



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Camila Raposo Fonsêca

Dalyane Karolyne de Araújo Vasconcelos

Deilana Azevedo Barbosa

Mylena Pessoa Capistrano

**Avaliação do controle da pressão arterial em hipertensos assistidos por  
uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande-PB.**

Campina Grande

2014

Camila Raposo Fonsêca

Dalyane Karolyne de Araújo Vasconcelos

Deilana Azevedo Barbosa

Mylena Pessoa Capistrano

**Avaliação do controle da Pressão Arterial em hipertensos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande-PB.**

**Trabalho de Conclusão do Curso apresentado para obtenção do grau de médico no Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande**

**Orientador: Prof. Dr. Saulo Rios Mariz**

Colaboradores:

Prof<sup>a</sup> MsC. Berenice Ferreira Ramos

Prof<sup>a</sup> Imara Correia de Queiroz Barbosa

Prof<sup>a</sup>. Maria Jeanette Oliveira Silveira

Prof. Dr. Gérson Bragagnoli

Campina Grande, Julho, 2014.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG

F676a

Fonseca, Camila Raposo.

Avaliação do controle da pressão arterial em hipertensos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande - PB / Camila Raposo Fonseca, Dalyane Karolyne de Araújo Vasconcelos, Deilana Azevedo Barbosa, Mylena Pessoa Capistrano. -- 2014.

69 f. il.: Color.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Prof. Saulo Rios Mariz, Dr.

1. Hipertensão. 2. Epidemiologia. 3. Atenção básica em saúde. 4. Vigilância em Saúde. I. Autor. II. Título.

CDU 616.12-008.331.1:616-084 (813.3)

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos esse trabalho primeiramente a Deus, por nos capacitar a concluí-lo, iluminando-nos diariamente. Em segundo, dedicamos aos nossos pais, por tornar tudo isso possível.

## **AGRADECIMENTOS**

À Unidade Básica de Saúde da Família João Rique por nos ter recebido e acolhido tão bem.

À Dra Jeanette Silveira por sempre facilitar e colaborar diretamente com nosso trabalho.

A cada Agente Comunitária da Saúde: Ana, Jaqueline, Carla, Amanda, Simone e Romilda, nosso obrigada por toda a disponibilidade, por nos acompanhar nas longas caminhadas às visitas domiciliares, sob sol ou chuva, pela paciência e tempo dispensado. Obrigada, vocês foram essenciais!

Agradecemos, sobretudo, a cada paciente, que voluntariamente contribuiu com nossa pesquisa.

Ao nosso estimado orientador, Professor Dr. Saulo Mariz, que esteve conosco desde o início da nossa jornada acadêmica e nos guiou em nossa conclusão. Agradecemos por todo aprendizado que nos foi repassado, por toda compreensão e disponibilidade.

À Professora Imara Barbosa, dedicamos um agradecimento especial por todo precioso ensinamento, por toda valiosa discussão clínica, pela disposição e colaboração nesse estudo.

Ao nosso Professor Dr. Gerson Bragagnoli e a Paulo Roberto Medeiros de Azevedo pelos ensinamentos e indispensáveis colaborações na análise estatística de nossos resultados.

A Emmanuelle Lira Cariry por estar sempre disposta a ajudar.

À Dr<sup>a</sup>. Berenice Ferreira Ramos por ter sido nosso principal apoio no início dessa jornada.

Por fim, agradecemos às nossas famílias e amigos por todo apoio nesses quatro anos de estudo e dedicação à pesquisa.

## RESUMO

Fonseca, C. R.; Araújo, D. K.; Barbosa, D. A.; Capistrano, M. P. **Avaliação do controle da Pressão Arterial em hipertensos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande-PB. – Campina Grande, 2014. 70f. Tese (Monografia). Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2014.**

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, que se associa ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, principal causa de óbitos no nosso país. Assim, torna-se imprescindível a elaboração de estratégias em saúde que visem à diminuição e/ou controle dos fatores de risco cardiovasculares, principalmente no tocante à hipertensão arterial, bastante prevalente em nosso meio. Para tanto, é necessário que haja avaliações de tais estratégias para que as mesmas possam ser aperfeiçoadas, modificadas ou criadas novas formas que se adequem e abranjam uma maior quantidade de hipertensos controlados. Com base nesse contexto, o presente estudo objetivou avaliar o controle pressórico e a influência de alguns fatores a ele associados em uma amostra de hipertensos assistidos na atenção básica. Para tanto, realizou-se um estudo de série temporal, com abordagem observacional, descritiva e longitudinal, durante quatro anos (2010-2014), através do acompanhamento e aplicação de questionários dirigidos a 56 hipertensos de uma Unidade Básica da Saúde da Família em Campina Grande-PB. Após a conclusão da pesquisa, não foi observada diferença significativa ( $p=0,1819$ ) no controle da PA entre os anos de 2010 e 2014, sendo que, inicialmente, 41,07% dos hipertensos atingiram a meta e, em 2014, apenas 33,92%. Apesar da amostra estudada não encontrar-se, predominantemente, na meta pressórica estabelecida, pode-se afirmar, que em comparação com os resultados encontrados na literatura brasileira, observamos sempre um melhor controle da Hipertensão, sugerindo que outros serviços de saúde deveriam se espelhar nas estratégias de intervenção empregadas pelo

serviço estudado. Dessa forma, pudemos identificar os pontos fortes do tratamento instituído (como o estímulo à dieta), que sugerimos que devem ser continuados e propagados a outros serviços de saúde, bem como identificamos os pontos de fragilidade (estímulo à prática de exercício físico e redução de peso, abandono ao tabagismo e alcoolismo, intervenções na qualidade de vida relacionada à saúde), que sugerimos que devam ser revistos ou criadas, se necessárias, novas estratégias multidisciplinares, de intervenções individuais e coletivas. Dessa forma, torna-se possível buscar um tratamento mais eficaz da hipertensão, visando sempre a uma melhoria das condições de saúde e de vida dos pacientes e, conseqüentemente, aumentando as taxas de controle da PA.

**Descritores:** hipertensão, epidemiologia, atenção básica, vigilância em saúde.

## ABSTRACT

Fonseca, C. R.; Araújo, D. K.; Barbosa, D. A.; Capistrano, M. P. **Assessment of blood pressure control in hypertensive patients assisted by a Family Health Basic Unit in Campina Grande-PB. – Campina Grande**, 2014. 70 f. Graduation Thesis. Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2014.

Systemic arterial hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure, associated to increased risks of cardiovascular events, main cause of death in our country. Therefore, it becomes essential to create health strategies aiming reduction and/or control of cardiovascular risk factors, especially regarding arterial hypertension, very common in our region. To do so, there must be reviews of such strategies so they can be improved, modified or new ones could be created to suit and cover a larger number of hypertensive patients with blood pressure under control. Based on this context, this study aims to assess blood pressure control and the influence of some factors associated in a sample of hypertensive patients assisted in Primary Care. To this end, a time series study with observational, descriptive and longitudinal approach was performed for four years (2010-2014), through assessment and questionnaire application to 56 hypertensive patients in a Basic Family Health Unit in Campina Grande – Paraíba. After survey conclusion, no significant difference in blood pressure control between the years of 2010 and 2014 was observed, except that initially 41,07% of patients reached the target, against only 33,92% in 2014. Although the studied sample did not present, in their majority, the ideal blood pressure values, it can be stated that, in comparison to the results found in general Brazilian literature, this study observed a better control of blood pressure throughout the years, suggesting that others health centers should base their intervention strategies on the one used by this studied unit. This way, throughout the study, we have been able to identify strengths of the used treatment (like encouragement to diet), which we suggest that should be

continued and disclosed to other health care centers, as well as we have been able to identify the weaknesses (encouragement to exercise practice and weight loss, tobacco and alcohol use cessation, interventions in Health Related Life Quality), that we suggest that should be revised or new strategies should be created, interdisciplinary, if possible, for individual and collective interventions. This way, it becomes possible to search for a more effective treatment for hypertension, always aiming an improvement of patients' health and life condition and, consequently, increasing rates of blood pressure control.

**Descritores:** hypertension, epidemiology, primary care, health surveillance.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CA	Circunferência Abdominal
DCV	Doença (s) Cardiovascular (es)
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
FR	Fator (es) de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MINICHAL	<i>Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial</i>
MS	Ministério da Saúde

NCEP	<i>National Cholesterol Education Program</i>
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PROBEX	Programa de Bolsa de Extensão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande – PB), quanto à caracterização da amostra	34
Tabela 2- Comparação do IMC em 2010 e em 2014 dos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB)	36
Tabela 3- Comparação da CA em 2010 e em 2014 dos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB)	38
Tabela 4- Comparação da quantidade de fármacos anti-hipertensivos utilizados, em 2010 e em 2014, pelos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB)	39
Tabela 5- Resultados do teste de Wilcoxon (unilateral) em relação a comorbidades, quantidade de fármacos, Minichal total e tratamento e IMC nos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB)	39
Tabela 6- Resultados do teste de comparação de proporções (unilateral) comparando o nível de significância em relação a desfecho cardiovascular, meta da PA, exercício físico e dieta nos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB)	40
Quadro 1 - Classificação da HAS quanto aos níveis de pressão arterial	19

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>1. OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
1.1 Geral	17
1.2 Específicos	17
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>18</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
3.1 Tipo de estudo	27
3.2 Pesquisa Bibliográfica	27
3.3 Área de Atuação	27
3.4 Público Alvo	28
3.5 Delineamento do estudo e instrumento de coleta de dados	29
3.6 Análise estatística	32
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>40</b>
<b>6. CONCLUSÕES</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE I</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE II</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE III</b>	<b>67</b>

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se ao aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais sendo estes a principal causa de óbitos no nosso país. A hipertensão é considerada o maior fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A doença é mais comum entre as mulheres (26,9%) que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, contra apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos (PORTAL BRASIL, 2014). Pesquisas de base populacional realizadas em cidades do Sudeste e Sul apresentaram uma prevalência de 22,3% a 43,9%, respectivamente, de indivíduos hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A alta prevalência desta afecção tem grande impacto social e econômico, sobrecarregando o sistema de saúde pelo alto custo tanto do tratamento, quanto das internações decorrentes das complicações da hipertensão arterial, sendo, por isso, um problema de saúde pública. Considerando morbidade e mortalidade, a HAS não controlada é responsável pelo maior ônus social e econômico à população e ao setor de saúde, repercutindo fortemente sobre a previdência social (ELLIOT, 2003). Logo, há uma necessidade emergencial da Rede Pública de Saúde em atender as necessidades e a demanda dos pacientes hipertensos. No Brasil, 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O conhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (obesidade, sedentarismo,

dislipidemias, dentre outros), modificam a história evolutiva desta afecção é fundamental para a tomada de decisões acerca do tratamento e acompanhamento dos hipertensos. O Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, tais 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. Sem o controle destes fatores, os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As ações em saúde direcionadas aos pacientes hipertensos, além de melhorar a qualidade e a expectativa de vida destes, aprimora o acesso e a qualidade dos serviços prestados no SUS, fortalece e qualifica estrategicamente o Programa Governamental Saúde da Família, atualmente nominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A melhora clínica e laboratorial dos pacientes e as interferências das ações implantadas na evolução da doença, aumentam a confiança dos pacientes nos serviços prestados e na equipe que os assiste, melhorando a atenção primária em saúde, o que interfere diretamente na redução da demanda para a atenção terciária, dos grandes hospitais, ainda muito procurada para diagnóstico e tratamento da afecção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Portanto, para atingir tais metas é necessário realizar um conjunto de ações de educação, promoção e prevenção em saúde e diagnóstico precoce da hipertensão arterial, com ênfase no controle dos fatores de risco, no tratamento adequado da doença e no manejo correto das complicações.

O desafio colocado diante dos gestores do SUS, direcionado tanto para a hipertensão arterial como para outras patologias, consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que promova um diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e

corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dessa forma, torna-se imprescindível atuar no âmbito desse desafio, como se propõe o presente estudo, a fim de buscar melhoras sobre o conhecimento desta afecção e o controle da mesma junto à população (através de medidas individuais e coletivas) em parceria com outras áreas de atuação da saúde, com ações multidisciplinares.

Sendo assim, nosso trabalho pretende avaliar a situação de saúde da população hipertensa de uma determinada comunidade em Campina Grande (PB), analisando indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados à HAS, auxiliando a equipe de saúde da família que atende esta população a melhorar a atenção prestada e a buscar soluções para as dificuldades encontradas durante este acompanhamento.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Avaliar o controle pressórico de uma amostra de pacientes hipertensos assistidos por uma UBSF em Campina Grande (PB).

### **Objetivos específicos:**

Caracterizar epidemiologicamente a amostra estudada comparando-a com os dados encontrados na literatura;

Avaliar o impacto da adesão aos tratamentos (medicamentoso e não medicamentoso) no controle pressórico da hipertensão arterial sistêmica da população estudada;

Avaliar a influência da presença de comorbidades no controle da pressão arterial.

Avaliar a influência da qualidade de vida relacionada à saúde no controle da pressão arterial;

Avaliar a influência das intervenções em saúde relacionadas aos hipertensos realizadas pela Equipe Saúde da Família na amostra estudada;

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa de caráter multifatorial, que altera, basicamente, o equilíbrio entre os sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vascular, resultando na redução da luz dos vasos e conseqüente lesão dos órgãos por eles irrigados, sobretudo os mais sensíveis à variação da PA, assim como da própria vasculatura. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI edição), a HAS é definida como sendo uma enfermidade na qual o paciente apresenta valores de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e diastólica maiores ou iguais a 90 mmHg, em pelo menos três aferições.

Em termos de níveis pressóricos, classifica-se a HAS conforme as categorias apresentadas no Quadro 1. Tal classificação é essencial para o diagnóstico e início do tratamento, inclusive na definição de condutas ao longo do curso evolutivo da doença.

**Quadro 1.** Classificação da HAS quanto aos níveis de pressão arterial.

Categoria	Valores de referência em mmHg	
	PA sistólica	PA diastólica
Hipertensão limítrofe	130 – 139	85 – 89
HAS estágio I	140 – 159	90 – 99
HAS estágio II	160 – 179	100 – 109
HAS estágio III	≥180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	<90

No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% dos indivíduos com 40 anos ou mais. Esse número é crescente e passou de 22,5%, considerando o total da população brasileira, em 2006, para 24,3% em 2012; sendo mais frequente nas mulheres (26,9%) do que nos homens (21,3%) (VIGITEL, 2012). Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 8% dos adolescentes do país sejam hipertensos, sendo maior a

prevalência no sexo masculino, 8,75 % do que no feminino, 6,31%, nessa faixa etária (MAGLIANO *et al.*, 2013), em contraposição a distribuição por gênero na população geral. Em 2013, de acordo com dados do Ministério da Saúde, os idosos hipertensos alcançavam quase 60% e entre as mulheres com mais de 75 anos a prevalência de hipertensão podia chegar a 80% na década de 90 (LESSA, 1998). Diante dessa alta prevalência, principalmente em faixas etárias mais avançadas, e da carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à HAS, essa doença constitui-se como um problema grave de saúde pública no país.

De acordo com Tavares e Ribeiro (2006): “A definição operacional de hipertensão arterial poderia ser entendida como sendo o estado hipertensivo no qual a ação de tratar ultrapassa os benefícios da ação de não tratar”. Dessa forma, pode-se afirmar, com embasamento, que o diagnóstico precoce e posterior tratamento desses pacientes são de suma importância para melhorar a qualidade de vida e prevenir desfechos cardiovasculares, assim como reduzir a morbimortalidade relacionada a essa patologia. Entretanto, por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados por parte dos profissionais de saúde e dos próprios pacientes, sendo o principal determinante de um controle inadequado dos níveis pressóricos, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso aos medicamentos.

Um fator que prejudica tanto a prevenção quanto o tratamento dos pacientes hipertensos é o aspecto socioeconômico, sendo os indivíduos de classes econômicas mais desfavorecidas, mais susceptíveis ao desenvolvimento da HAS e suas complicações (JARDIM *et al*, 2007; MELO *et al*, 2013).

No que concerne ao controle pressórico no Brasil foi realizada uma revisão sobre os artigos já publicados, que mostrou os maiores níveis de controle (57,6%) foram relatados em uma pesquisa multicêntrica em 100 municípios e na cidade de São José do Rio Preto (SP) (52,4%), enquanto as taxas mais baixas (cerca de 10%) foram identificadas em microrregiões do Rio Grande do Sul e na cidade de Tubarão (SC) (PINHO, PIERIN, 2013).

Um estudo transversal, de base populacional, realizado na cidade de Nobres (MT), revelou que 61,9% dos hipertensos faziam tratamento medicamentoso e destes, 24,2% apresentavam PA controlada no momento da aferição (ROSÁRIO *et al*, 2009). Outros dois estudos realizados em Goiânia (GO) (JARDIM *et al*, 2007) e em Cuiabá (MT) (CASSANELLI, 2005) revelaram um controle da PA de 12,9% e de 16,6%, respectivamente.

Dessa forma, pode-se concluir que o controle da HAS apresenta uma grande variação nas diversas regiões do país, posto que o mesmo seja resultado de um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária; aspectos de imensa heterogeneidade no Brasil, país de dimensões continentais e imensas desigualdades sociais.

A HAS, como patologia multifatorial, está associada a diversos fatores de risco, como faixa etária, sexo, grupo étnico, nível socioeconômico, tabagismo, consumo de álcool, ingestão salina, uso de anticoncepcionais, antecedentes familiares, estresse emocional, diabetes e obesidade. Além disso, apresenta também componente hereditário, com a implicação de inúmeros genes, ainda não totalmente esclarecidos; sendo, portanto, considerada uma doença poligênica, na qual os fatores genéticos interagem entre si e com os fatores anteriormente citados culminando em elevação dos níveis pressóricos e nas consequências de tal situação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O DALY (Anos de Vida perdidos Ajustados por incapacidade) é um indicador de saúde que mede os anos de vida perdidos, seja por morte prematura (*YLL – Years of Life Lost – Anos de vida perdidos por morte prematura*) ou incapacidade (*YLD – Years Lived with Disability – Anos de vida vividos com incapacidade*) em relação a uma esperança de vida ideal cujo padrão utilizado foi o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres). Um estudo avaliou 67 fatores de riscos relacionados a mortalidade e constatou que a pressão elevada foi o fator que apresentou DALY mais elevado, seguido pelo tabagismo e alcoolismo, respondendo por 9,4 milhões

de mortes e 7% do DALY global em 2010 (KINTSCHER, 2013). Ainda segundo esse estudo, isso acontece em virtude da HAS ter um papel primordial na patogênese das doenças cardiovasculares (DCV), sendo uma das patologias de maior risco para complicações cardiovasculares, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões (PESSUTO, CARVALHO, 1998).

As DCV, apesar de estarem apresentando uma redução significativa nos últimos anos, têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al*, 2011). Dentre os fatores de risco cardiovasculares para a mortalidade, a hipertensão arterial está associada a 40% das mortes por acidente vascular encefálico e a 25% por doença coronária. Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal.

O tratamento da HAS engloba tanto o não farmacológico quanto o farmacológico, tendo ambos, importância semelhante; seja na redução da PA, na prevenção primária, ou na prevenção das complicações. Além disso, a tarefa de assegurar a adesão do paciente a um tratamento de longo prazo (quase sempre pelo resto da vida), normalmente com mais de um fármaco (com seus efeitos colaterais e/ou adversos), bem como o estímulo aos hábitos de vida saudáveis, são também parte fundamental desse tratamento, constituindo uma terceira vertente do plano terapêutico para o paciente hipertenso.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico, na prevenção primária da hipertensão e de suas complicações, e constituem o tratamento não farmacológico. Valente (2006) afirma que “uma variedade de modificações dietéticas e no estilo de vida são benéficas no tratamento da hipertensão, incluindo restrição de sal, redução do peso e possivelmente aumento da ingestão de potássio e cálcio, além de dieta vegetariana ou com suplementos de óleo de peixe”. Além disso, sobrepeso,

sedentarismo, o tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. O álcool, particularmente, ainda tem o poder de diminuir a potência dos anti-hipertensivos, sendo que o efeito dessa droga sobre a PA só é revertido após duas semanas do seu abandono (PIERIN *et. al.*, 2001). Sem estes procedimentos complementares, mesmo doses progressivas de medicamentos, não resultarão em alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

As Diretrizes Brasileiras de HAS (sexta edição) apresentam, em valores numéricos, os imensos benefícios dos hábitos saudáveis de vida no indivíduo hipertenso: limitar o consumo de álcool reduz até 4 mmHg da PA, a redução da ingestão de sal para valores menores do que 2 gramas por dia pode reduzir a PA em até 8 mmHg e finalmente, a prática regular de atividade física reduz em até 9 mmHg a PA. Ademais, a redução de 10 kgs de peso corporal pode diminuir em 5 a 10 mmHg a PA, sendo este último o principal contribuinte do tratamento não farmacológico.

Em relação à obesidade, sabe-se que é um fator de risco independente para HAS e para mortalidade, principalmente, em mulheres (GUS *et al*, 1998). O Índice de Massa Corporal (IMC) e a Circunferência Abdominal (CA) são índices antropométricos capazes de prever o excesso de peso (GUS *et al*, 1998). A CA está relacionada à gordura intra-abdominal, sendo também capaz de prever o risco cardiovascular (POULIOT *et al*, 1994). De acordo com o *National Cholesterol Education Program* (NCEP) - *Adult Treatment Panel III* (ATPIII) preconiza-se que o ponto de corte para a CA deve ser de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. Assim, a redução do peso corporal é o principal componente do tratamento não farmacológico, por promover a maior redução da PA, de forma independente, como dito anteriormente, além de diminuir o risco cardiovascular.

Apesar dessas evidências, hoje incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e

duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Evidências demonstram maior eficácia de estratégias que visam às modificações de estilo de vida, quando são aplicadas a um número maior de pessoas ou a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e, como consequência da estratégia, a sua redução, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude.

Em relação ao controle da hipertensão através da utilização de medicamentos, recomenda-se, no início do tratamento, para hipertensos leves, uma droga pertencente a uma das 5 classes de anti-hipertensivos que reduzem o risco cardiovascular com consequente diminuição da morbimortalidade, a saber: diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II, segundo as Diretrizes de Hipertensão Arterial (6ª edição). Quando não há controle da pressão arterial com monoterapia ou surgem efeitos adversos, pode-se aumentar a dose da droga em uso, adicionar uma segunda droga ou substituir a monoterapia (MION, PIERIN, GUIMARÃES, 2001).

Com o objetivo de prevenção da HAS e redução da carga de doenças devidas às doenças cardiovasculares em geral, estratégias de saúde pública são necessárias na abordagem de fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição a fatores de risco, trazendo benefícios para a saúde individual e coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse sentido, em 1994, o Ministério da Saúde implantou a Estratégia de Saúde da Família e, segundo a maioria dos coordenadores estaduais (71%) e dos secretários municipais de saúde (95,4%), a ESF vem se constituindo em uma política de reorganização da atenção básica à saúde no Brasil (PAIVA, PERSUSA, ESCUDER, 2006).

A ESF tem um plano de “reorganização da atenção primária aos portadores de Hipertensão arterial e de Diabetes *Mellitus*”, sendo uma estratégia que visa aumentar a prevenção, diagnóstico e a acessibilidade ao tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus através da reorganização da Rede

Básica dos Serviços de Saúde/SUS (aproximadamente 40 mil unidades) dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento. O objetivo dessa política é reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular com a consequente melhoria da qualidade de vida da população (MACIEL, 2010; MELO et al, 2013).

Essa política governamental, a ESF, conta com uma equipe multiprofissional, constituída basicamente de médico, enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe é de fundamental importância para o acompanhamento dos pacientes visando à prevenção e o tratamento das patologias encontradas, sendo a HAS, uma das consideradas de maior prioridade (MACIEL, 2010).

Segundo Lessa (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos. São relevantes o acompanhamento e a conscientização dessas pessoas sobre a importância do tratamento, principalmente para evitar e/ou retardar as complicações da doença.

Um estudo, realizado em 2013 com usuários de medicações anti-hipertensivas no Rio Grande do Sul, avaliou o conhecimento dos hipertensos sobre as medicações usadas por eles. Sobre os resultados viu-se que o conhecimento sobre o nome do fármaco foi alto entre os mais prescritos, captopril (88,8%) e propranolol (74,4%). No entanto entre os diuréticos, cerca de 2\3 dos usuários não sabiam para qual problema de saúde foram prescritos. Chegou-se a conclusão que o conhecimento dos portadores de HAS sobre seu tratamento é limitado, principalmente entre os de maior idade, menor escolaridade, entre os negros e com maior número de medicamentos prescritos. Esse estudo é importante, pois evidencia a importância da atenção básica no acompanhamento desse paciente hipertenso, não só na distribuição de medicação gratuita, mas na orientação da forma correta de usá-los; pois disso depende a efetividade da terapêutica e consequentemente do controle pressórico (MOTTER *et al*, 2013).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 30% dos hipertensos desconhecem sua doença. Isto se torna um dado preocupante visto que a Hipertensão Arterial é uma doença crônica e progressiva. Devido a isso, faz-se necessário a busca ativa por indivíduos que se encaixem nesse quadro, focando em um diagnóstico precoce e na prevenção do aparecimento de complicações e otimizando, assim, a assistência à saúde pela rede pública.

Diante do que foi exposto até agora, e pelo fato de que a probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão é de 90% (VASAN, 2002), é que reconhecemos a importância da prevenção, diagnóstico, tratamento e conscientização da população em relação a esse agravo; medidas essas somente possíveis com um atendimento integral, sistemático e multiprofissional ao paciente hipertenso, ao qual se propõe a atenção básica.

Em virtude disso, escolhemos a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) João Rique, localizada em Campina Grande (PB) para analisar a situação de saúde e a qualidade de vida dos hipertensos, com enfoque no controle pressórico, conscientizando não só os pacientes com HAS, como também a comunidade assistida. Esta Unidade conta com aproximadamente 500 hipertensos, com faixa etária heterogênea, tendo desde adolescentes a idosos, sendo, portanto, um ótimo campo para a realização do presente trabalho.

Mesmo com a implementação da ação educativa, de forma individual e coletiva, não se pode ter a certeza de que todos os indivíduos receptores das diretrizes de conscientização em saúde aderiram a uma nova proposta de vida. Mas esperamos que, ao seguir os modelos e as sugestões implantadas pelo próprio Ministério da Saúde e adaptadas, conforme as necessidades da comunidade envolvida neste estudo, tenhamos contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que aderiram ao programa.

Baseamo-nos no fato de que o Ministério da Saúde (MS), orientado pela Organização Mundial da Saúde, e coletor de todos os dados de pacientes portadores de HAS, tenha a fundamentação teórica mais correta para a implementação de políticas de prevenção e promoção da saúde. Portanto, aderimos à mesma política tendo em mente de que esta é forma mais correta para o sucesso: buscando o coletivo para atingir o individual e o individual para

atingir o coletivo, através das estratégias propostas pelo MS e que já foram citadas aqui.

Desse modo, trabalhamos também para que o resultado não aconteça apenas por um pequeno período, mas que se prolongue por toda a vida daquele que receber a educação em saúde e que possa ser repassado ao decorrer das gerações familiares.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

O estudo define-se como um estudo de série temporal, com abordagem observacional, descritiva e longitudinal.

### Pesquisa bibliográfica

Precedendo a parte experimental do trabalho, realizamos uma pesquisa bibliográfica a fim de atualizar os nossos conhecimentos sobre o tema, otimizando a elaboração do projeto de pesquisa e nos capacitando para etapas estratégicas da pesquisa, como coleta e análise dos dados, além da discussão dos resultados obtidos.

No presente trabalho foram pesquisadas publicações científicas em bases de dados virtuais, como *scielo* e *pubmed*, utilizando como ferramenta de busca os seguintes descritores: Hipertensão arterial, qualidade de vida, tratamento, fisiopatologia, fatores de risco, epidemiologia; em língua inglesa e portuguesa. Foram pesquisados livros e outras publicações dos anos de 1994 a 2014, sendo selecionados assuntos relacionados ao cuidado da HAS no SUS, ao diagnóstico e tratamento da HAS, aos fatores de risco relacionados à HAS, a prevalência de HAS, entre outros temas aqui abordados e discutidos.

### Área de Atuação

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família João Rique, localizada na cidade de Campina Grande-PB.

O município de Campina Grande está localizado no Agreste Paraibano, distante 120 km de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, possui uma área de pouco mais de 594 Km<sup>2</sup> e uma população de 385.213 habitantes (IBGE, 2011).

A UBSF João Rique está localizada na Rua Paulo Sérgio, sem número, no Bairro de Bodocongó, situada a menos de 1 km do Campus I da UFCG.

### **Público-Alvo**

Utilizou-se uma amostra de 56 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pertencente a determinadas microáreas do bairro de Bodocongó, assistidos pela Equipe I da UBSF envolvida na pesquisa.

Para participarem da presente pesquisa, os pacientes deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão:

1. Pacientes com diagnóstico médico de hipertensão, assistidos pela Equipe I da UBSF João Rique;
2. Consentirem voluntária e espontaneamente em participar do presente estudo, oficializando tal consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-APÊNDICE III). Quando da assinatura do TCLE, os pacientes também receberam esclarecimentos de que a não aceitação em participar da pesquisa não influenciaria no serviço de saúde prestado e que, mesmo aceitando participar, teriam o direito de desistir a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos;
3. Após a aceitação da participação, compuseram a amostra avaliada, todos os pacientes que responderam aos questionários em anexo (ANEXO I e APÊNDICE I) no início do estudo, ano de 2010, e que continuaram a participar livremente das ações em saúde e a serem acompanhados pelos executores e colaboradores deste estudo, durante os quatro anos correntes;
4. Responder novamente o mesmo questionário no ano de 2014;
5. A amostra inicial, no ano de 2010, era de 107 pacientes. No decorrer dos quatro anos da pesquisa houve perdas devido a: óbitos; mudanças de endereço da área de abrangência do projeto; desistências em continuar a participar do projeto; faltas

recorrentes às reuniões do Hiperdia associado à dificuldade de encontrá-los em casa mesmo após três visitas subsequentes.

### **Delineamento e execução do estudo e instrumento de coleta de dados**

Os instrumentos de coleta de dados foram os questionários (ANEXO I e APÊNDICE I).

No ano de 2010 esta pesquisa, na forma de projeto extensão à época, foi submetida ao Programa de Bolsa de Extensão – PROBEX (normatizado pela resolução N°04/2009) da Universidade Federal de Campina Grande e avaliado por um Comitê Interno de Extensão, tendo recebido aprovação para sua execução a partir de março/2010, pelo código CCBS25. Posteriormente à vigência do PROBEX 2010, o presente estudo continuou a ser executado, de modo voluntário, com aplicação de questionários e ações de promoção e prevenção em saúde, conforme necessidade individual e coletiva dos participantes voluntários. Tais medidas foram continuadas no decorrer dos anos a fim de darmos prosseguimento à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde em longo prazo.

A pesquisa foi realizada em dois ambientes distintos: a UBSF João Rique e nos domicílios dos usuários assistidos pela mesma Unidade e acompanhados pelos executores e colaboradores deste projeto desde o ano de 2010. Dessa forma apenas uma parte dos usuários foi submetida aos questionários no Hiperdia (Sistema de atenção Clínica da Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus na Atenção Básica), que ocorre semanalmente às quintas-feiras, dentro da própria UBSF. Os demais usuários que não foram ao encontro semanal dos hipertensos na UBSF, responderam aos questionários nos seus próprios domicílios, através de visitas realizadas pelos participantes da pesquisa juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde, da UBSF referida.

Os pacientes com diagnóstico prévio de HAS, inicialmente foram convidados a participar da pesquisa (primeiro em 2010 e novamente em 2014) e, em caso de aceitação, assinaram o TCLE. Em seguida responderam aos questionários sobre

qualidade de vida relacionada à saúde (MINICHAL-BRASIL, ANEXO I) e conhecimento da doença/comorbidades para estudo epidemiológico (APÊNDICE I), ambos aplicados no ano de 2010.

O MINICHAL (*Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial*) foi desenvolvido na Espanha em 2001 e validado para a língua portuguesa no ano de 2008. Contém 16 questões de múltipla escolha organizadas em dois fatores: Estado Mental (10 questões), Manifestações Somáticas (6 questões) e uma questão para verificar como o paciente avalia a forma pela qual a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na sua qualidade de vida. O paciente deve responder às questões fazendo referência aos últimos sete dias. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo *Likert* (0= Não, absolutamente; 1=Sim, um pouco; 2= Sim, médio; 3= Sim, muito). A pontuação máxima para o Estado Mental é de 30 pontos e para as Manifestações Somáticas é de 18 pontos. Nessa escala, quanto mais próximo de 0 estiver o resultado, considerando o conjunto das questões, melhor a qualidade de vida. A questão 17, que avalia a percepção geral de saúde do paciente, é pontuada na mesma escala *Likert*, porém não se inclui em nenhum dos dois domínios. As perguntas do MINICHAL foram adaptadas à realidade social e cultural dos pacientes, conforme recomenda o seu estudo de validação (SCHULZ, 2008).

No questionário exposto no APÊNDICE I, os dados coletados abrangeram idade, sexo, estado civil, renda pessoal, grau de instrução, presença de comorbidades como: (Insuficiência renal crônica (IRC), angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), arritmia, diabetes mellitus (DM), obesidade, dislipidemias, acidente vascular encefálico (AVE), oftalmopatia hipertensiva). Além disso, informações sobre medicamentos em uso, tempo de HAS, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal (CA), realização de exercícios físicos, dieta, história familiar de HAS, entre outros dados.

Em relação a prática de exercícios físicos, foi questionado se o paciente praticava ou não exercício, qual o tipo de exercício e foi considerada como positiva a resposta os pacientes que se exercitavam três ou mais vezes por

semana. Os pacientes que responderam se exercitar menos que três vezes por semana, foram considerados como sedentários.

Já a dieta foi analisada a partir do consumo de frutas e legumes e de salgadinhos. Os que relataram consumo de frutas e verduras em uma quantidade maior do que três a seis vezes por semana foram considerados positivos para realização da dieta. Os que relataram consumir salgadinhos (coxinhas, pastéis, esfirras, pipocas industrializadas, entre outros) em uma frequência inferior a três vezes por semana, foram considerados positivos para a dieta. Para preencher o quesito dieta, o paciente precisava somar o alto consumo de frutas e legumes com o baixo consumo de salgadinhos.

A PA foi aferida em ambos os braços, três vezes consecutivas para cada paciente, com intervalo de 1 minuto entre elas. A PA considerada foi a média das últimas duas medidas. De acordo com a sexta edição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os hipertensos foram agrupados em três estágios como foi reportado, anteriormente, no quadro 1.

Ainda de acordo com as Diretrizes em questão, classificamos os hipertensos em controlados ou não controlados, caso estivessem ou não dentro das metas propostas pelas Diretrizes: a meta para hipertensos estágios I e II, com risco cardiovascular baixo e médio, é uma PA menor que 140 por 90mmHg; e para hipertenso e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco (diabetes *mellitus*, síndrome metabólica ou lesão em órgãos alvo), a meta é menor que 130 por 80 mmHg. Para hipertensos com insuficiência renal com proteinúria menor que 1 g/L a meta é 130 por 80 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O parâmetro para verificar a obesidade dos pacientes foi o IMC (Índice de Massa Corporal). O IMC é calculado dividindo-se o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros). De acordo com a Portaria Nº 424 de 19 de março de 2013 do Ministério da Saúde, a partir do IMC, a obesidade é classificada da seguinte forma: IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>, considerado normal; entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> é

sobrepeso; entre 30 e 34,9kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau I; entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau II e maior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup> obesidade grau III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo as Diretrizes de Hipertensão Arterial (sexta edição), para avaliação da obesidade visceral, recomenda-se como parâmetro a circunferência abdominal (CA) visto que a relação cintura quadril não se mostrou superior na avaliação dos riscos cardiovasculares. Segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica, a medida da CA é feita na metade da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior. Segundo o *National Cholesterol Education Program* (NCEP), os parâmetros utilizados que representam risco cardiovascular aumentado são CA maior ou igual a 88 cm para mulheres e maior ou igual a 102 cm para homens (ABESO, 2009).

O uso de medicamentos anti-hipertensivos foi questionado aos hipertensos e anotado em relação à classe, à quantidade de anti-hipertensivos em uso e à dose utilizada.

As demais comorbidades foram avaliadas a partir do questionário e associadas ao uso de medicações.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), através da plataforma Brasil, para avaliação dos aspectos éticos da pesquisa e está registrado sobre código CAAE 25281113.8.0000.5182.

### **Análise estatística**

Os dados foram analisados a partir do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para *Windows*. A avaliação foi feita a partir de estatísticas descritivas de média, mínima, máxima e desvio padrão; dados de frequência e porcentagem. Os resultados estatísticos foram obtidos a partir do teste de Wilcoxon (unilateral) e do teste de proporções (unilateral). Para análise dos dados, foi considerado nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir de dados dos questionários presentes no ANEXO I e APÊNDICE I. A pesquisa abrangeu 56 pacientes hipertensos, os quais apresentaram o seguinte perfil socioeconômico predominante, detalhado na Tabela 1: sexo feminino (66,07%); faixa etária de 60 a 69 anos (30,3%) com média de idade de 59,9 anos (desvio padrão =13,64), idade mínima de 37 anos e máxima de 83 anos; letrados (91%); renda familiar *per capita* de 0,5 a 1 salário mínimo (58,9%) sendo a renda média de 0,57 salários mínimos (desvio padrão = 0,408), renda mínima de 0,1 e máxima de 2,5 salários-mínimos; economicamente inativos (55,35%); de etnia branca (66%) e; como estado civil predominante, casados (60,71%).

**Tabela 1** - Distribuição dos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande – PB), quanto à caracterização da amostra.

	N=56	%
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	19	33,93
<i>Feminino</i>	37	66,07
<b>Faixa Etária</b> (anos completos)		
<i>30 a 39</i>	8	14,2
<i>40 a 49</i>	4	7,14
<i>50 a 59</i>	12	21,42
<i>60 a 69</i>	17	30,35
<i>70 ou mais</i>	15	26,78
<b>Grau de Instrução</b>		
<i>Letrado</i>	51	91
<i>Illetrado</i>	5	9
<b>Renda Familiar per capita</b>		
<i>&lt;0,5 Salário mínimo (SM)</i>	18	32,14
<i>Entre 0,5 e 1 SM</i>	33	58,92
<i>Maior ou igual a 1 SM</i>	5	8,92
<b>Atividade Profissional</b>		
<i>Ativo</i>	25	44,64
<i>Inativo</i>	31	55,35
<b>Etnia</b>		
<i>Branco</i>	37	66
<i>Negro</i>	7	12,5
<i>Pardo</i>	12	21,42
<b>Estado Civil</b>		
<i>Casado</i>	34	60,71
<i>Solteiro</i>	6	10,71
<i>Viúvo</i>	12	21,42
<i>Divorciado</i>	4	7,14

Para avaliar o controle pressórico dos hipertensos estudados no decorrer da pesquisa, os dados dos questionários foram avaliados no que concerne a parâmetros clínicos e de hábitos de vida, comparando-os os dados entre os anos de 2010 e 2014:

Os hipertensos foram questionados em relação à prática de exercício físico, não sendo observada diferença significativa entre os anos de 2010 e 2014, ( $p= 0,1461$ ). Em 2010, 46,42% dos pacientes praticavam exercício físico contra 57,14% em 2014.

Ao serem questionados sobre tabagismo ativo e alcoolismo, observou-se que não houve diferença estatística significativa para ambas as variáveis, com ( $p=1,000$ ). Sobre o tabagismo, em 2010 e em 2014, 7,1% da amostra apresentava tabagismo ativo. Para o alcoolismo, tanto em 2010 como em 2014, 10,7% dos pacientes afirmaram essa condição.

Os pacientes foram analisados quanto ao valor do IMC, de forma que não houve diferença estatística significativa ( $p = 0,16182$ ). A média em 2010 foi de 28,01 e de 28,49 em 2013, ambos na faixa do sobrepeso. A tabela 2 nos deixa claro, que em ambos os períodos, predominaram pacientes com sobrepeso.

**Tabela 2** - Comparação do IMC em 2010 e em 2014 dos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB).

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	<25 (normal)	25-29,9 (sobrepeso)	30- 34,9(obesidade grau I)	35-40 (obesidade grau II)
2010	19,64%	48,21%	28,57%	3,53%
2014	14,28%	51,78%	21,48%	12,5%

Os pacientes foram avaliados quanto à presença de comorbidades contidas no questionário, não havendo diferença estatística significativa ( $p=0,3522$ ). Em 2010, 78,57% dos pacientes apresentavam comorbidades, e 71,42% em 2014.

Analisando os pacientes que evoluíram com algum desfecho cardiovascular, pode-se aferir que também não houve diferença estatística significativa ( $p=0,4480$ ). Os valores encontrados foram: 21,4% em 2010 e 19,64% em 2014.

Os pacientes foram avaliados em relação a atingirem a meta de pressão arterial e essas metas foram comparadas entre os anos de 2010 e 2014, não sendo observada diferença significativa ( $p=0,1819$ ). Em 2010, 41,07% dos pacientes atingiram a meta e em 2014 33,92% alcançaram a meta estabelecida de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

A seguir, apresentaremos os resultados das variáveis nas quais houve mudanças estatisticamente significativas entre os dois períodos avaliados. Os dados de significância estatística estão agrupados nas tabelas 5 e 6.

Acerca da realização de dieta, percebeu-se diferença significativa ( $p=0,0000$ ). Em 2010, 46,42% dos participantes responderam realizarem dieta, enquanto em 2014 esse número aumentou para 92,85%.

Os pacientes foram avaliados ainda sobre o valor da circunferência abdominal (CA), conforme apresentado na tabela 3, havendo diferença estatística significativa ( $p=0,0377$ ). A média da CA total em 2010 foi de 93,42 e em 2014 foi de 95,80. A média da CA em 2010, entre as mulheres, foi de 94,8 cm e, entre os homens de 89,9 cm. Já em 2014, a média entre as mulheres foi de 96,0cm e entre os homens foi de 95,3cm.

**Tabela 3** - Comparação da CA em 2010 e em 2014 dos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB).

CA	Mulher <88cm	Mulher ≥ 88cm	Homem < 102cm	Homem ≥ 102cm
2010	27,02%	79,97%	84,21%	15,78%
2014	18,91%	81,08%	73,68%	26,31%

A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada através do MINICHALL, comparando-se entre os anos de 2010 e 2014, em que em relação à soma das manifestações somáticas e do estado mental, houve resultado com diferença significativa ( $p=0,0077$ ). A média da pontuação do MINICHAL em relação ao total da soma das manifestações somáticas e do estado mental foi de 4,96 em 2010 e de 8,09 em 2014. A média da pontuação em relação à última pergunta do MINICHAL foi de 0,96 em 2010 e de 1,89 em 2014, havendo diferença significativa ( $p=0,0000$ ), em relação ao aumento de todos os valores do MINICHAL.

Em relação à quantidade de fármacos anti-hipertensivos que os pacientes responderam fazerem uso, em uma comparação entre os anos de 2010 e 2014, observou-se diferença significativa ( $p=0,0072$ ), conforme exposto na tabela 4. A média da quantidade desses fármacos utilizados em 2010 foi de 01 fármaco por paciente e em 2014 foi de 1,44 fármacos, representando um aumento no número de fármacos utilizados.

**Tabela 4** - Comparação da quantidade de fármacos anti-hipertensivos utilizados, em 2010 e em 2014, pelos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB).

<b>Quantidade de fármacos</b>	<b>00</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>4</b>
2010	37,5%	33,9%	21,4%	5,4%	1,8%
2014	14,28%	44,64%	23,21%	17,85%	0%

**Tabela 5** - Resultados do teste de Wilcoxon (unilateral) em relação a comorbidades, quantidade de fármacos, MINICHAL total e tratamento, CA e IMC nos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB).

<b>Variável</b>	<b>p-valor</b>	<b>Conclusão (ao nível de 5%)</b>
Comorbidades	0,3522	Não há diferença significativa
Quantidade de fármacos anti-hipertensivos utilizados	0,0072	Há diferença significativa
MINICHAL total	0,0077	Há diferença significativa
MINICHAL tratamento	0,0000	Há diferença significativa
IMC	0,16182	Não há diferença significativa
CA	0,0377	Há diferença significativa

**Tabela 6** - Resultados do teste de comparação de proporções (unilateral) comparando o nível de significância em relação a desfecho cardiovascular, meta da PA, exercício físico e dieta nos pacientes portadores de HAS atendidos pela UBSF João Rique (Campina Grande-PB).

<b>Variável</b>	<b>p-valor</b>	<b>Conclusão</b> (ao nível de 5%)
Desfecho cardiovascular	0,4480	Não há diferença significativa
Meta da PA	0,1819	Não há diferença significativa
Exercício físico	0,1461	Não há diferença significativa
Dieta	0,0000	Há diferença significativa

## DISCUSSÃO

A amostra estudada foi predominantemente de idosos, pois se considerarmos a prevalência de pacientes com mais de 60 anos temos mais de 55% dos entrevistados, sendo a maioria, também, de mulheres casadas. Esses dados são coincidentes com a literatura, que afirma a predominância de idosos (60%) dentre os hipertensos, no ano de 2014, de acordo com o Ministério da Saúde, sendo o sexo feminino mais prevalente a partir da quinta década de vida, de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Vale Salientar ainda que o predomínio de mulheres na amostra (66,0%) pode ter recebido a influência da própria prevalência deste gênero na população paraibana e dentre as mulheres hipertensas na população geral. De acordo com o Censo do IBGE, em 2010, 57,1% da população paraibana era composto por mulheres; e, na população geral, 26,9% e 21,3% são de mulheres e homens hipertensos, respectivamente (VIGITEL, 2012).

Quanto à etnia da amostra, 66% se autodenominaram brancos, apesar da população paraibana ser composta, predominantemente de pardos, de acordo com dados do IBGE em 2010. Por outro lado, é importante salientar a baixa prevalência de negros (12,5%), já que isto se apresenta como um fator facilitador do controle da PA na análise da amostra como um todo, uma vez que, a população afrodescendente tem maior predisposição a apresentar formas mais graves da doença, mesmo em tratamento efetivo (PEDROSA, DRAGER, 2008).

Esse estudo envolveu uma amostra de pacientes que pode ser enquadrada em classe econômica baixa (com 91% apresentando renda familiar média menor que um salário mínimo), o que corrobora com a predominância de indivíduos economicamente inativos (55,5%), observada também na presente amostra. Além disso, apesar de 91% afirmarem que sabem ler, era notório, ao decorrer de todo o acompanhamento, a dificuldade de compreensão e entendimento ao que era repassado aos mesmos; acreditamos, por isso, que na amostra predomina também um baixo grau de escolaridade. Dessa forma, devido a todos os fatores citados, pode-se inferir que a população encontra-se em uma classe

socioeconômica baixa, refletindo a maior necessidade de assistência à saúde pública que tal população carece em decorrência do seu poder aquisitivo.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (sexta edição), a relação entre classe socioeconômica e HAS, no Brasil, é difícil e complexa. No entanto, vê-se na literatura que pacientes com risco mais significativo de desenvolver hipertensão são, frequentemente, os de classe baixa, o que pode ser um fator complicador na prevenção e tratamento de tal doença (JARDIM *et al*, 2007).

Sabe-se que atividade física, dieta (com restrição de sal), redução do peso e do estresse, abandono do tabagismo e alcoolismo são componentes do tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial, por contribuírem individualmente com a diminuição dos níveis pressóricos (VALENTE, 2006). A sexta edição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial nos apresenta, em valores numéricos, os benefícios da mudança do estilo de vida no hipertenso: limitar o consumo de álcool pode reduzir em até 4mmHg a PA; a redução da ingestão de sal para valores menores do que 2 gramas por dia pode reduzir a PA em até 8 mmHg, a prática regular de atividade física reduz em até 9 mmHg a PA, e, finalmente, o fator de maior contribuição, a redução de 10Kg de peso corporal pode diminuir a PA entre 5 a 10 mmHg. Assim, torna-se óbvio o entendimento da importância do estímulo a hábitos saudáveis, que devem ser empregados pelos serviços de saúde, direcionados aos hipertensos, objetivando o controle da PA.

No entanto, no decorrer dos quatro anos de acompanhamento, verificou-se que não houve diferença significativa na prática de exercício físico entre os anos de 2010 e 2014 ( $p= 0,1461$ ), revelando que a forma de estímulo às atividades físicas não foi suficiente para atingir uma maior quantidade de hipertensos sedentários ao longo dos anos. Por outro lado, em um estudo de campo transversal, realizado em um município de São Paulo, que comparou hipertensos assistidos pelo Programa de Saúde da Família com hipertensos atendidos pelo programa tradicional da Unidade Básica de Saúde da Família, observou que, em ambos os grupos, as taxas de atividade de física foram de 24% e 28%, respectivamente (MANO, PIERIN, 2005), resultados bem inferiores ao encontrado em nossa pesquisa.

Assim, é imperiosa a necessidade de se realizar novas estratégias de estímulo à realização de atividades físicas, que possam abranger e adequar-se a uma maior parte da amostra e/ou do indivíduo a fim de obter-se sempre uma maior adesão, melhor controle da PA e redução do risco de DCV. No entanto, pode-se considerar que o resultado nas taxas de atividade física foi satisfatório quando comparado à literatura.

Por outro lado, houve uma diferença significativa ( $p=0,0000$ ) na adesão ao tratamento dietético. Em 2014, 92,8% afirmavam aderir à dieta alimentar, revelando que a estratégia de estímulo à mesma, de acordo com os números, foi bastante eficiente, podendo-se, inclusive, ser propagada a outras UBSF, como um meio de controle da PA. É importante salientar, que para termos considerado os pacientes como cumpridores da dieta alimentar, foram levados em consideração os alimentos que ingeriam, sendo questionada, inclusive, a ingestão de alimentos com altas taxas de lipídios (como frituras) e a frequência de consumo de frutas e verduras, como explanado na metodologia deste estudo, tentando-se obter o resultado mais fidedigno possível. Quando comparado à literatura, o resultado do presente estudo também se mostrou superior. Em Campinas-SP, realizou-se um estudo transversal de base populacional, com hipertensos idosos, em que se constatou que 53,4% realizavam algum tipo de dieta (ZAITUNE *et al*, 2006).

Todavia, a superioridade no resultado encontrado para essa variável foi tanta, quando comparada à literatura, que se questiona a veracidade das afirmações relativas à dieta, podendo ter ocorrido omissões acerca do consumo de alimentos rico em calorias, apesar dos questionamentos, podendo os resultados dessa variável estarem superestimados.

É bem estabelecido há anos, que a obesidade é um fator de risco independente para HAS e para mortalidade, principalmente, em mulheres (GUS, *et al*, 1998). A CA está relacionada à gordura intra-abdominal, sendo também capaz de prever o risco cardiovascular (POULIOT *et al*, 1994). Sendo assim, a redução do peso corporal é o principal componente do tratamento não farmacológico, de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, por promover a maior redução da PA e diminuir o risco de DCV.

Na amostra de hipertensos analisados, constatamos que houve uma diferença estatística significativa ( $p=0,0377$ ), com piora da CA, em ambos os sexos, ao longo dos anos, apesar de todo o conhecimento bem estabelecido, sendo que a média da CA entre as mulheres encontrou-se acima do preconizado, em 2010 e 2014, sendo superior a dos homens, que esteve dentro dos limites normais. Dados semelhantes, utilizando os mesmos pontos de corte para CA, são encontrados na literatura: em um estudo transversal, realizado em Londrina-PR, com hipertensos cadastrados em uma UBSF, a CA média foi de  $98,4 \text{ cm} \pm 11,3$  e  $99,5 \text{ cm} \pm 12,9$  para homens e mulheres, respectivamente. Neste, aproximadamente, 80-85% e 32-40% das mulheres e dos homens, nesta ordem, tinham CA aumentada, dependendo da faixa etária (adulto ou idoso) (GIROTTI, ANDRADE, CABRERA, 2010). Nota-se que os dados para o sexo feminino do presente estudo são bem semelhantes aos encontrados na literatura e que a prevalência de gordura abdominal encontra-se bem mais aumentada entre as mulheres, conforme outros estudos (CABRAL et al, 2003; OLINTO, 2009; GIROTTI, ANDRADE, CABRERA, 2010).

Quanto ao IMC, não houve diferença significativa nos anos de acompanhamento ( $p=0,16182$ ). A amostra encontrou-se, em 2010 a 2014, predominantemente na faixa de sobrepeso, chamando atenção o aumento nas taxas de pacientes com obesidade grau II, ao longo dos anos, havendo ainda uma diminuição no percentual da amostra com IMC em valores preconizados. Tal resultado foi inferior ao encontrado na literatura, em que 27,9% dos hipertensos estudados em Campo Grande-MS apresentavam peso ideal pelo IMC (SOUZA et al, 2007).

Dessa forma, constatamos que a amostra populacional manteve-se na faixa de sobrepeso, com percentual de hipertensos com peso adequado inferior ao encontrado na literatura, além de ter sido verificado piora da CA em ambos os sexos, mas principalmente no sexo feminino, culminando em um risco cardiovascular geral aumentado e em um controle da PA mais difícil.

Esse excesso de peso encontrado pode ter sofrido influência pelo baixo nível econômico e educacional nos quais a presente amostra de hipertensos se encontra; ambos os fatores presentes em populações com maiores taxas de

obesidade (MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2001). Além disso, o excesso de peso pode ter recebido contribuição da baixa aderência às atividades físicas que encontramos ao decorrer do acompanhamento, conforme já explicitado. Interromper a prática de atividades físicas e, assim, diminuir o gasto energético diário, é mecanismo para o ganho de peso (SIMSOLO, ONG, KERN, 1993).

Como a adesão à dieta alimentar quase dobrou e, em 2014, mais da metade dos hipertensos realizavam atividade física regular, poder-se-ia esperar ao menos uma manutenção no peso corporal e não aumento, ao contrário do resultado encontrado: excesso de peso e aumento da CA. Como a dieta e atividade física são os principais componentes da perda de peso, reforça-se a hipótese de que o percentual de adesão à dieta possa estar superestimado e levanta-se outra de que a taxa de gasto metabólico na prática de atividade física pode estar aquém do necessário para perda de peso. Por outro lado, é importante ressaltar que esses pacientes já tem uma dificuldade intrínseca na perda ponderal, por serem idosos e terem envelhecido 4 anos durante o tempo de estudo, o que também é um fator limitante na execução de atividades físicas.

Vale salientar ainda que, de acordo com a Sociedade Europeia de Hipertensão (2014), apesar da redução de peso dever ser sempre estimulada em pacientes com sobrepeso e obesidade, em algumas ocasiões, apenas o controle do peso corporal parece ser uma medida razoável, incluindo aqueles pacientes com medidas antropométricas normais, devendo ser esta uma decisão individualizada.

Sabe-se que o tratamento do excesso de peso é complexo e multidisciplinar, não existindo nenhum tratamento em longo prazo que não envolva mudança no estilo de vida. A abordagem desses pacientes deve ser não somente coletiva, mas, principalmente, individual, aumentando o conhecimento sobre o problema e a motivação para agir contra fatores obesogênicos ambientais (ABESO, 2010). O sucesso em longo prazo depende de constante vigilância na adequação dos níveis de atividade física e de ingestão de alimento, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitorização, além da

assistência dos profissionais da saúde por tempo indefinido (MCGUIRE *et al*, 1999).

Salienta-se ainda, que o estímulo ao abandono do tabagismo deve ser acompanhado também do estímulo à redução de peso, concomitantemente, quando se tem maiores probabilidades de sucesso em ambos os casos (DANEILSSON, ROSSNER, WESTIN, 1999). Um estudo sobre tabagismo e ganho de peso demonstrou que, em média, os indivíduos que abandonam o tabagismo ganham de cinco a seis quilos (JORENBY *et al*, 1999), devendo toda a equipe de saúde estar atenta para tal fato.

O tabagismo e o consumo abusivo de álcool, além de serem fatores de risco independentes para DCV, são responsáveis por elevarem diretamente os níveis pressóricos, como dito anteriormente (MANO, PIERIN, 2005). O álcool ainda tem o poder de diminuir a potência dos anti-hipertensivos, sendo que o seu efeito sobre a PA só é revertido após duas semanas do seu abandono (PIERIN *et al*, 2001). Devido a isso, diversas estratégias de estimulação ao abandono de tais hábitos foram implantadas, porém sem sucesso, pois não houve diferença significativa ( $p=1,0000$ ) entre os tabagistas e consumidores ativos e frequentes de álcool entre os anos de 2010 e 2014, o que pode ter contribuído para um mau controle da PA nesses pacientes. É necessário, portanto, que essas estratégias sejam revistas para obter-se um melhor resultado. Elas devem ser realizadas encaminhando esses pacientes para um acompanhamento especializado por uma equipe multiprofissional para uma abordagem integral, possibilitando maior compreensão da doença, da farmacodependência pelo paciente, bem como facilitando a adequação e o envolvimento no tratamento (PEDROSA, DRAGER, 2008). Vale salientar ainda, que além da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para obterem-se resultados mais consistentes e duradouros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), que devem ser revistos no serviço em questão.

Como forma de análise da qualidade de vida do paciente utilizou-se o MINICHAL como ferramenta, conforme descrito na metodologia e anexado neste trabalho, um instrumento útil em converter medidas subjetivas em dados

objetivos, que podem ser quantificados e analisados, sendo importante para verificar o impacto das intervenções na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes (SHULZ *et al*, 2008). Vale salientar que o conceito de QVRS procura limitar-se aos fatores mais diretamente ligados à hipertensão e relacionados à condição física, psíquica e social do indivíduo, refletindo, portanto, o estresse biopsicossocial aos quais os pacientes estão submetidos.

Assim, pudemos verificar que a média da pontuação final do MINICHAL nos anos de 2010 e 2014 foi de, nesta ordem, aproximadamente, 4,96 e 8,09, havendo piora significativa ( $p=0,0077$ ) na QVRS entre os anos. O valor encontrado em 2014 é ainda pior do que aqueles vistos na literatura, em que a mesma média foi de 7,187 (SCHULZ, 2008). Isso nos revela que as intervenções em saúde não foram eficientes em melhorar a qualidade de vida dos hipertensos envolvidos, ao longo dos anos, não auxiliando na diminuição do estresse biopsicossocial e, portanto, dos níveis pressóricos. Tal fato é reforçado na última pergunta do MINICHAL, na qual os mesmos revelaram que a HAS e o seu tratamento afetaram negativamente, de forma significativa ( $p=0,0000$ ), sua qualidade de vida entre os anos de 2010 e 2014.

Nesse contexto, apesar desse último resultado, pode-se afirmar que a amostra estudada encontra-se submetida ao estresse biopsicossocial maior do que o visto em outras populações, além de que o mesmo piorou ao longo dos anos. Isso pode ser atribuído, além do próprio *status* socioeconômico ao qual estão inseridos, ao excesso de peso e a própria idade dos pacientes que podem vir a limitar suas atividades cotidianas e, conseqüentemente, à sua qualidade de vida.

Em relação, às doenças associadas dos pacientes, ao decorrer dos quatro anos de acompanhamento, não houve diferença significativa na diminuição das comorbidades ( $p=0,3522$ ), nem no surgimento de desfechos cardiovasculares ( $p=0,4480$ ). Além disso, detectamos que a amostra não apresentava, de forma predominante, doenças associadas. Isso pode ter ocorrido devido ao curto tempo de acompanhamento, que pode não ter sido suficiente para detectarmos o

surgimento de novos desfechos cardiovasculares ou de novas comorbidades, no contexto de uma doença crônica. Assim, a ausência de aumento nos desfechos cardiovasculares e nas doenças associadas vem a tornar-se como um fator positivo no controle da PA, já que muitas vezes apresentam-se como um influenciador na elevação desta (como as doenças renovasculares, DM, obesidade, dentre outras), além de também aumentarem o risco cardiovascular do paciente, contribuindo para esses tipos de desfechos (PREDOSA, DRAGER, 2008).

Outro fator positivo que se soma à ausência de aumento nas comorbidades associadas é a própria quantidade de medicação prescrita diariamente ao paciente. Sabe-se que quanto menor a quantidade de medicamentos e melhor a comodidade posológica, maior a adesão ao tratamento de doenças em geral, aplicando-se também à HAS, de acordo com a sexta edição das Diretrizes de Hipertensão Arterial, sendo isso um fator de extrema importância no controle da PA.

De modo semelhante, pode-se afirmar em relação ao aumento significativo ( $p=0,0072$ ) na quantidade de medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos pacientes, o que pode ser atribuído à piora do controle da PA, como descrito nos resultados, necessitando associar fármacos à terapêutica instituída. Esse fator pode ser considerado negativo, já que os pacientes não aderem de forma adequada às MEV, podendo estar necessitando, por isso, de uma maior quantidade de anti-hipertensivos em seu tratamento, aumentando os riscos de interações medicamentosas e efeitos adversos, que advém com a associação de fármacos.

Após analisar os níveis pressóricos, verificamos se os mesmos encontravam-se ou não na meta pressórica oficialmente preconizada no Brasil, nos anos de 2010 e 2014. Vimos que não houve diferença significativa no controle pressórico no decorrer dos quatro anos de acompanhamento. Pelo contrário, houve uma menor parcela de hipertensos controlados ao final do estudo: em 2010, 41,0% dos pacientes atingiram a meta e em 2014 apenas 33,9%, sendo a maior parte da amostra composta por hipertensos não controlados.

Mesmo que não significativo, pode-se atribuir à piora do controle da PA principalmente ao aumento do excesso de peso, principal fator não farmacológico de controle, além da própria idade dos pacientes, que em 2014, encontravam-se 4 anos mais velhos. Afinal, sabe-se que a PAD eleva-se progressivamente até os 60 anos e a Hipertensão Sistólica Isolada é mais frequente em idosos (BENNET, 1994). Além disso, o mau controle da PA pode também ter recebido contribuição do não abandono do tabagismo e consumo de álcool e à adesão não significativa das atividades física ao longo dos anos.

Apesar do resultado não ser satisfatório, de acordo com evidências científicas, pode-se afirmar, que em comparação aos resultados encontrados na literatura, observamos sempre um melhor controle da Hipertensão entre os pacientes avaliados, quando comparado aos dados Brasileiros e a de países em desenvolvimento, estando equiparado e, em outras ocasiões, superior aos dados de países desenvolvidos.

Um estudo transversal, de base populacional, realizado na cidade de Nobres–MT, revelou que 61,9% dos hipertensos faziam tratamento medicamentoso e destes, 24,2% apresentavam PA controlada no momento da medida (ROSÁRIO *et al*, 2009), resultado inferior ao encontrado no presente estudo. Em uma pesquisa norte-americana *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (CHOBANIAN *et al*, 2003), revelou-se 34,0% de controle pressórico dos hipertensos, resultado que se equipara a taxa de hipertensos controlados em nossa amostra. Em Portugal, um estudo com 5.023 adultos revelou prevalência de hipertensão de 42,1%, com controle pressórico de apenas 11,2% (MACEDO *et al*, 2005), valor bastante inferior ao que encontramos, bem como aos próximos estudos que se seguem. Outros dois estudos realizados em Goiânia (JARDIM *et al*, 2007) e em Cuiabá (CASSANELLI, 2005) revelaram um controle da PA de 12,9% e de 16,6%, respectivamente.

Em uma revisão sistemática, abrangeram-se as diferenças quantitativas na prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão entre os estudos em países desenvolvidos e em desenvolvimento ao longo dos últimos seis anos.

Os estudos envolviam inquéritos de base populacional, distinguindo o sexo para cada aspecto citados. Entre os homens, o controle da hipertensão foi de 9,8% nos países em desenvolvimento e de 10,8% nos países desenvolvidos. Entre as mulheres, o controle da hipertensão foi de 16,2% em países em desenvolvimento e de 17,3% nos países desenvolvidos (PEREIRA *et al*, 2009).

Dessa forma, conforme a análise de fatores que influenciam no controle da PA, pode-se afirmar que os mesmos, em sua maioria, não apresentaram resultados satisfatórios ao decorrer dos 4 anos de acompanhamento. Porém, quando comparado à literatura, de modo geral, estiveram com taxas melhores a de outros serviços brasileiros, incluindo-se aqui o próprio controle da PA, o que nos revela que as intervenções em saúde, apesar de carecerem melhorias, encontram-se em um bom caminho a ser seguido.

## CONCLUSÕES

A amostra estudada era composta de idosos, predominantemente do sexo feminino, como se observa entre outras amostras de hipertensos na literatura. Há uma baixa prevalência de indivíduos que se autodenominavam negros, o que se mostra um fator facilitador do controle da PA como um todo.

Os hipertensos estudados foram considerados de classe socioeconômica baixa, o que pode ter sido um fator complicador no tratamento da doença e ter influenciado no excesso de peso encontrado de forma predominante nos pacientes estudados. Este último também pode ter recebido influência de um provável gasto energético aquém do esperado nas práticas de atividades físicas. O estímulo ao abandono do tabagismo e alcoolismo ativos não modificaram as taxas encontradas inicialmente.

Além disso, pode-se afirmar que a amostra estudada encontra-se submetida a um estresse biopsicossocial maior do que o visto em outras populações, tendo a QVRS piorado ao longo dos anos. Isso pode ser atribuído, além do próprio *status* socioeconômico ao qual estão inseridos, ao excesso de peso e a própria idade dos pacientes que podem vir a limitar suas atividades cotidianas e, conseqüentemente, à sua qualidade vida.

Assim, todos esses fatores modificáveis revelam os principais pontos de fragilidade do tratamento não farmacológico da hipertensão, que, juntos, podem ter influenciados diretamente no controle da PA.

Por outro lado, o resultado da adesão à dieta foi excelente, porém questionável por ser muito superior ao encontrado na literatura e por não ter sido acompanhada de uma diminuição ou manutenção do IMC e CA dos pacientes.

Outros pontos positivos foram as baixas taxas de desfechos cardiovasculares e de doenças associadas encontradas, o que implica em menores taxas de complicações e risco de DCV, influenciando de forma positiva o controle da PA.

Dessa forma, constatamos que a adesão ao tratamento dietético, as baixas taxas de doenças associadas e de desfechos cardiovasculares atuaram como fatores positivos no controle da PA.

Apesar da amostra estudada não encontrar-se, predominantemente, na meta pressórica estabelecida e de não termos constatado melhora na taxa de controle da PA (podendo ter implicado em uma maior quantidade de anti-hipertensivos utilizados individualmente), pode-se afirmar, que em comparação aos resultados encontrados na literatura, observamos um melhor controle da Hipertensão no presente estudo, quando comparado aos dados Brasileiros e a de países em desenvolvimento, estando equiparado e, em outras ocasiões, superior aos dados de países desenvolvidos.

Constatamos, assim, a grande importância desse estudo, após analisar minuciosamente cada ponto de influência do controle da PA, principalmente no tocante aos fatores modificáveis que podem vir a complicar ou piorar a Hipertensão Arterial. Afinal, com ele, pudemos identificar os pontos fortes das intervenções instituídas (como o estímulo à dieta), que sugerimos que devam ser continuadas e propagadas a outros serviços de saúde, bem como identificamos os pontos de fragilidade (estímulo à prática de exercício físico e redução de peso, abandono ao tabagismo e alcoolismo, intervenções na qualidade de vida relacionada à saúde), que sugerimos que devam ser revistas ou criadas, se necessárias, novas estratégias, se possível multidisciplinares, de intervenções individuais e coletivas. Dessa forma, torna-se possível buscar por um tratamento da hipertensão mais eficaz, visando sempre uma melhoria das condições de saúde e de vida dos pacientes e, conseqüentemente, aumentando as taxas de controle pressórico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO, Associação Brasileira para estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 2009.

BENNET, N. E. Hypertension in the elderly. **Lancet**, v. 344, n. 8920, p. 447-449, 1994.

CABRAL, P.C. et al. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. **Rev Nutr**. v. 16, n.1, p. 61-71, 2003.

CASSANELLI T. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Cuiabá-MT: estudo de base populacional** Dissertação. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2005.

CHOBANIAN, A.V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. **National Institutes of Health**. v. 42, p. 1206-52, 2003.

DANEILSSON, T.; ROSSNER, S.; WESTIN A. Open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. **BMJ**. v. 319, p. 490-4, 1999.

ELLIOT, WJ. The economic impact of hypertension. **J Clin Hypertens**. v.3, p. 3-13, 2003.

GIROTTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Prevalência de Obesidade Abdominal em Hipertensos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arq Bras Cardiol**. v. 94, n.6, p. 754-62, 2010.

GUS M., et al. Associação entre Diferentes Indicadores de Obesidade e Prevalência de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v. 70, n. 2, p. 111-114,

1998.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_paraiba.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf)>. Acesso: 21 abr. 2014, 16:50.

JARDIM, P.C.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Card**, v.88, n.4, p. 452–457, 2007.

JOENBY, D.E. *et al.* A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. **N Engl J Med**. v. 340, p. 685-91, 1999.

KINTSCHER, U., 2013, **The burden of hypertension: Eurointervention**, v. 9, p. R12-R15.

LESSA, I. **Os programas nacionais de educação e controle para DCNT**. In: Lessa I (org). Adulto brasileiro e as doenças da mortalidade. Epidemiologia das doenças não transmissíveis no Brasil. Hucitec: São Paulo, p. 241-50, 1998.

MACEDO, M.E. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. **J Hypertens**. v. 23, n. 9, p. 1661-6, 2005.

MACIEL, K.F. **Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado**. Data de Defesa: 17-12-2010; Folhas: 98 Dissertação. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MAGLIANO, E. S., L. G. Guedes, E. S. F. Coutinho, and K. V. Bloch, 2013, **Prevalence of arterial hypertension among Brazilian adolescents: systematic review and meta-analysis**: *Bmc Public Health*, v. 13.

MANO, G.M.P.; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm**. v.18, n. 3, p. 269-75, 2005.

MELO, E. C. A. et al. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v.15, n. 4, p.37-47, 2013.

MCGUIRE, M.T. et al. Behavioral strategies of individuals who have maintained long-term weight losses. **Obes Res**. v. 7, p. 334-41, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37), 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica, Brasil, N°15, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 424**, 19 de março de 2013. Disponível < <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html> >. Acesso em: março 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e proteção para Doenças crônicas por inquérito Telefônico**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

MION, D.J.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES A. Tratamento da hipertensão arterial: Resposta de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Assoc Méd**, Brasil, v. 47, n. 3, p. 249-54, 2001.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. **J Nutr**. v.6, p. 131-881, 2001.

MOTTER, F. R., M. T. A. Olinto, and V. M. V. Paniz, 2013, **Knowledge about pharmacotherapy among hypertensive patients**: *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 18, p. 2263-2274.

OLINTO, M.T.A. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n.6, p. 1207-15, 2006.

PAIVA, D.P; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 22, p.377-85, 2006.

PEDROSA, R.P.; DRAGER, L.F. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Bras Med**. São Paulo, p. 74-84, nov-2008.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**. v.27, n.5, p. 963–975, 2009.

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

PIERIN, A.M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.35, n.1, p.11-8, 2001.

PINHO, N. D., A. M. G. PIERIN, 2013. Hypertension Control in Brazilian Publications: **Arquivos Brasileiros De Cardiologia**, v. 101, p. E65-E73.

PORTAL BRASIL: disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>>. Acesso em: 26 mar. 2014, 11:20:30.

POULIOT, M.C. et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best anthropometric indexes of abdominal visceral tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. **Am J Cardiol**. v. 73, p. 460-8, 1994.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Ano IX, n. 19 (Jul./Set. 2008), Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card.** v. 93, n. 6, p. 672–678, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SCHULZ, R.B. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). **Arq Bras Cardiol**, Curitiba-PR, v.90, n.2, p. 139-144, 2008.

SIMSOLO, R.B.; ONG J.M.; KERN, P.A. The regulation of adipose tissue and muscle lipoprotein lipase in runners by detraining. **J Clin Invest.** v. 92, p. 2124-30, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Brasil, 95, n.1, s.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica.** 1. Ed. Arquivos Brasileiros de Cardiologia: v. 84, s. 1, abril, 2005.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO. **Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 das Sociedades europeias de hipertensão e cardiologia ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial.** Revista Portuguesa de Hipertensão e risco cardiovascular. n.39 s. 1, 2014.

SOUZA, A. R. A. et al . Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n.4, p.441-446, abr. 2007 .

TAVARES, A.; RIBEIRO, A.B. Definição e Fisiopatologia da Hipertensão Arterial. **SBM- Seminários Brasileiros em Medicina**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-9, 2006.

VALENTE, O. Tratamento Não Farmacológico da Hipertensão Arterial. **SBM-Seminários Brasileiros em Medicina**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.14-15, 2006.

VASAN, R.S. et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the framingham heart study. **JAMA**, v. 287, n.8, p .1003-10, 2002.

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

## ANEXO I

### Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL- BRASIL)

Nos últimos sete dias...	Não.	Sim, um pouco.	Sim, bastante.	Sim, muito.
1. Tem dormido mal?				
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?				
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?				
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?				
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?				

6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?				
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?				
8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?				
9. Tem se sentido esgotado e sem forças?				
10. Teve a sensação de que estava doente?				
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
12. Teve inchaço nos tornozelos?				
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?				
14. Tem sentido a boca seca?				
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?				
17. Você diria que sua hipertensão e o				

tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?				
---	--	--	--	--

## APÊNDICE I

### QUESTIONÁRIO

NOME:

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

GÊNERO: Masculino ( ) Feminino( )

COR: Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Índigena ( ) Amarela ( )

ESTADO CIVIL: Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Viúvo(a) ( )

GRAU DE INSTRUÇÃO: Letrado(a) ( ) Iltrado(a) ( )

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONE

:( ) \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ Ativo( ) Inativo( )

Aposentado( )

PESSOA P/ CONTATO: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_

REND A EM SÁLARIO MÍNIMO: FAMILIAR: \_\_\_\_\_

PESSOAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MORADORES NO DOMICÍLIO: \_\_\_\_\_ RENDA PER  
CAPITA: \_\_\_\_\_

COMORBIDADES:

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
ANGINA	
INFARTO	
INSUFICIENCIA CARDIACA	
ARRITMIA	
AVC	
OFTALMOPATIA HIPERTENSIVA	
DIABETES	
OBESIDADE	
.DISLIPIDEMIA	
.OUTROS	



TABAGISMO: Fumante( ) Nunca-fumante( ) Ex-fumante( ) Fumante passivo( )

Duração: \_\_\_\_\_ Consumo (maços x ano): \_\_\_\_\_

ALCOOLISMO: Sim( ) Iniciou: \_\_\_\_\_ Terminou: \_\_\_\_\_ Atual \_\_\_\_\_ Quantidade em g/dia: \_\_\_\_\_ Não( )

### **EXAME FÍSICO**

Peso(kg): \_\_\_\_\_ Altura(m): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Circunferência Abdominal: \_\_\_\_\_

PA sentado: \_\_\_\_\_ PA em pé: \_\_\_\_\_

**1. Você pratica exercícios físicos regularmente?**

- a. Sim( )
- b. Não( )

**2. Qual o tipo de exercício? \_\_\_\_\_**

**3. Com que frequência?**

- a. ( ) todos os dias
- b. ( ) 3 a 6 vezes na semana
- c. ( ) 1 a 2 vezes na semana
- d. ( ) 1 vez a cada 15 dias
- e. ( ) 1 vez no mês
- f. ( ) não pratico exercícios físicos

4. **Quantas vezes no dia se alimenta?** \_\_\_\_\_

5. **Que tipos de alimentos consome diariamente?**

---

---

---

6. **Com que frequência consome frutas e legumes?**

- a.  todos os dias
- b.  3 a 6 vezes na semana
- c.  1 a 2 vezes na semana
- d.  1 vez a cada 15 dias
- e.  1 vez no mês
- f.  não costumo comer frutas e legumes

7. **Com que frequência se alimenta com salgadinhos (coxinhas, pasteis, esfirras, pipocas industrializadas, entre outros)?**

- a.  todos os dias
- b.  3 a 6 vezes na semana
- c.  1 a 2 vezes na semana
- d.  1 vez a cada 15 dias
- e.  1 vez no mês
- f.  não se alimenta de salgadinhos

8. **Tem alguma doença previamente diagnosticada?**

- a. Sim(  ) Qual(is)? \_\_\_\_\_
- b. Não(  )

9. **Você sabe o que é Hipertensão Arterial Sistêmica?**

- a. Sim(  )

b. Não( )

**10. Você já verificou a pressão arterial alguma vez no ultimo ano?**

a. Sim( )

b. Não( )

**11. Onde?**

a. ( ) no cardiologista

b. ( ) no posto de saúde

c. ( ) no hospital

d. ( ) em casa

e. ( ) outro lugar. Aonde? \_\_\_\_\_

**12. Em alguma das aferições a pressão deu alterada?**

a. Sim( ) Mesmo tomando a medicação regular? ( ) sim ( ) não

b. Não( )

**13. O Pai tem Hipertensão?**

a. Sim( )

b. Não( )

**14. A mãe tem Hipertensão?**

a. Sim( )

b. Não( )

**15. Alguém mais na família tem Hipertensão?**

a. Sim( ) Quem? \_\_\_\_\_

b. Não( )

## APÊNDICE II

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE – PB

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO RIQUE

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o projeto intitulado “Um Estudo Prospectivo com hipertensos assistidos pela Unidade Básica de Saúde da Família João Rique, em Campina Grande (PB)”, coordenado pelo Professor Doutor Saulo Rios Mariz do Centro de Ciências Biológicas da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, é plenamente convergente com os anseios e necessidades da Unidade Básica de Saúde da Família João Rique e que, se realizado conforme planejado, trará uma contribuição significativa por refletir a situação de saúde dos hipertensos envolvidos na pesquisa nos últimos 3 anos, auxiliando, assim, a direcionar as atividades de promoção e prevenção em saúde, bem como a condução terapêutica desses pacientes.

Campina Grande, 28 de Fevereiro de 2013.



Dra. Maria Jeanette Oliveira Silveira  
Médica da Unidade Básica de Saúde da Família João Rique  
CRM – PB 1846

## APÊNDICE III

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Modelo padrão

ESTUDO: Avaliação de hipertensos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família de Campina Grande (PB) – Um Estudo prospectivo.

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

---

Eu, \_\_\_\_\_ (nome \_\_\_\_\_ e  
profissão)....., \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ e domiciliado na....., portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo *Avaliação de hipertensos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família de Campina Grande (PB) – Um Estudo prospectivo*. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O objetivo dessa pesquisa é avaliar o perfil epidemiológico e a situação de saúde dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da comunidade assistida pela UBSF João Rique;
- II) A coleta de dados será feita apenas para este estudo e em nada influenciará o meu tratamento; não vai me curar; não vai me causar nenhum problema;
- III) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus financeiro com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br); Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

( ) Paciente / ( ) Responsável  
.....

**Testemunha 1 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Testemunha**

**2**

**:**

---

Nome / RG / Telefone

**Responsável**

**pelo**

**Projeto:**

---

Prof. Dr. Saulo Rios Mariz (UFCG, n. SIAPE 004077751).

e-mail: sjmariz22@hotmail.com.

**Telefone para contato e endereço profissional:**

Telefone: (83) 9107-3414.

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (UFCG). Avenida Juvêncio Arruda,  
795, Bodocongó. Campina Grande (PB).