistema Único de Saúde (SUS) e quando não conseguem os medicamentos gratuitamente a maioria referiu realizar a compra (73,1 %) (Tabela 4). O valor médio gasto com a medicação anti-hipertensiva variou entre R\$ 1,00 e R\$ 290,00, a despesa mensal média calculada foi de R\$ 46,86, e o percentual gasto com medicação correspondeu a 4,38% da renda mensal da família.

Tabela 4- Características de atenção á saúde da população hipertensa do município de Picuí/PB, 2014.

VARIÁVEL	N	%
É fácil conseguir uma consulta*		
Sim	214	72,8
Não	80	27,2
Quanto em quanto tempo vai se consultar		
Mais de uma vez no mês/uma vez no mês	43	19,5
De 2 em 2 meses	28	12,7
De 3 em 3 meses	36	16,3
De 6 em 6 meses	52	23,5
Uma vez no ano/outro	138	46,5
O que faz ir com esta frequência ao posto		
Espontâneo	251	84,5
Algum profissional solicita	46	15,5
Participou de ações educativas		
Nunca foi convidado	111	37,4
Foi convidado, mas não participou/participou uma vez	66	22,2
Participou	120	40,4
Onde procura adquirir os medicamentos		
Procura conseguir pelo SUS	127	42,8
Compra em farmácias	170	57,2
Aquisição de medicamentos		
Consegue todos	161	54,2
Não consegue	95	32
Consegue parte	41	13,8
Quando não consegue os medicamentos compra		
Sim	217	73,1
Não	80	26,9

FONTE: Dados coletados em Picuí/PB, de abril a julho de 2014.

*3 dados não coletados.

De acordo com a Tabela 5 constatou-se que 59,3% da população hipertensa estudada possui PA controlada e 62,5% não aderem ao tratamento medicamentoso segundo o teste Morisky e Green. Com relação ao tratamento não medicamentoso verificou-se que 55,9% reduziram o consumo de sal e 82,2% conseguiram parar de fumar.

A PA da população estudada apresentou-se controlada no momento da coleta de dados e não demonstrou nenhuma variação percentual significativa ao comparar os hipertensos dos diferentes estratos socioeconômicos analisados na Tabela 5. Ao associar a renda familiar per

capta com as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso por meio do teste Morisky e Green e ao tratamento não medicamentoso, verificou-se que não há diferença estatística entre as variáveis analisadas, porém o grupo de maior risco social merece destaque para o teste Morisky e Green; consumo de sal, de frutas, de verduras e legumes; e tabagismo, visto que apresentou menor adesão ao tratamento hipertensivo quando comparado ao grupo com melhor condição de renda.

Tabela 5 - Adesão ao tratamento da população hipertensa do município de Picuí/PB segundo estratos socioeconômicos, 2014.

VARIÁVEL	HIPERTENSOS		ESTRATOS SOCIOECONÔMICOS				P
	N	%	< ¼ do SM		> ¼ do SM		
			N	%	N	%	
Controle da Pressão¹							
Controlada	176	59,3	26	60,5	147	60,7	,972
Não controlada	121	40,7	17	39,5	95	39,3	
Morisky e Green²							
Adesão	111	37,5	24	55,8	151	62,7	,395
Não adesão	185	62,5	19	44,2	90	37,3	
Como está sua alimentação quanto ao sal³							
Reduzi muito o sal	162	55,9	22	52,4	134	56,8	,597
Reduzi pouco/ não reduzi o sal	128	44,1	20	47,6	102	43,2	
Aumentou o consumo de frutas, verduras e legumes⁴							
Sim, alimento-me varias vezes	96	35,0	11	29,7	83	36,7	,410
Pouco ou não consome	178	65,0	26	70,3	143	63,3	
Conseguiu parar de fumar⁵							
Sim, parei de fumar	125	82,8	13	68,4	107	85,6	,061
Reduzi ou não consegui parar de fumar	26	17,2	6	31,6	18	14,4	

FONTE: Dados coletados em Picuí – PB, de abril a julho de 2014.

¹12 casos perdidos; ²1 caso perdido; ³7 hipertensos não foram orientados a reduzir o sal da dieta; ⁴24 hipertensos não foram orientados a aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes; ⁵2 hipertensos não são ou eram tabagistas.

Ao associar a escolaridade do hipertenso com as variáveis relativas à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, dispostas na Tabela 6, constatou-se que, assim como observado para a variável renda per capita, a escolaridade não se observou associação estatística.

Porém um dado merece destaque, que quanto menor a escolaridade maior é o percentual de não adesão ao tratamento para o teste de Morisky e Green, menor consumo de frutas, verduras e legumes e menor o número de hipertensos que após o tratamento conseguiu parar de fumar (TABELA 6).

Tabela 6- Adesão ao tratamento da população hipertensa do município de Picuí/ PB e sua associação com a escolaridade, 2014.

VARIÁVEL	ESCOLARIDADE						P
	Sem escolaridade		Ensino fundamental		Ensino médio, técnico e superior		
	N	%	N	%	N	%	
Controle da Pressão¹							
Controlada	62	59,6	84	57,5	30	63,8	,744
Não controlada	42	40,4	62	42,5	17	36,2	
Morisky e Green²							
Adesão	60	57,7	93	64,1	32	68,1	,403
Não adesão	44	42,3	52	35,9	15	31,9	
Como está sua alimentação quanto ao sal³							
Reduzi muito o sal	58	58,0	80	55,6	24	52,2	,801
Reduzi pouco ou não reduzi o sal	42	42,0	64	44,4	22	47,8	
Aumentou a alimentação com frutas, verduras e legumes⁴							
Sim, alimento-me varias vezes	30	31,9	47	34,6	19	43,2	,428
Pouco ou não	64	68,1	89	65,4	25	56,8	
Conseguiu parar de fumar⁵							
Sim, parei de fumar	47	79,7	65	84,4	13	86,7	,703
Reduzi ou não consegui parar de fumar	12	20,3	12	15,6	2	13,3	

FONTE: Dados coletados em Picuí – PB, de abril a julho de 2014.

¹12 casos perdidos; ²1 caso perdido; ³7 hipertensos não foram orientados a reduzir o sal da dieta; ⁴24 hipertensos não foram orientados a aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes; ⁵2 hipertensos não são ou eram tabagistas.

Desta forma, os fatores socioeconômicos analisados neste estudo parecem não interferir de forma importante na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS. Constatando assim que os fatores socioeconômicos para os hipertensos estudados parecem não apresentar-se como o principal determinante da falta de adesão ao tratamento hipertensivo, sendo assim, é possível que haja uma falta de atenção à saúde do hipertenso, visto que buscam espontaneamente o posto de saúde para realização de consultas com o médico ou enfermeiro, ou seja, não há um controle ou acompanhamento longitudinal do paciente. Outro fato que confirma este argumento é a forma de aquisição da medicação em farmácias.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo apontou que a população hipertensa do município de Picuí é composta em sua maior parcela por indivíduos do sexo feminino e idosos, assim como Ferreira et al (2009) encontrou em seu estudo desenvolvido com a população brasileira, com base nos dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e Zaitune et al (2006) entre hipertensos residentes na área urbana do município de Campinas, São Paulo, Brasil, o que segundo os autores se justifica pelo fato que as mulheres tendem a ter um maior cuidado com a saúde e buscam mais os serviços de atendimento médico que os homens, e desta forma, há uma maior probabilidade de diagnóstico.

Caracteriza-se ainda como uma população vulnerável por apresentar baixa escolaridade e renda. Neste sentido, Picuí se caracteriza como um município de baixo desenvolvimento humano, localizado na microrregião do seridó oriental paraibano, que apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico e escolar.

Sobre o risco social Taveira e Pierin (2007) em uma pesquisa desenvolvida com três UBS na região oeste de São Paulo, evidenciaram que o fator socioeconômico não é o único predisponente à falta de controle no tratamento da hipertensão, mas que pode interferir, pois, a condição socioeconômica é um marcador social importante e sua ação irar refletir na problemática da doença e tratamento, como também apontado por Ramos (2009) que observou em seu estudo desenvolvido como funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, que o fator escolaridade e renda são de suma importância para o tratamento da hipertensão, por ser uma patologia crônica que exige modificação no estilo de vida e o entendimento sobre a importância do tratamento.

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo observou-se que as atitudes comportamentais frente à tomada de medicamentos, por meio do teste Morisky e Green, aproximadamente 65% da população estudada não adere ao tratamento medicamentoso. Os principais motivos para a não adesão ao tratamento farmacológico, encontrados por Giroto et al (2013) onde foi o esquecimento e achar que a PA estava controlada, desta forma percebe-se que é necessário que o hipertenso compreenda a patologia e a importância de um tratamento regular e contínuo. Para Pessoa (2008) o serviço de saúde corrobora para a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, visto que há o fornecimento de prescrições inelegíveis e pouco claras, por parte dos profissionais de saúde, pois, quanto mais informado o paciente estiver, melhor será a adesão ao tratamento medicamentoso e não

medicamentoso. O profissional de saúde é o principal responsável por orientar e esclarecer todas as informações necessárias ao paciente, relacionadas com o tratamento da HAS, seja ela verbal, escrita ou visual. Jardim (2005) afirma que é necessário que o profissional de saúde tenha a preocupação com o preenchimento da prescrição, adotando linguagem simples e detalhada, ressaltando a necessidade do uso contínuo.

Ao relacionar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com a variável renda familiar mensal *per capita*, obteve-se que um percentual considerável para o grupo de alto risco social, pois, para o teste Morisky e Green; consumo de sal, de frutas, de verduras e legumes; e tabagismo, apresentou não adesão ao tratamento hipertensivo quando comparado ao grupo com melhor condição de renda. Para Soares et al (2012) quanto menor a renda, menor será o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde.

Evidenciam-se como causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo à falta de adesão ao consumo de frutas, legumes e verduras, controle de peso corpóreo, a prática de atividade física e ao controle no consumo de sal. Outra evidência da não adesão ao tratamento não medicamentoso é o risco ao qual a população hipertensa está submetida, por apresentar alta carga de comorbidades, apresentando desta forma alto índice de obesidade, RCQ e considerável percentual de dislipidemias, como apontado pelo estudo de Bonadiman et al (2012). Piati et al (2009) encontraram em sua pesquisa realizada com hipertensos cadastrados no hiperdia de uma UBS no estado do Paraná, que mais de 50% dos entrevistados encontravam-se com sobrepeso/obesidade e CC acima da normalidade, conferindo maior risco de desenvolvimentos de novas patologias cardiovasculares, o que ressalta a necessidade de melhorar a adesão ao tratamento, visto que, o controle de peso é um dos fatores que interfere no tratamento anti-hipertensivo, pois, quanto menor o controle de peso, maior será a possibilidade para o desenvolvimento de comorbidades. Segundo Zaitune et al (2006) para cada quilograma (KG) de peso corpóreo perdido ocorre uma redução de um milímetro de mercúrio na pressão arterial.

O baixo consumo de frutas, legumes e verduras evidenciado na pesquisa relaciona-se de forma negativa com o alto índice de obesidade e RCQ e conseqüentemente aterosclerose e DCNT. Pesquisas recentes sugerem que os micronutrientes como os minerais, as vitaminas, as fibras alimentares, os antioxidantes e os fotoquímicos presentes nas frutas, legumes e vegetais, atuam reduzindo a probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, aterosclerose e também alguns tipos de câncer (MARTINS, et al 2010).

Embora a população hipertensa tenha apresentado boa aderência à realização de atividade física após o tratamento da hipertensão, 52,2% não pratica nenhum tipo de atividade

física. Giroto et al (2013) e Piati et al (2009) presumiram em seus estudos que os hipertensos associam o controle da PA apenas com a redução do consumo de sal, desta forma pressupõe-se e a insuficiente atuação da equipe de saúde da atenção básica. Destaca-se ainda que a atividade física tem demonstrado efeitos benéficos no controle da HAS, pois com a prática da atividade física regular aeróbica pode reduzir em média 3,8 mmHg na pressão sistólica e de 2,6 mmHg na pressão diastólica, e desta forma reduzir as complicações ocasionadas pela patologia (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

Ao comparar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso entre os hipertensos estudados segundo estrato socioeconômico e escolaridade não se observou associação estatística, o que corrobora com os estudo de Santa Helena et al (2010) desenvolvido na cidade de Blumenau e de Figueiredo e Asakura (2010) em São Paulo. Porém argumenta-se que a condição socioeconômica seja um fator que pode interferir no tratamento da hipertensão, assim como na origem da patologia.

O menor poder aquisitivo reduz o poder de compra, o que pode dificultar, desta forma, a aquisição de medicamentos e de uma alimentação equilibrada e adequada, como observado por Pierin et al (2001) em uma pesquisa, realizada com 205 hipertensos atendidos pela primeira vez em um serviço ambulatorial de um hospital de ensino da cidade de São Paulo.

Com relação à escolaridade Abreu (2007) e Moreira (2003) discutem que a falta de formação escolar dificulta o entendimento da patologia e as orientações recomendadas pelos profissionais de saúde, o que faz com que o hipertenso após o diálogo com o profissional de saúde apresente dúvidas e não consiga retirá-las, onde muitas vezes até por medo, prejudicando a aderência ao tratamento hipertensivo, favorecendo o agravo da doença.

Neste estudo o fator socioeconômico não se mostrou predisponente a não adesão ao tratamento, sendo assim configura-se a atenção à saúde como um componente de suma importância neste processo. Foi observado que em sua maioria a população hipertensa de Picuí busca os serviços de atenção básica esporadicamente (anualmente) de modo espontâneo e outra parcela (19,5%) busca o serviço uma vez ou mais no mês, constatando assim uma falta de resolução, de acompanhamento e controle da doença, resultado possivelmente da desorganização do serviço na perspectiva de um atendimento longitudinal. Como evidenciado por Malfatti e Assunção (2011) nos municípios da região do Vale do Rio Pardo (RS), ainda há preocupação quanto à eficácia do desenvolvimento das ações do programa de saúde da família, mesmo após a implantação do SIAB descreve que atua também como vigilante. Para Assís et al (2012) a atenção a saúde do hipertenso funciona como um fator protetor ao desenvolvimento de complicações, em especial no âmbito de educação em saúde, por atuar no

desenvolvimento de ações que tornem a adesão ao tratamento não medicamentoso mais intenso, fazendo com que o paciente adira a dieta e a prática de exercícios físicos.

Com relação ao desenvolvimento de atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos pertinentes à HAS, como por exemplo, as atividades educativas desenvolvidas em grupo, evidenciou-se que aproximadamente 60% nunca foram convidados e/ou participaram uma única vez das mesmas. É um dado preocupante, pois são hipertensos que convivem com a patologia de forma crônica, sendo necessária a participação de atividades educativas, pois estas apresentam potencial para desenvolver maior autonomia do sujeito na realização de seu auto cuidado, na perspectiva de mudança, que colabora para melhor aderência ao tratamento e consequentemente melhor qualidade de vida.

Além de torna-se um multiplicador, como dialoga Faquinello et al (2010) em uma pesquisa desenvolvida no município de Maringá/PR, que as reuniões em grupo possibilitam a troca de saberes a partir de vivências pessoal e/ou coletiva, favorecendo a adesão ao tratamento.

Outro dado que merece destaque é a forma de aquisição da medicação que é realizada nas farmácias, desta forma verifica-se que a população possui um bom acesso a medicação, bem como investe uma pequena parcela do rendimento mensal para a aquisição das mesmas. Ribeiro e Neto (2011) propõem no estudo realizado na cidade de Rio Verde/GO que quanto mais fácil à acessibilidade aos remédios, maior será a tendência à adesão ao tratamento farmacológico, porém não é o que se observou no presente estudo, visto que os hipertensos não aderem ao tratamento medicamentoso, como mencionado anteriormente. No estudo de Duarte et al (2010) realizado na cidade de Botucatu, que buscava identificar os motivos dados pelos pacientes ao abandono do seguimento médico no cuidado com a HAS, onde dentre os principais motivos destacaram-se os fatores relevantes à organização do serviço de saúde, como exemplo a mudança constante de médico, impossibilidade de acesso ao especialista, dentre outras. Então, é fato que a estrutura, organização do serviço de saúde e o serviço prestado pela equipe de multiprofissionais, interferem de forma direta na adesão ao tratamento hipertensivo (MENDES, et al 2014).

A adesão ao tratamento hipertensivo não é um caminho fácil de se trilhar, mas para que se alcance este objetivo é preciso organização e para que haja organização é necessário uma equipe multiprofissional empenhada, pois o conhecimento de cada profissional irá propiciar maior gama de informações e diferentes visões da problemática, culminando em, maior aprendizado e resolubilidade (SANTOS, et al 2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que a população hipertensa de Picuí apresentou adesão ao tratamento hipertensivo pouco satisfatório, e que o fator socioeconômico não é o principal predisponente para esta falta de adesão ao tratamento hipertensivo.

Os resultados trazem um alerta, que é preciso repensar a atenção à saúde de nível básico, ofertada a população hipertensa do município de Picuí, visto que se apresentaram de forma pouco eficaz no tocante ao acompanhamento do tratamento dos pacientes portadores de HAS. Além dos dados obtidos, expressam que a população necessita de um melhor esclarecimento quanto ao tratamento medicamentoso, no que diz respeito à importância e eficácia da medicação, quanto ao horário, posologia, e os agravos ocasionados pela descontinuidade do tratamento sem orientação médica. Outro dado relevante é a importância de seguimento dietoterápico no tratamento de comorbidades.

Assim, é necessário que se haja um planejamento das atividades multiprofissional, envolvendo a equipe de saúde da família e a comunidade hipertensa, para que possa fortalecer o vínculo entre o hipertenso e a equipe de saúde que compõe as UBS. Sugere-se que a princípio, a equipe multiprofissional, a que compõe a unidade básica de saúde realizem uma busca ativa dos hipertensos que não aderem ao tratamento e a partir de então identifiquem os motivos para a falta de continuidade no tratamento.

A educação em saúde é uma das maneiras eficientes no controle da doença hipertensiva, visto que a abordagem multiprofissional possibilita maior interação dos profissionais que compõem a rede de atenção básica e os usuários, fazendo com que o profissional de saúde tome ciência da problemática individual e coletiva envolvida na falta de adesão ao tratamento e discutam e busquem junto ao hipertenso a melhor forma de resolução. Por meio desta, irar favorecer a adesão ao tratamento, menor será a probabilidade de agravos, danos e gastos ocasionados pela falta de tratamento.

Assim, pensando no contexto de Brasil, é interessante que o governo invista no diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde dos hipertensos. Pois, a HAS é uma patologia multifatorial e que necessita do acompanhamento de toda uma equipe especializada (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde) para que possa desenvolver o melhor atendimento possível e conseqüentemente melhor adesão ao tratamento.

Desta forma, conclui-se que a realização da pesquisa propiciou ao município de Picuí das ações e serviços prestadas a população hipertensa, visto que, possibilitou a caracterização

da população hipertensa, verificação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, identificação dos fatores de risco que influenciam a adesão e conhecimento das ações e serviços prestados pela atenção a saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. N. D. C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem.** 2007. 93f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Universidade Estadual do Ceará. 2007.
- AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.** Medicina, Ribeirão Preto, 1996.
- ASSÍS, L. C.; SIMÕES, S. O. M.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2012.
- BONADIMAN, R. L.; BONADINAN, S. L.; SILVA, D. A. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos no PSF Guaritá, Itaperuna-RJ. **Acta Biomedica Brasiliensia**, 2012. 3 v.
- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico,** Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16), 2006.
- _____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

_____. **Conselho Nacional de Saúde (BR)**. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.

_____. **Ministério da Saúde**. Passo a passo das ações do departamento de Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, Brasília, 2001.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, 2004. 10 v.

COCKERHAM, W. C. **Social causes of health and disease**, 2007.

CONSENSO Brasileiro de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, Campos do Jordão, 1998.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2003.

DATASUS. **Hiperdia**. Disponível em: ><http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia><. Acesso em: 13 de janeiro de 2015, às 23:44 hs.

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**, 2010.

FAQUINELLO, P.; CORREIA, L.; MARCON, S. S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2010.

FERREIRA, S. R. G. et al.; Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, 2009.

GALOBARDES B. et al. Indicators of socioeconomic position. **Epidemiol. Community Health**, 2006.

GIROTTI, E. et al; Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013.

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

INSTITUTO brasileiro de geografia e estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251140&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 12 de janeiro 2015.

ISHITANI, L. H. et. al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2006.

JARDIM, P. C. B. V.; Cuidando da hipertensão no consultório. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2005.

KAPLAN, N. M.; OPIE, L. H. Controversies in cardiology 2: controversies in Hypertension (series). **Lancet**, 2006.

MAHAN, L. K.; STUMP, S. E. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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**, 2011.

MARTINS, M. P. S. C. et al; Consumo Alimentar em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, 2010.

MENDES, L. M. O. et al; Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, 2014. 20 v.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. São Paulo: **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2001. 47 v.

NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

PESSOA, V. V. B. **Percepção dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, acompanhados pelo programa de saúde da família de Camboinha, sobre as recomendações não medicamentosas. Cabedelo, Paraíba- Brasil.** 2008. 78f. Tese (mestrado concentração em Ciências da Nutrição). Programa de pós-graduação em ciências da nutrição da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, 2008.

PÉRES, D. S.; MAGNA, M. G. VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, 2003.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2009. 16v.

PIERIN, A. M. G. et al.; O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2001. 35v.

RAMOS, D. N. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo pró-saúde.** 2009. 115f. Tese (mestre/doutor em epidemiologia). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

RIBEIRO, E. G.; NETO, S. B. C.; Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, 2011. 3v.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS). São Paulo: **SES/SP**, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Guia de referência rápida. Hipertensão. **Manejo clínica da hipertensão em adultos.** Superintendência de Atenção Primária a Saúde, 2013;

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, 2005.

SOARES, M. M. et al. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 2010. 95v.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil 4, 2011.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, 2003. 81v.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível sócio econômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2007. 15v.

TEXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial: O cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery R. Enfermagem**, 2006.

VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008

ZAITUNE, M. P. A. et al; Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: **Cadernos Saúde Pública**, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Cálculo do tamanho da amostra

$N = 1409$ Hipertensos

$N_1 = 446$, Hipertensos do PSF Centro.

$N_2 = 525$, Hipertensos do PSF Limeira.

$N_3 = 359$, Hipertensos PSF Pedro Salustino.

$N_4 = 79$, Hipertensos do PSF Cenecista.

Dessa forma temos que,

$$W_1 = \frac{N_1}{N} = \frac{446}{1409} \cong 0,32$$

$$W_2 = \frac{N_2}{N} = \frac{525}{1409} \cong 0,37$$

$$W_3 = \frac{N_3}{N} = \frac{359}{1409} \cong 0,25$$

$$W_4 = \frac{N_4}{N} = \frac{79}{1409} \cong 0,06$$

$$\text{e que, } V = \left(\frac{e}{Z_\alpha} \right)^2 = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 \cong 0,000651$$

onde:

$Z_\alpha = 1,96$ é o valor da distribuição amostral (explicitada pelo modelo normal) que corresponde ao nível de confiança de 95% e,

$e = 0,05$ é o valor permitido para a diferença máxima entre um resultado da amostra e os valores reais das frequências estudadas.

Logo,

$$n^* = \frac{\sum W_h P_h Q_h}{V} = \frac{(0,32 \cdot 0,5 \cdot 0,5) + (0,37 \cdot 0,5 \cdot 0,5) + (0,25 \cdot 0,5 \cdot 0,5) + (0,06 \cdot 0,5 \cdot 0,5)}{0,000651} = \frac{0,08 + 0,09 + 0,06 + 0,02}{0,000651} \cong 384$$

e

$$n = \frac{n^*}{1 + \frac{n^*}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{384}{1409}} = \frac{384}{1 + 0,2725337} = \frac{384}{1,2725337} \cong 302$$

Temos ainda que,

$$n_1 = \left(\frac{n}{N} \right) \cdot N_1 = \frac{302}{1409} \cdot 446 \cong 96$$

$$n_2 = \left(\frac{n}{N} \right) \cdot N_2 = \frac{302}{1409} \cdot 525 \cong 112$$

$$n_3 = \left(\frac{n}{N} \right) \cdot N_3 = \frac{302}{1409} \cdot 359 \cong 77$$

$$n_4 = \left(\frac{n}{N} \right) \cdot N_4 = \frac{302}{1409} \cdot 79 \cong 17$$

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a) _____ . Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Adesão ao tratamento de hipertensos e o controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes acompanhados pelas unidades básicas de saúde da família na zona urbana do município de Picuí.”** que está sendo desenvolvida pelos professores da Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde Prof. POLIANA DE ARAÚJO PALMEIRA e Prof. VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA CARDOSO, em parceria com a gestão municipal.

O objetivo do estudo é conhecer a situação de saúde, alimentação e cuidado prestado aos portadores de hipertensão arterial, cadastrados e acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Picuí. Ao participar desta pesquisa o Senhor (a) não receberá nada de valor em troca, entretanto os resultados da mesma poderão trazer benefícios à população de Picuí, pois possibilitará um melhor acompanhamento dos hipertensos atendidos e ainda servirá de base para o desenvolvimento de ações preventivas e de controle da hipertensão arterial.

Sua participação incluirá:

- Responder um questionário contendo perguntas sobre o atendimento prestado na unidade de saúde, sobre você e sua família;
- Realizar medição de peso, altura, circunferência da cintura e do quadril, e da pressão arterial;

Pedimos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Garantimos que o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis, para a sua saúde ou qualquer tipo de desconforto. Não haverá nenhum tipo de recompensa financeira por participar do estudo.

Esclarecemos que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Podemos desistir de participar a qualquer momento.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, por meio do telefone (83)33721900.

Contato do comitê de ética:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

Diante do exposto eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa “Adesão ao tratamento de hipertensos e o controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes acompanhados pelas unidades básicas de saúde da família na zona urbana do município de Picuí”.

Picuí, ___/___/___

Nome ou Assinatura do Sujeito Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável



APÊNDICE C – Questionários para coleta de dados

PSF: _____ ACS: _____

Nome: _____ Data da

entrevista: ___/___/_____

Endereço: _____

Nº de questionário: _____

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE- SÓCIO DEMOGRÁFICAS

Idade: _____	Estado Civil	Ocupação	Escolaridade
Sexo: () Feminino () Masculino	() Solteiro () Casado () Mora junto	() Empregado formal _____ () Empregado informal (Bicos)	() Sem escolaridade () Sabe ler e escrever () Ensino Fundamental Incompleto
Raça: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela	() Viúvo () Separado () Outros	() Desempregado () Aposentado () Pensionista () Dona de casa () Outro _____	() Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Curso técnico ou profissionalizante () Curso Superior

Número de moradores do domicílio: _____

Detalhar renda	Morador 1	Morador 2	Morador 3	Morador 4	Morador 5	Morador 6	Morador 7	Morador 8
Origem da renda								

(1) Bolsa família (2) Outro programa social (BPC) (3) Aposentadoria/pensão (4) Trabalho informal/bicos (5) Trabalho formal

VARIÁVEIS RELACIONADAS À DOENÇA

Há quanto tempo o (a) senhor (a) é hipertenso?	Você já teve alguma complicação devido a pressão alta? () Sim () Não
Há quanto tempo o (a) senhor (a) é acompanhado no PSF? _____	Se sim, () AVC () ICC () Enfarte () outros _____ Foi internado alguma vez no ano de 2013 por causa da pressão? () Sim () Não Se sim, Quantas vezes? _____

FATORES ASSOCIADOS

Hereditariedade	Diabetes Melitus	Dislipidemias
() Mãe ou Pai com HÁ () Mãe e Pai com HA	() Sim	() Sim
() Nem pai, nem mãe () Algum dos avós	() Não	() Não
() Outro parente(____) () Ninguém () Não sabe informar		

A) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE – Conhecimentos e Crenças Sobre a HAS

A1) Com quem você procura informações sobre pressão alta? (Pode marcar mais de uma alternativa)

() Com profissionais de saúde () Através de mídia (televisão, revistas, jornais, documentários, internet)

() Informações provenientes de familiares e amigos () Não procura informações

1. Outro meio: _____

A2) Você conhece quais são os fatores que contribuem para uma pessoa ser hipertensa? () Sim () Não

Se, sim. Quais são esses fatores? _____

B) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE – Estrutura dos Serviços

B1) Você tem alguma dificuldade para ir até o posto de saúde? () Sim () Não

B2) Se sim, qual a principal dificuldade para chegar até o serviço de saúde?

() A distância é grande para ir a pé () Necessidade de acompanhante () Afazeres domésticos com casa e filhos

() Não pode faltar o trabalho () Custo financeiro, pois precisa de condução/transporte

() Outros: _____

B3) É fácil conseguir uma consulta no posto de saúde? () Sim () Não

Por quê? _____

B4) Você mede a pressão de quanto em quanto tempo?

- () uma vez por semana () duas vezes por mês () uma vez por mês () uma vez a cada 2 meses
 () uma vez a cada 3 meses () uma vez a cada seis meses () não verifica
 Aonde você mede? () Posto de Saúde () Em casa por alguém do posto () Em casa por alguém da família
 () Farmácia () Hospital () Outros: _____

B5) Quanto aos medicamentos você:

- () Procura conseguir pelo SUS
 () Compra em farmácias: Popular () Comum ()
 Poderia indicar o valor gasto por mês com a compra de medicamentos: _____

B6) Quanto aos medicamentos do SUS, você:

- () Consegue todos os medicamentos prescritos () Consegue em parte os medicamentos prescritos
 () Não consegue os medicamentos prescritos

B7) Onde você não consegue os medicamentos prescritos gratuitamente, o que você faz? (pode marcar mais de uma)

- () Compra a medicação () Fica sem tomar o medicamento até conseguir gratuitamente no posto
 () Troca o medicamento por outro mais acessível, por conta própria () Consegue emprestado com vizinhos
 () Pede para o médico passar outro que esteja disponível () Outro: _____
 () Não se aplica

B8) Quando você precisa realizar exames (sangue, pressão, ou consultas com cardiologia), qual é a maior dificuldade? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- () O posto de saúde não marca os exames () Não consigo marcar () Existe muita burocracia
 () Os exames são caros para fazer particular () Demora para conseguir
 () Os serviços especializados não querem aceitar as solicitações de exames
 () Outro: _____ () Não se aplica

C) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE – Processo de Atendimento**C1) De quanto em quanto tempo você vai se consultar no posto de saúde com médico ou enfermeiro?**

- () Mais de uma vez no mês () de 3/3 meses () outro
 () Uma vez no mês () de 6/6 meses
 () de 2/2 meses () 1x/ano

C2) O que faz você ir com essa frequência ao posto de saúde? () espontâneo () algum profissional solicita**C3) Algum profissional do posto orienta o retorno à consulta? () Sim () Não**

Se sim, com que frequência:

- () Mais de uma vez no mês () de 3/3 meses () outro
 () Uma vez no mês () de 6/6 meses
 () de 2/2 meses () 1x/ano

C4) Você é acompanhado por algum profissional do Posto de Saúde em seu domicílio? () Sim () Não

Se, sim. Quem é esse profissional? () médico () enfermeiro () nutricionista () auxiliar de enfermagem
 () dentista () Agente Comunitário de Saúde (ACS) () fisioterapeuta () fonoaudiólogo () outro _____

C5) Quanto ao número de consultas, você considera que:

- () Está adequado () Deveria ter mais consultas () Deveria ter menos consultas

C6) De modo geral, você gosta do atendimento do posto de saúde? () Sim () Não () Em parte

Por quê? _____

C7) Se você pudesse o que melhoraria no atendimento do posto de saúde? _____**C8) Você já participou de ações educativas promovidas pelo posto de saúde (palestras, oficinas)?**

- () Nunca foi convidado () Participou uma vez
 () Foi convidado, mas não participou () Participou mais de uma vez

D) VARIÁVEIS RELACIONADAS À TERAPÊUTICA: Farmacológica**D1) Quantos medicamentos você utiliza no momento?**

- () Um () Dois () Três () Mais de três () Nenhum

D2) TESTE DE MORISKY E GREEN

		Sim	Não
01	Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?		
02	Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?		
03	Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar seu remédio?		
04	Quando você se sente mal com o remédio, às vezes deixa de tomá-lo?		

D3) Você já ficou sem tomar o remédio alguma vez? () Sim () Não

Se sim, Por quê?

- Esquecimento Não acha necessário tomar todos os remédios
 Tem medo de misturar os medicamentos e ter efeitos colaterais
 Tem dificuldades em conseguir todos os medicamentos, e toma os que tem em casa
 Outro: _____ Não se aplica

D4) Com que frequência você esquece de tomar a medicação?

- Sempre Raramente Nunca Às vezes

D5) Quando você esquece de tomar a medicação, o que você faz?

- Toma assim que lembra Deixa para tomar no outro dia
 Não fica preocupado (a), pois não está sentindo nada
 Outro: _____ Não se aplica

E) AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL -

Medida da Pressão Arterial: 1° _____ 2° _____ 3° _____

F) DADOS ANTROPOMETRICOS

Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC (Kg/m ²)	Est.Nutricional	Cintura (cm)	Quadril (cm)	RCQ

G) AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO RECOMENDADO

G1) Você foi orientado a reduzir seu peso corporal? Sim Não Não, nunca estive acima do peso

Você conseguiu reduzir seu peso?

- Sim, e atingi o peso desejado Sim, mas não atingi o peso desejado
 Não consegui reduzir o peso Não se aplica

G2) Você foi orientado a reduzir o sal da sua alimentação? Sim Não

Como está sendo sua alimentação quanto ao sal?

- Reduzi muito o sal da dieta/minha alimentação é feita separada
 Reduzi pouco o sal da dieta Não reduzi o sal da dieta Não se aplica

G3) Você foi orientado a aumentar sua alimentação com frutas, verduras e legumes? Sim Não

Você aumentou sua alimentação com frutas, verduras e legumes?

- Sim, alimento-me várias vezes ao dia Sim, mas como pouco.
 Não, pois não gosto desses alimentos Não se aplica

G4) Você consome bebidas alcoólicas? Sim Não

Se sim: > 3x por semana 1 a 3 vezes por semana 1 a 2 vezes por mês 3 a 4x por ano

Você foi orientado a reduzir seu consumo de bebidas alcoólicas? Sim Não Não, nunca bebi

Você conseguiu reduzir seu consumo de bebidas alcoólicas?

- Sim, não bebo mais/bebo apenas raramente em quantidades menores
 Sim, reduzi um pouco, mas ainda exagero algumas vezes
 Não modifiquei minha maneira de beber Não se aplica

G5) Você pratica algum tipo de atividade física (caminhada, andar de bicicleta, academia popular)?

Regular 30 a 40 minutos, 3 a 5x por semana Irregular Não Pratica

Você foi orientado a realizar exercícios físicos regulares? Sim Não

Você passou a fazer exercícios físicos após iniciar o tratamento da hipertensão?

- Sim Não Não se aplica

G6) Você fuma ou já fumou? Sim Quanto tempo? _____ Não Ex-tabagista Fumou: _____ anos
Parou: _____ anos

Você foi orientado a parar de fumar? Sim Não

Você conseguiu parar de fumar?

- Sim, parei de fumar Não, mas reduzi o consumo de cigarros
 Não consegui para de fumar Não se aplica

Se a resposta foi a alternativa "**Não conseguiu parar de fumar**", responda:

Você já tentou deixar de fumar alguma vez? Sim Não

Se sim, porque acha que não conseguiu? _____

Você acha que o cigarro lhe prejudica de alguma forma? Sim Não

Por quê? _____

G7) Você foi orientado sobre os tipos de medicamentos que podem aumentar sua pressão? Sim Não

Você tem evitado esses medicamentos: descongestionantes, AINES (Antiinflamatórios não-esteroidais),

corticóides?

- Sim, não uso mais alguns medicamentos porque sei que aumentam minha pressão
 Algumas vezes, quando é mais necessário, ainda uso alguns medicamentos
 Não evito nenhum medicamento por causa da pressão
 Não se aplica

H) QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL (MINICHAL-BRASIL)

Nos últimos 7 dias...	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, bastante	Sim, muito
H1. Tem dormido mal?				
H2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?				
H3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?				
H4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?				
H5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?				
H6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?				
H7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?				
H8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?				
H9. Tem se sentido esgotado e sem forças?				
H10. Teve a sensação de que estava doente?				
H11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
H12. Teve inchaço nos tornozelos?				
H13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?				
H14. Tem sentido a boca seca?				
H15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
H16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?				
H17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?				

I) FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR

Agora peça que o senhor(a) lembre como foi a sua alimentação na última semana (7 dias)
O senhor comeu _____ ? Em em quantos dias ?

ALIMENTO/BEBIDA	Não	1	2	3	4	5	6	Todos
I1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
I2. Legumes e verduras cozidas (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (Não considerar batata e mandioca)								
I3. Frutas frescas ou salada de frutas								
I4. Feijão								
I5. Leite ou iogurte								
I6. Batata frita, batata de pacote e salgadinhos fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
I7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
I8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
I9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
I10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

Observações:

--

ANEXOS

ANEXO B – Documento de autorização para realização da pesquisa



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.pb.gov.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 08.619.650/0001-21



DOCUMENTO DE ACEITAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO ORGÃO PARCEIRO

Declaro para os devidos fins que este município, representado pela Secretária de Saúde, concorda e autoriza o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DE PACIENTES ACOMPANHADOS PELAS UBSF NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB" coordenado pela Prof. Ms. Poliana Palmeira de Araújo do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família da zona urbana do município.

Picuí, 12 de março de 2014

MARIA LÚCIA DANTAS XAVIER
Secretária Municipal de Saúde



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão ao tratamento de hipertensos e o controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes acompanhados pelas unidades básicas de saúde da família na zona urbana do município de Picuí.

Pesquisador: POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31041114.7.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 816.132

Data da Relatoria: 15/09/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal de base populacional a ser realizado com hipertensos atendidos em Unidades de Saúde da Família do município de Picuí - PB

Objetivo da Pesquisa:

Relacionar a adesão do tratamento hipertensivo com o estado de vulnerabilidade social e avaliar aspectos relacionados com a qualidade de vida e a alimentação no controle da hipertensão arterial em pacientes atendidos pelas Unidades de Saúde da Família na zona urbana de Picuí.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos previsíveis, para a saúde dos sujeitos ou qualquer tipo de desconforto. Apresentando como benefícios à gestão municipal de Picuí poderá analisar a execução de suas ações e a partir deste diagnóstico formular de maneira mais eficaz o desenvolvimento de ações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de campo, a ser realizada com usuários hipertensos, atendidos pela atenção básica do município de Picuí-PB. Estudo de relevância por buscar definir aspectos multifatoriais, que

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 816.132

possibilitem apresentar dificuldades na manutenção do tratamento da hipertensão sistêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autores realizaram as modificações sugeridas no TCLE e o projeto está adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br