



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAM**

**DANIELLY DANTAS PIMENTEL
RAÍSSA DANTAS VITAL RIBEIRO**

**EFETIVIDADE DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAM**

DANIELLY DANTAS PIMENTEL

RAÍSSA DANTAS VITAL RIBEIRO

**EFETIVIDADE DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à Coordenação do
Curso de Medicina (CCBS-UFCG) em
atenção à resolução CCBS nº 04/2010.

Orientadora: Prof. Dra Deborah Rose Galvão Dantas

CAMPINA GRANDE – PB

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

P644e

Pimentel, Danielly Dantas.

Efetividade do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande - PB / Danielly Dantas Pimentel, Raíssa Dantas Vital Ribeiro. – Campina Grande, 2017.

39f.; gráf; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Deborah Rose Galvão Dantas, Dra.

1.Hipertensão. 2.Tratamento. 3.Controle Pressórico. 4.Atenção Primária à Saúde. I.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.12-008.331.1(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCCG

Às 11 horas do dia 05/12/2017 nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: Efetividade do Controle da Hipertensão

Arterial sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande - PB
de autoria dos discentes:

Danielly Dantas Pimentel
Raissa Dantas Vital Ribeiro

sendo orientado(s) por:

Deborah Rose Galvão Dantas

e coorientado por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Sra Fabia da Motta Roche
Logia Cristine Lopes de Farias
Deborah Rose Galvão Dantas
Cristiane Galvão de Almeida (Suplente)

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

Danielly Dantas Pimentel

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0 (dez). Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 05/12/2017

Orientador

Deborah Rose Galvão Dantas

Titular 1

Sra Fabia da Motta Roche Farias

Titular 2

Logia Cristine Lopes de Farias

Suplente

Cristiane Galvão de Almeida

RESUMO

INTRODUÇÃO: Apontada mundialmente como importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde a cada dia mais crescente, devido ao aumento da expectativa de vida e à prevalência de fatores como obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada. Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, as taxas de controle da pressão arterial (PA) não são satisfatórias, variando entre 10,1 a 52,4% no Brasil.

OBJETIVOS: Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do controle da PA e fatores associados em uma amostra de 74 hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em Campina Grande – PB.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com delineamento transversal, em que os dados foram coletados através de formulários que avaliarão variáveis sociodemográficas, fatores de risco e adesão ao tratamento, além da aferição da PA e medidas antropométricas. Para a análise estatística foi utilizado o ambiente computacional R (versão 3.4.1), sendo adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) para aceitação de hipótese de nulidade, análise descritiva e teste de Fisher.

RESULTADOS: Entre os inquiridos, 78,3% eram do sexo feminino, 74,4% tinha renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos, 60% possuíam ensino fundamental incompleto e 52,7% apresentavam estado civil casado. A média de idade foi de 60,14 anos. Um maior percentual de respondentes se autodeclararam aposentados (40,5%) e trabalhadores do lar (35,1%). Níveis adequados da PA apresentaram-se em 70,27% dos participantes do estudo, percentual maior do que o observado em outros estudos populacionais brasileiros. Para o tratamento medicamentoso, 52,70% utilizavam monoterapia e os demais, associações entre anti-hipertensivos. Observou-se que 93,24% apresentava a circunferência abdominal aumentada e 77,03% das pessoas entrevistadas apresentavam sobrepeso ou algum tipo de obesidade. Entre os investigados, 79,7% aderiram ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e 70,27% apresentaram níveis pressóricos controlados. Foram fatores associados à efetividade do controle da PA: adesão ao tratamento medicamentoso ($p=0,009$); etilismo prévio ou atual ($p=0,005$); alimentação adequada ($p=0,02$). O tabagismo, quantidade de medicamentos anti-hipertensivos utilizados e sedentarismo não apresentaram-se associadas ao controle da PA.

CONCLUSÃO: O controle da PA deu-se em um percentual maior do que o que foi observado em outros estudos populacionais brasileiros. A adesão ao tratamento e mudanças de hábitos de vida mostraram ter fundamental importância para um controle pressórico adequado e consequente minimização das complicações cardiovasculares relacionadas à hipertensão. O perfil epidemiológico dos hipertensos cadastrados na UBSF onde desenvolveu-se o estudo é de pessoas do sexo feminino, casadas, aposentadas ou trabalhadoras do lar, apresentando renda familiar de menos de um até três salários mínimos. O perfil clínico demonstrou sobrepeso e algum tipo de obesidade na maioria absoluta dos inquiridos, como também aumento da circunferência abdominal na mesma população.

Palavras-chave: Hipertensão. Tratamento. Controle pressórico. Atenção Primária à saúde.

ABSTRACT

BACKGROUND: Standing worldwide as an important risk factor for cardiovascular diseases, systemic arterial hypertension (SAH) is an emerging health problem, due to the increase in life expectancy and the prevalence of factors such as obesity, sedentary lifestyle and inadequate diet. Although the efficacy and effectiveness of several preventive and control measures available, whether pharmacological or not, are known, blood pressure (BP) control rates are not satisfactory, ranging from 10.1 to 52.4% in Brazil. **AIMS:** This study aimed to evaluate the effectiveness of BP control and associated factors in a sample encompassing 74 hypertensive patients, who were enrolled in a Basic Family Health Unit (UBSF) based in Campina Grande - PB. **METHODS:** This is a quantitative, descriptive study with a cross-sectional design, in which data were collected through forms that evaluated socio-demographic variables, risk factors and adherence to treatment, as well as BP and anthropometric measurements. For the statistical analysis, the computational environment R (version 3.4.1) was employed, and the 5% significance level ($\alpha = 0.05$) was adopted for acceptance of null hypothesis, descriptive analysis and Fisher's test. **RESULTS:** Among the respondents, 78.3% were female, 74.4% had monthly income between 1 and 3 minimum wages, 60% had incomplete primary education and 52.7% were married. The mean age was 60.14 years old. A higher percentage of respondents described themselves as retirees (40.5%) and household workers (35.1%). Adequate BP levels were present in 70.27% of the sample, a higher percentage than observed in other studies comprising Brazilian population. Regarding drug treatment, 52.70% used monotherapy while the others employed associations between anti-hypertensives. It was observed that 93.24% had increased abdominal circumference and 77.03% of those interviewed were overweight or presented with some type of obesity. Among those investigated, 79.7% adhered to the antihypertensive drug treatment and 70.27% presented controlled blood pressure levels. Factors associated to the effectiveness of BP control were: adherence to drug treatment ($p = 0.009$); previous or current alcohol use ($p = 0.005$); feeding ($p = 0.02$). Smoking, amount of antihypertensive drugs used and sedentary lifestyle were not associated with BP control. **CONCLUSION:** BP control occurred in a higher percentage than the observed in other Brazilian population studies. Adherence to treatment and adequate lifestyle habits have shown to be prime for adequate blood pressure control and consequent minimization of cardiovascular complications related to hypertension. The epidemiological profile of the hypertensive patients enrolled in the BFHU where the study was developed is female, married, retired or housewife with a family income of less than one to three minimum wages. The clinical profile showed overweight and some type of obesity in the absolute majority of respondents, as well as increased abdominal circumference in the same population.

KEYWORDS: Hypertension. Treatment. Blood pressure control. Primary Health Care.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos mantido firmes e fortes diante das tribulações. Se hoje a vitória é nossa, a Ti pertence toda honra e glória desse feito.

À professora doutora Deborah Rose Dantas Galvão por toda sua atenção, dedicação, paciência e esforço para que nós pudéssemos produzir o melhor trabalho possível. Seu toque de amor em tudo o que faz se traduz no sucesso de todos os seus orientandos.

À professora doutora Amanda dos Santos Gomes e seus alunos Kleber N. N. O. Barros e Aliandro Alexandre Serafim, do Laboratório de Análises Estatísticas do Curso de Estatística da UFCG, que nos proporcionaram uma análise de dados de altíssima qualidade, bem como nos forneceram subsídios para compreensão das técnicas aplicadas.

Aos mestres que cruzaram o nosso caminho nessa jornada, por ensinarem muito além da medicina, tornando-se eternas inspirações.

Aos nossos pais, por serem alicerce e força para encararmos toda e qualquer batalha. Obrigada pelo amor, apoio, torcida e ensinamentos.

E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da nossa formação acadêmica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AVE – Acidente Vascular Encefálico
- BB – Betabloqueadores
- BCC – Bloqueadores dos canais de cálcio
- BRA – Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II
- IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
- CA – Circunferência Abdominal
- CEP/HUAC – Conselho de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro
- DIU – Diuréticos
- DM – Diabetes Mellitus
- DP – Desvio-Padrão
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
- IMC – Índice de Massa Corporal
- PA – Pressão Arterial
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
- USFRC – Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1: Renda familiar e Profissão

Gráfico 2: Estado civil e escolaridade

Gráfico 3: Controle da PA

Gráfico 4: IMC e circunferência abdominal

Gráfico 5: Medicamentos em uso para controle da PA

Gráfico 6: Adesão ao tratamento medicamentoso

Tabela 1: Idade dos pacientes do estudo

Tabela 2: Distribuição conjunta das frequências e porcentagens para as variáveis *adesão ao tratamento medicamentoso e controle da pressão arterial*

Tabela 3: Distribuição conjunta das frequências e porcentagens para as variáveis *número de medicamentos e controle da pressão arterial.*

Tabela 4: Distribuição conjunta das frequências e porcentagens para as variáveis *tabagismo e controle da pressão arterial*

Tabela 5: Distribuição conjunta das frequências e proporções (em porcentagem) para as variáveis *alcoolismo e controle de pressão arterial.*

Tabela 6: Variáveis *atividade física e alimentação adequada* em função da pressão arterial.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
5. METODOLOGIA.....	15
5.1 Desenho do estudo.....	15
5.2 Local do estudo.....	16
5.3 Período do estudo.....	16
5.4 População do estudo.....	16
5.5 Cálculo da amostra.....	16
5.6 Critérios de elegibilidade.....	16
5.7 Instrumentos.....	17
5.8 Passo a passo.....	17
5.9 Análise de dados.....	18
5.10 Riscos e benefícios.....	19
5.11 Aspectos éticos.....	19
6. RESULTADOS.....	19
6.1 Análise descritiva.....	19
6.2 Associação entre variáveis qualitativas.....	22
7. DISCUSSÃO.....	26
8. CONCLUSÃO.....	31

REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE.....	35
ANEXO.....	37

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólicos maiores ou iguais a 140 mm Hg e diastólicos maiores ou iguais a 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), que frequentemente está associada a distúrbios metabólicos e alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, Diabetes mellitus (DM) e tabagismo.

Em 2000, a prevalência mundial de hipertensos foi estimada em torno de 26%, devendo aumentar para 29% em 2025, considerando-se apenas o aumento populacional e a composição etária. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas afetadas. Na América Latina, a HAS afeta mais de um terço da população (FERREIRA, 2014).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiam diagnóstico de HAS no Brasil, era de 21,4%, o que correspondia a 31,3 milhões de pessoas. A análise por grandes regiões brasileiras mostrou que o diagnóstico médico de hipertensão arterial era menor nas Regiões Norte (14,5%) e Nordeste (19,4%). A Região Sudeste apresentava maior proporção de indivíduos com idade de 18 anos ou mais que referiam diagnóstico de hipertensão (23,3%). As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentavam proporções estatisticamente iguais à média para o Brasil, que era de 21,4%.

Em estudo multicêntrico relatado pelo caderno de atenção básica nº 37 do Ministério da Saúde (2013), observou-se um maior percentual de mulheres que referiram diagnóstico médico de HAS (24,2%), com relação aos homens (18,3%). A proporção de pessoas com esse diagnóstico aumentava com a idade: nas pessoas com idade entre 18 e 29 anos, era de 2,8%; entre 30 a 59 anos, 20,6%; entre 60 e 64 anos, 44,4%; entre 65 a 74 anos de idade, 52,7% e entre as pessoas com 75 anos ou mais.

No estado da Paraíba, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, em 2010 foram diagnosticados 612.526 casos de hipertensão, o que representa 24% da população com mais de 18 anos, estimada em 2.552.194 paraibanos. Em Campina

Grande, o número de hipertensos pode chegar a 26.031 casos, o que representa um percentual de 6,3% entre a população de 407.754 habitantes.

O diagnóstico da HAS não requer tecnologia sofisticada. A avaliação inicial de um paciente com essa patologia inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e identificação de causas secundárias, além da avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a aferição da pressão arterial (PA) no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, além de medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da PA reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), problemas renais, entre outros (FERREIRA, 2014).

Nos Serviços de Atenção Básica, um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes enfrentam é a HAS, da dificuldade em realizar o seu diagnóstico precoce, ao tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados, conforme as características do paciente. Portanto, o cuidado do paciente com HAS, deve ser multiprofissional. Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica, portanto, é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas, motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL-A, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da HAS (BRASIL-A, 2013). A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool, são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, principalmente em pacientes com hipertensão com alto risco cardiovascular. Vários fatores podem estar relacionados à adesão, incluindo as características do paciente, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa (SOUZA, 2014).

As equipes de Saúde da Família, através das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, realizam o acompanhamento dos hipertensos através das consultas mensais, por profissional médico ou enfermeiro, com aferição do peso, pressão arterial, orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído (BRASIL B, 2010). A Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro (USFRC) apresenta um número de aproximadamente 3000 pessoas cadastradas (cerca de 800 famílias), distribuídas entre duas equipes. A Equipe II apresenta seis micro-áreas abordadas por cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma área descoberta.

O presente estudo teve por objetivo fazer um levantamento sobre a eficácia do controle da PA entre os pacientes hipertensos atendidos na Unidade de Saúde da Família supracitada e analisar os fatores que dificultam esse controle, além de traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes que a frequentam.

2. JUSTIFICATIVA

Trata-se de uma enfermidade com significativa morbimortalidade potencial, sendo responsável por alta frequência de internações e pela principal causa de morte no país, através de suas complicações cardíacas, renais e cerebrovasculares. Pode ocasionar, conseqüentemente, perda da produtividade no trabalho e da renda familiar, gerando assim um elevado custo socioeconômico para o país. Por conseguinte, devem ser tomadas todas as iniciativas para melhorar a efetividade do tratamento anti-hipertensivo no Brasil (SANTOS, 2013).

Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a Educação em Saúde tem sido apontada como uma das formas de estímulo à adesão

ao tratamento. Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. É necessário ainda que o paciente participe integralmente de seu tratamento, pois, na maioria das vezes, tem capacidade de compreender e colaborar, interagindo com os profissionais de saúde na condução do processo saúde-doença. (MOCHEL, 2007).

A inexistência de estudos em Campina Grande e na Paraíba que focalizem a efetividade do controle da HAS nas Unidades de Saúde da Família, reforçam a relevância deste estudo. Por outro lado, o conhecimento dos fatores de riscos modificáveis associados com o insucesso no controle da PA, poderá propiciar maiores subsídios para o desenvolvimento de ações no sentido de melhorá-lo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Avaliar o controle da PA entre os pacientes com HAS da USFRC, localizada no bairro do Pedregal, em Campina Grande – Paraíba, durante os meses de maio a julho de 2017.

3.2 Objetivos específicos:

- Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com HAS;
- Analisar os principais fatores que influenciam na dificuldade de controle dos níveis pressóricos;
- Determinar o perfil clínico dos pacientes, a partir das medidas antropométricas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia (SANTOS, 2011). Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O fato de que a HAS apresenta-se como a mais frequente das doenças cardiovasculares, contribui de forma significativa para torná-la a terceira causa mais

importante de incapacidade no mundo e o principal fator de risco para complicações como AVE e IAM, além de doença renal crônica terminal (GUIMARÃES, 2015).

Trata-se de uma síndrome multifatorial, multicausal e multissistêmica. Seu aparecimento está relacionado ao estilo de vida inadequado, considerando-se também os fatores constitucionais, como: sexo, idade, raça/cor e história familiar; e os ambientais, como sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo, alimentação insalubre e obesidade (SANTOS, 2011).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares e renais. O tratamento não medicamentoso inclui a realização de atividade física, hábitos alimentares saudáveis (principalmente com a redução do consumo de sódio e gorduras), cessação ou diminuição do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento medicamentoso, quando necessário, deve ser iniciado com a menor dose possível, com o incremento gradual de doses e, por conseguinte, com a associação de novos medicamentos, quando pertinente. Há evidências científicas que mostram benefícios do tratamento realizado com o uso de diuréticos (DIU), betabloqueadores (BB), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) (SANTA-HELENA, 2010).

O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento a ser utilizado como monoterapia, deve basear-se nos seguintes aspectos: capacidade de o agente escolhido reduzir morbimortalidade cardiovascular; mecanismo fisiopatogênico predominante no paciente a ser tratado; características individuais; doenças associadas; condições socioeconômicas. Com base nesses critérios, as classes de anti-hipertensivos atualmente considerados preferenciais para o controle da PA em monoterapia inicial são: DIU tiazídicos, IECA, BCC e BRA. Para a escolha dos medicamentos em associação, deve ser evitado o uso de anti-hipertensivos com mesmo mecanismo de ação, sendo as associações preferenciais aquelas entre DIU tiazídicos, BCC, IECA e BRA, não associando o IECA com BRA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O controle da HAS é resultado de um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária. Um estudo (PINHO,

2013) evidenciou que índices de controle no Brasil apresentavam-se de forma bastante distinta: os índices de controle da PA entre hipertensos sob tratamento anti-hipertensivo de forma geral, estiveram entre 10,1 a 52,4%, ao passo que entre os hipertensos assistidos pela UBSF, esses índices variaram de 20,0 a 30,7%, e de 30,0 a 53,9%. Outro estudo (LIMA, 2016) demonstra que pessoas com HAS não sentem necessidade de modificar hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar.

Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, as taxas de controle da PA não têm sido satisfatórias no Brasil e no mundo. Uma das principais causas apontadas para o fracasso no tratamento é a baixa adesão, identificada em aproximadamente 50% dos hipertensos sem controle. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita, e as proporções são consideravelmente maiores, quando a falta de adesão relaciona-se a itens referentes ao estilo de vida, como dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros (SANTOS, 2013).

Vários fatores exercem influência neste processo: características biológicas (sexo, idade, raça/cor e história familiar) e socioculturais (estado civil, escolaridade, renda, profissão/ocupação, naturalidade, procedência e religião); experiência da pessoa hipertensa com a HAS e o tratamento; relação entre Equipe de Saúde e pessoa hipertensa; participação familiar e acesso ao sistema de saúde veiculado pelas políticas públicas de saúde vigentes (SANTOS, 2011).

5. METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Trata-se um estudo quantitativo, descritivo, com delineamento transversal.

5.2 Local do estudo

Esse estudo foi realizado na área de abrangência da UBSF Raimundo Carneiro II, situada no bairro do Pedregal, em Campina Grande-PB.

5.3 Período do estudo

A coleta de dados foi realizada entre maio de 2017 e julho de 2017.

5.4 População do estudo

A população foi a de todos os hipertensos já diagnosticados e em acompanhamento na UBSF (312 pacientes cadastrados), previamente agendados ou através de demanda espontânea.

5.5 Cálculo da Amostra

A amostra foi calculada a partir de fórmula padronizada pelo Laboratório de Análises Estatísticas (LEE) do Hospital Dante Pazzanese- SP (PAES, 2016).

A *proporção na população* foi aquela referente à proporção de controle da hipertensão arterial encontrada em estudos para a população brasileira, 31,25% (PINHO, 2013).

A *proporção sugerida* foi de 53,9%, valor este referente à maior taxa de controle da hipertensão arterial encontrada em estudos em seguimento nas unidades básicas de saúde (PINHO, 2013).

O cálculo da amostra foi então realizado automaticamente, considerando-se um nível de significância de 1% e intervalo de confiança de 95%, sendo constituída por 74 hipertensos.

5.6 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão:

- Diagnóstico prévio de HAS, em acompanhamento na UBSF;
- Utilização de medicamentos anti-hipertensivos;
- Idade acima de dezoito anos;
- Possibilidade de aferição da PA e das medidas antropométricas no momento da coleta de dados;
- Concordância para a participação da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo).

Critérios de exclusão:

- Idade abaixo de dezoito anos
- Não utilização de medicamentos anti-hipertensivos
- Impossibilidade de aferição da PA e das medidas antropométricas no momento da coleta de dados.

5.7 Instrumentos:

- 1- Esfigmomanômetro da marca Premium®
- 2- Estetoscópio da marca 3M™ Littman®
- 3- Balança digital da marca G-Life®
- 4- Trena global - 3m da marca Stanley®
- 5- Fita métrica não-distensível
- 6- Formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas referente a questões socioeconômicas e demográficas, condições de saúde, hábitos de vida e relacionadas ao uso de medicamentos (Apêndice).

5.8 Passo a passo:

A coleta dos dados foi realizada por duas alunas de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, devidamente treinadas. Durante a coleta dos dados, os entrevistados foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e, após leitura, entendimento e assinatura do TCLE, responderam ao formulário supracitado.

A seguir, foram aferidas a PA e medidas antropométricas dos participantes, de acordo com o que se segue:

O critério diagnóstico para HAS seguiu o preconizado pelo Programa de Saúde da Família, que é de valores acima ou iguais a 140 mm Hg para a pressão sistólica e/ou 90 mm Hg para a pressão diastólica em pelo menos duas medidas realizadas em momentos diferentes. Foi considerada controlada a PA dos pacientes cujo nível pressórico estivesse de acordo com o VIII Joint (2014) que preconiza que para a população geral menor de 60 anos, deve-se atingir a meta de PA menor que 140/90 mmHg e para maiores de 60 anos, devem-se atingir valores menores que 150/90mmHg. Os considerados não controlados foram aqueles que apresentaram valores iguais ou maiores do que os citados.

A medida da pressão arterial foi realizada no início da entrevista, com esfigmomanômetros aneróides devidamente calibrados, e estetoscópios. O paciente mantinha-se em posição sentada, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deveria estar à altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima. A medida da PA obedeceu às recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O peso, em quilogramas, foi aferido em balança tipo portátil supracitada, ficando o participante posicionado na balança até que a contagem do peso se estabilizasse. A altura, em metros, foi medida por uma trena global, ficando o participante posicionado na posição ereta, encostado em uma superfície plana. A circunferência abdominal (CA) foi medida com uma fita métrica não-distensível, ajustada ao nível da cicatriz umbilical. Foi considerado como parâmetro as recomendações da Federação Internacional de Diabetes, onde o ponto de corte estabelecido para a CA é de 94 cm para homens e 80 cm para mulheres.

5.9 Análise de dados

Os dados coletados foram organizados e tabulados pelos pesquisadores em planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel*®. Para análise inferencial, foi utilizado o ambiente computacional R (versão 3.4.1). Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor de $p < 0,05$ e o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) para aceitação de hipótese de nulidade.

As associações entre as variáveis qualitativas foram analisadas utilizando o teste de probabilidade exata de Fisher. Utilizaram-se também análise descritiva e uma análise de Regressão Logística, para afastar potenciais confundidores, com o mesmo nível de significância.

5.10 Riscos e benefícios

O estudo implicou em riscos pouco relevantes, como o constrangimento com relação à coleta de medidas antropométricas.

Em contrapartida, o conhecimento dos dados que foram analisados neste estudo, poderá propiciar maiores subsídios para o desenvolvimento de ações no

sentido de melhorar o controle da PA, principalmente em relação aos fatores de riscos modificáveis, dessa forma contribuindo para benefício da população estudada.

5.11 Aspectos éticos

Todo o processo da pesquisa foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, relacionada a estudos com seres humanos. Além disso, para participar da pesquisa, o paciente assinou o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo). Foram garantidos princípios éticos e morais no que tange à abordagem do paciente, garantia do anonimato dos voluntários e a possibilidade de desistência no decorrer do processo. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC) sob número 67322117.9.0000.5575.

6. RESULTADOS:

6.1 Análise descritiva

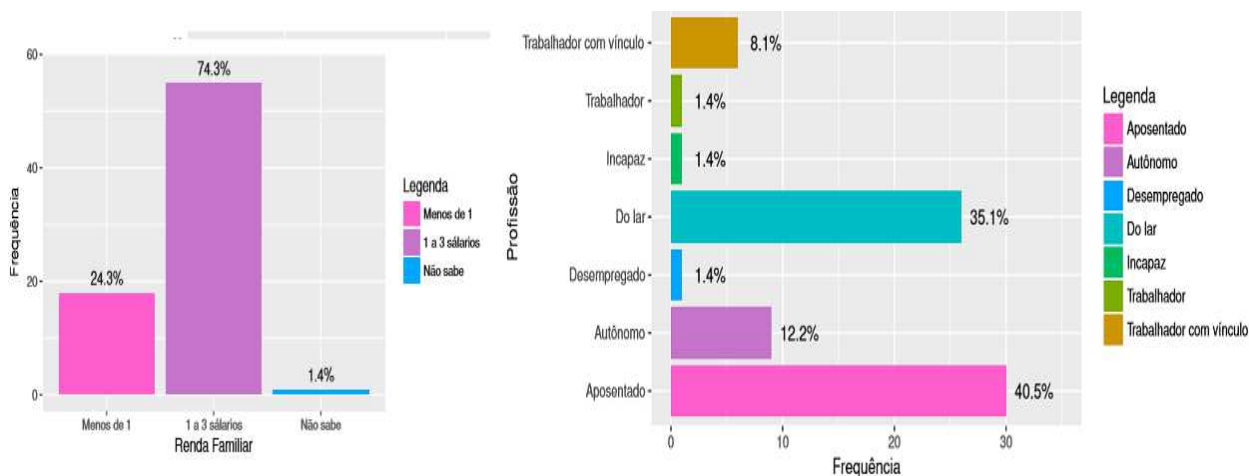
Dos 74 hipertensos entrevistados, 78,3% eram do sexo feminino, enquanto 21,7%, do masculino. A média de idade foi de 60,14 anos (DP=14,47 anos), sendo as idades mínimas e máximas de 28 e 84 anos, respectivamente (Tabela 1).

TABELA 1: Idade dos pacientes do estudo

Média	Desvio-padrão (DP)	Mínima	Mediana	Máxima
60,14	14,47	28	62,00	84

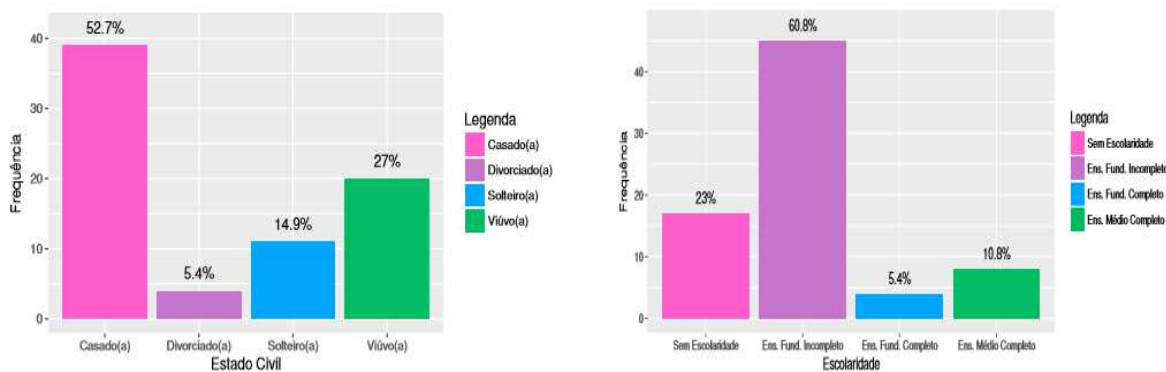
A maioria dos inquiridos tinha renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos (74,4%), enquanto 24,3 % recebiam menos de um salário mínimo. Um maior percentual de respondentes se autodeclararam *aposentados* (40,5%) e *trabalhadores do lar* (35,1%). As categorias com menores percentuais foram *trabalhador incapaz* e *desempregado* (Gráfico 1).

Gráfico 1: Renda familiar e Profissão



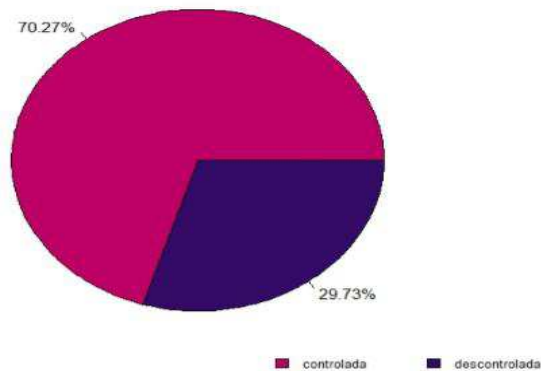
Com relação ao estado civil, os *casados* representaram 52,7% dos entrevistados, os *viúvos* 27%, enquanto *solteiros* e *divorciados* representaram 14,9% e 5,4%, respectivamente. Quanto ao grau de escolaridade, observa-se que a maioria (60%) dos entrevistados possuía apenas *ensino fundamental incompleto*; os que *não possuem escolaridade* correspondem a 23%, *ensino médio completo* 10,8% e *ensino fundamental completo*, 5,4%. Não foram encontrados *graduados* entre os entrevistados (Gráfico 2).

Gráfico 2: Estado civil e escolaridade



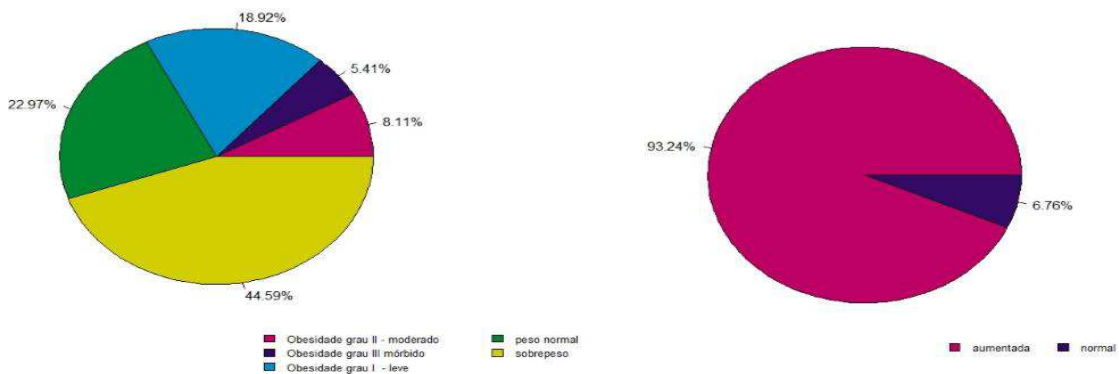
Considerou-se a seguinte designação para a efetividade do controle da pressão arterial: para a população geral menor de 60 anos, PA menor que 140/90 mmHg e para idade igual ou maior do que 60 anos, valores menores que 150/90 mmHg. Os considerados não controlados foram aqueles que apresentaram valores iguais ou maiores do que os citados. Sendo assim, no Gráfico 3, observa-se que 70,27% dos entrevistados tiveram uma pressão arterial controlada, enquanto 29,73% tiveram uma pressão arterial não controlada.

Gráfico 3: Controle da PA



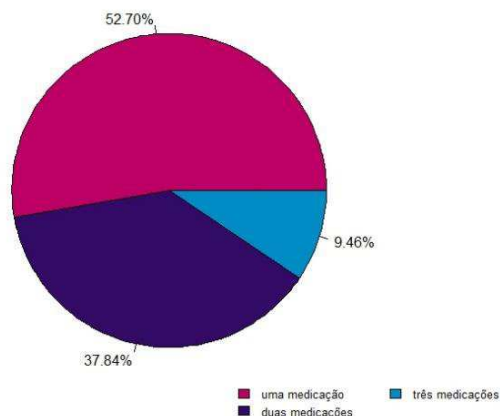
Com relação às medidas do Índice de Massa Corporal (IMC), observou-se que 44,59% dos entrevistados apresentaram índice de massa corporal classificado como *sobrepeso*, 22,97% apresentavam peso *normal*; 18,98% *obesidade grau I – leve*; 8,11% *obesidade grau II - moderado* e 5,41% *obesidade grau III - mórbido*. Ao analisar a circunferência abdominal dos entrevistados, observou-se que a maioria (93,24%) a apresentava *aumentada*, sendo que 6,76% a apresentava *normal* (Gráfico 4).

Gráfico 4: IMC e circunferência abdominal



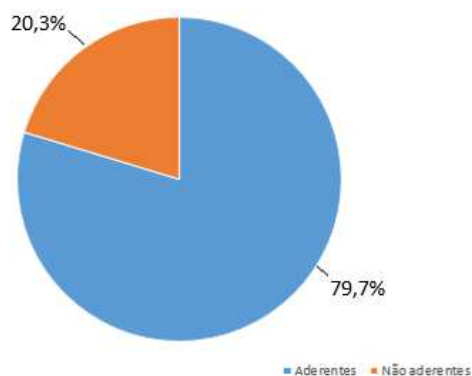
No que tange à utilização de medicamentos, observa-se que 52,70% dos entrevistados fazia uso de apenas um medicamento, 37,84% fazia uso de dois medicamentos e 9,46% dos entrevistados fazia uso de três medicamentos para o controle da PA (GRÁFICO 5).

Gráfico 5: Medicamentos em uso para controle da PA



Dos 74 hipertensos investigados, 79,7% foram identificados como aderentes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e 20,3% como não aderentes, sendo levado em consideração aspectos como o “esquecimento”, “tomada correta em intervalos adequados” e “garantia de manter o tratamento”, não permitindo faltar a medicação (GRÁFICO 6).

Gráfico 6: Adesão ao tratamento medicamentoso



6.2 Associação entre variáveis qualitativas:

- **Associação entre as variáveis: adesão ao tratamento medicamentoso e pressão arterial:**

Observou-se que um percentual de 77,9% dos participantes deste estudo aderiu ao tratamento medicamentoso e tem pressão controlada, ao passo que 40% não aderiu ao tratamento medicamentoso e têm pressão controlada. Esses resultados parecem indicar haver dependência entre essas duas variáveis, para o conjunto considerado.

Porém, para ter-se uma conclusão, ao nível de 5% de significância, é necessário aplicar um teste de hipóteses. Dessa forma, aplicou-se o teste de Fisher para testar se a variável *adesão ao tratamento medicamentoso* está relacionada com a variável *pressão arterial*. As hipóteses desse teste ficaram da seguinte forma:

H0: *Pressão arterial e adesão ao tratamento medicamentoso* são independentes;

H1: *Pressão arterial e adesão ao tratamento medicamentoso* são dependentes.

O teste de Fisher apresentou um valor-*p* igual a 0,009043. Portanto, ao nível de 5%; rejeita-se H0, ou seja, a variável *pressão arterial* é dependente da *adesão ao tratamento medicamentoso* (Tabela 2).

TABELA 2: Distribuição conjunta das frequências e porcentagens para as variáveis *adesão ao tratamento medicamentoso e controle da pressão arterial*

Pressão Arterial	Adesão ao tratamento		Total
	Não	Sim	
Controlada	6 (40,00%)	46 (77,97%)	52 (70,27%)
descontrolada	9 (60,00%)	13 (22,03%)	22 (29,73%)
Total	15 (100%)	59 (100%)	74 (100%)

➤ **Associação entre as variáveis *número de medicamentos em uso e pressão arterial*:**

Nota-se que as proporções estão próximas das proporções marginais. Esses resultados parecem indicar não haver dependência entre essas duas variáveis, para o conjunto considerado. Dessa forma, aplicou-se o teste de Fisher para testar se a variável *número de medicamento* está relacionada com a variável *pressão arterial*. As hipóteses desse teste ficaram da seguinte forma:

H0: *Pressão arterial e número de medicamento* são independentes;

H1: *Pressão arterial e número de medicamento* são dependentes.

O teste de Fisher apresentou um valor-*p* igual a 0,09679. Portanto, ao nível de 5%; não se rejeita H0, ou seja, a variável *pressão arterial* é independente do número de medicamento que o entrevistado consome (Tabela 3).

TABELA 3: Distribuição conjunta das frequências e porcentagens para as variáveis *número de medicamentos e controle da pressão arterial*.

Pressão Arterial	Número de Medicamento			Total
	Um	Dois	Três	
Controlada	31 (79, 49%)	18 (64, 29%)	3 (42, 86%)	52 (70, 27%)
descontrolada	8 (20, 51%)	10 (35, 71%)	4 (57, 14%)	22 (29, 73%)
Total	39 (100%)	28 (100%)	7 (100%)	74 (100%)

➤ **Associação entre as variáveis *tabagismo e pressão arterial*:**

Na Tabela 4 veem-se as frequências absolutas e relativas em porcentagem para as variáveis *tabagismo e pressão arterial*, podendo ser observado, que os resultados sugerem não haver dependência entre essas duas variáveis, para o conjunto estudado. Dessa forma, aplicou-se o teste de Fisher para testar se a variável *tabagismo* estava relacionada com a variável *pressão arterial*. As hipóteses desse teste ficaram da seguinte forma:

H0: *Pressão arterial e tabagismo* são independentes;

H1: *Pressão arterial e tabagismo* são dependentes.

O teste de Fisher apresentou um valor-*p* igual a 0,1951. Portanto, ao um nível de 5%; não se rejeita H0, ou seja, os níveis pressóricos são independentes do fato do paciente ser ex-fumante, fumante ou não fumar.

TABELA 4: Distribuição conjunta das frequências e porcentagens para as variáveis *tabagismo e controle da pressão arterial*

Pressão Arterial	Tabagismo			Total
	Ex-fumante	Fuma	Não fuma	
Controlada	13 (68, 42%)	8 (53, 33%)	31 (53, 33%)	52 (70, 27%)
descontrolada	6 (31, 58%)	7 (46, 67%)	9 (22, 50%)	22 (29, 73%)
Total	19 (100%)	15 (100%)	40 (100%)	74 (100%)

➤ **Associação entre as variáveis *alcoolismo e pressão arterial*:**

Com relação ao alcoolismo, viu-se que as porcentagens para cada classe da variável estão um pouco distantes das porcentagens da linha total. O teste de Fisher

apresentou um valor-*p* igual a 0,005873. Concluindo-se assim, ao nível de 5%, que a variável *alcoolismo* está associado a variável *controle da pressão arterial* (Tabela 5).

TABELA 5: Distribuição conjunta das frequências e proporções (em porcentagem) para as variáveis *alcoolismo* e *controle de pressão arterial*.

Pressão Arterial	Alcoolismo		Total
	Não	Sim	
Controlada	49 (76,56%)	3 (30,00%)	52 (70,27%)
descontrolada	15 (23,44%)	7 (70,00%)	22 (29,73%)
Total	64 (100%)	10 (100%)	74 (100%)

➤ **Associação entre as variáveis *atividade física e alimentação adequada e pressão arterial*:**

Na tabela 6 são observadas as contagens e porcentagens das variáveis *atividade física e alimentação adequada*. No geral, 77,0% dos entrevistados alimentava-se adequadamente e 23,0% tinha alimentação inadequada; 64,9% não praticavam atividade física e 35,1% a praticavam.

Com relação à atividade física, pôde-se observar que 67,3% das pessoas entrevistadas tinham a pressão controlada, mesmo sem realizar atividade física e 32,7% que a tinham sob controle, realizavam alguma atividade física. Já para aqueles com pressão não controlada, 59,1% relataram não fazer atividade física, enquanto que 40,9% referiram realizar alguma atividade.

Fazendo o mesmo tipo de análise para a alimentação, percebe-se que 84,6% relataram ter alimentação adequada e 15,4%, inadequada. Dos que apresentavam pressão não controlada, os se alimentavam adequadamente eram 59,1%, enquanto que os que não se alimentavam adequadamente somavam 40,9%. Pode-se testar a hipótese experimental de que proporção de pessoas com pressão controlada varia dependendo do fato de se praticar atividade física ou não. Assim, definem-se as hipóteses:

$$\begin{cases} H_0 : \text{Pressão arterial e atividade física são independentes;} \\ H_1 : \text{Pressão arterial e atividade física não são independentes.} \end{cases}$$

Com as duas primeiras colunas da Tabela 6 podemos decidir sobre as hipóteses acima com o teste exato de Fisher (SIEGEL JR,1975) ao nível de

significância de 5%. O mesmo retornou um valor p igual a 0,5964. Como esse valor é maior que 0,05, não devemos rejeitar H_0 , isto é, a efetividade do controle da pressão arterial independe do fato de realizar ou não atividades físicas.

Analisando a relação da PA controlada ou não com alimentação adequada, definem-se as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0 : \text{Pressão arterial e atividade física são independentes;} \\ H_1 : \text{Pressão arterial e atividade física não são independentes.} \end{cases}$$

Com a hipótese alternativa H_1 unilateral acima e o teste exato de Fisher ao nível de significância de 5%, verifica-se que o valor p é $0,02079 < 0,05$ e deve-se rejeitar H_0 em favor de H_1 , isto é, a proporção de pacientes com pressão controlada é maior para o grupo que tem alimentação adequada.

TABELA 6: Variáveis atividade física e alimentação adequada em função da pressão arterial.

Pressão Arterial	Atividade Física		Alimentação Adequada		Total
	Não	Sim	Não	Sim	
Controlada	35 (67,3%)	17 (32,7%)	8 (15,4%)	44 (84,6%)	52 (100,0%)
Descontrolada	13 (59,1%)	9 (40,9%)	9 (40,9%)	13 (59,1%)	22 (100,0%)
Total	48 (64,9%)	26 (35,1%)	17 (23,0%)	57 (77%)	74 (100,0%)

7. DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se uma média de idade de 60,14 anos. Na população brasileira, foi observada uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao aumento da expectativa de vida dessa população e aumento na população maior ou igual a 60 anos na última década, de 6,7% para 10,8% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). O dado encontrado neste estudo pode corroborar com a estatística brasileira. Estudos realizados na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá também mostraram números elevados de HAS na população idosa – entre 30% e 35%. Já em países como a Nigéria e a China, a prevalência é de 66,7% e 56,5%, respectivamente, demonstrando que países em desenvolvimento apresentam prevalências de HAS bem mais elevadas do que as dos países de alta renda (MENDES, 2014).

Houve um predomínio do sexo feminino (78,3%), o que se contrapõe ao que observou o Plano Nacional de Saúde (2013): 24,2% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA, 2016). Este aspecto deve ser considerado, já que a maior parte da população idosa é do sexo feminino.

A população brasileira atual possui mais de 201 milhões de pessoas, sendo que 12,6% têm 60 anos ou mais. Dessas, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens. Além disso, estudos demonstram que as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, aumentando suas chances de terem o diagnóstico de HAS. Afirmam esses estudos que mulheres, por terem maior sobrevivência que homens, ficam mais propensas a sofrerem doenças crônicas (MARTINS, 2014).

Outros autores justificaram essa maior prevalência em mulheres devido ao fato de esse grupo apresentar aumento dos fatores de risco com a queda na produção de hormônios esteroides, levando ao aumento do tônus vascular das artérias periféricas e provocando HAS em mulheres na pós-menopausa (MENDES, 2014).

Os homens muitas vezes descobrem que são hipertensos somente após sofrerem evento clínico grave, como infarto ou acidente vascular encefálico. Isso demonstra a necessidade de investimentos em ações públicas de saúde para informação, prevenção, diagnóstico e tratamento da população, principalmente de homens idosos, visando com isso a reduzir os agravos advindos da HAS (MENDES, 2014).

A maioria das pessoas entrevistadas tinha ensino fundamental incompleto (60%) ou não tinha escolaridade (23%), o que provavelmente contribuiu para o aumento dos níveis pressóricos, já que a baixa escolaridade pode dificultar a adesão ao tratamento e há uma tendência na queda da média da pressão arterial e da proporção da hipertensão arterial conforme o grau de educação aumenta (MANO, 2005). Corroborando com os resultados deste estudo, investigação com hipertensos na cidade de São Paulo evidenciou que maiores níveis tensionais no seguimento dessas pessoas se relacionaram com idade acima de 60 anos, além de baixa escolaridade, baixa renda e mais de 5 anos de hipertensão (PINHO, 2013).

Um maior percentual de respondentes se autodeclararam aposentados (40,5%) e as categorias com menores percentuais foram trabalhador incapaz e desempregado. Isso pode ser justificado pelo maior número de hipertensos idosos que recebem benefício da previdência social, no entanto, estudos brasileiros mostram que os desempregados são maioria com relação a HAS, devido a uma maior dificuldade no acesso ao diagnóstico e adesão ao tratamento anti-hipertensivo (MION, 2010).

Com relação ao estado civil, os casados representaram 52,7% dos entrevistados. Sendo assim, acredita-se que a presença de companheiro ou de laços familiares estáveis tem relação com acesso aos serviços de saúde, capacidade de evitar hospitalizações por hipertensão e poderia estar associada à presença da doença (HARTMANN, 2007).

Neste estudo, 70,27% dos participantes tinha PA controlada, o que difere de outro estudo (SANTOS, 2013), que demonstra taxas de controle que variam de 35% a 37,5% no Brasil. Pinho *et al.* relata que entre os hipertensos assistidos pela UBSF, esses índices variaram de 20,0 a 30,7%, e de 30,0 a 53,9%, sendo portanto o controle da hipertensão arterial pouco satisfatório no Brasil (PINHO, 2013).

Esses melhores resultados com relação ao tratamento em outros locais, podem ter relação com a atuação multiprofissional eficaz da equipe de saúde e com as ações farmacológicas realizadas pelo governo, que fornecem as principais medicações anti-hipertensivas sem custo ou com baixo valor. A baixa renda da população dificultaria o controle da PA pela impossibilidade de aquisição das medicações necessárias para este fim.

Uma das principais causas apontadas para o fracasso no tratamento é a baixa adesão, identificada em aproximadamente 50% dos hipertensos sem controle. Observa-se na literatura brasileira que cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita, e as proporções são consideravelmente maiores, quando a falta de adesão relaciona-se a itens referentes ao estilo de vida, como dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros (SANTOS, 2013). Logo, a adesão é a principal determinante para a efetividade do tratamento, pois a não adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos.

A adesão ao tratamento neste estudo encontrou-se em um percentual de 79,7% dos pacientes e teve associação positiva com a efetividade do controle dos níveis pressóricos.

A baixa adesão foi identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial por SANTOS, 2013. A falta de adesão ao tratamento pode ter relação com a posologia dos medicamentos anti-hipertensivos, já que quando há a necessidade de tomar medicação mais de uma vez ao dia, ocorre maior taxa de insucesso no controle da hipertensão, como também, a quantidade de medicamentos, efeitos colaterais, eficácia das drogas, custo, tratamento prolongado, alterações no esquema terapêutico e descontinuidade do tratamento (VASCONCELOS, 2007). A

quantidade de medicamentos utilizados, no entanto, não se apresentou como fator associado ao controle dos níveis pressóricos neste estudo.

Esses autores também afirmam que é necessário informar para conscientizar os pacientes hipertensos sobre seguir o tratamento e desenvolver o autocuidado, o que resultaria no aumento da adesão, prevenindo internações no serviço de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva, decorrentes de complicações. A forma como estas informações serão repassadas pelo profissional, deverá ser individualizada de acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa, para uma melhor adesão ao tratamento (VANCONCELOS,2007).

Ao se analisar a variável tabagismo, não se encontrou associação com o controle da PA, apesar de a literatura considerar que o cigarro, através da nicotina, aumenta a pressão arterial e leva a uma maior deposição de colesterol nos vasos sanguíneos (CASTRO, 2005). O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, não há evidências que a cessação do tabagismo reduza a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A utilização de bebidas alcoólicas, ao contrário, mostrou associação com níveis pressóricos elevados, estando de acordo com o que diz a literatura, já que considera que o consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). O hipertenso deve evitar uma ingestão regular de bebidas alcoólicas e, quando isto ocorrer, deverá ser limitada a 30 gramas de etanol nos homens e 15 gramas de etanol nas mulheres, ou seja, 50% da quantidade permitida para homens.

A diminuição da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, pode diminuir a pressão arterial sistólica em 2 a 4 mmHg (LOPES, 2003). Estima-se que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA, portanto, recomenda-se moderação no consumo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dos entrevistados neste estudo, 64,9% eram sedentários. No entanto, o sedentarismo não foi associado à efetividade do controle da PA. De acordo com estudo (LOPES, 2003), as pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas às pessoas que praticam atividades físicas.

Das diversas intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração e intensidade, pode ter um efeito hipotensor importante. Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial (LOPES, 2003). O sedentarismo é mais frequente naqueles que apresentavam nível socioeconômico mais baixo, exatamente naquelas em que o risco da HAS foi mais significativa, o que sugere ser fator complicador para a prevenção e o tratamento da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Houve associação entre a alimentação inadequada e o insucesso no controle da PA neste estudo. De acordo com outro estudo (OLIVEIRA, 2017), a mudança na alimentação pode provocar alterações significativas no peso corporal, resultando em uma redução lenta e progressiva da PA, como ocorre com a dieta DASH, composta de frutas, verduras, fibras, alimentos integrais, leite desnatado, pobre em colesterol e gorduras saturadas, que demonstrou ser capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 8 a 14 mmHg.

Neste estudo, 77,03% das pessoas entrevistadas apresentavam sobrepeso ou algum tipo de obesidade e 93,24% dos participantes apresentava também uma circunferência abdominal maior do que o normal para a idade e sexo. Tal fato entra em concordância com o aumento dos índices de obesidade no Brasil: dados obtidos em estudo multicêntrico (VIGITEL, 2014) revelaram um aumento da prevalência de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) de 2006 para 2014 foi de 43% para 52,5 %. No mesmo período, a obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e do sexo feminino, mas estabilizou-se entre 2012 e 2014 (VIGITEL, 2014).

A perda de peso pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas são fundamentais para a perda de peso (LOPES, 2003). A forte associação entre o excesso de peso e a ocorrência de HAS indica a urgência de medidas capazes de atuar sobre os fatores de risco que podem interferir decisivamente sobre a determinação da prevalência de hipertensão arterial em um grupo populacional.

Em nosso estudo foi encontrado também, a exemplo de outros estudos, uma correlação positiva entre a circunferência abdominal e a HAS. Esse achado identifica

uma medida simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, como importante marcador para a HAS, e indica mais um caminho a seguir, com o incentivo para a adoção da medida da CA como rotina em todos os atendimentos à saúde e a adoção de atitudes preventivas precoces nos casos em que valores discrepantes sejam encontrados. Esse poderá ser também fator primordial para um melhor controle de fatores de risco, inclusive evitando o aparecimento da HAS e facilitando o seu controle nas situações em que já estiver estabelecida (JARDIM,2007).

8. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes demonstrou que a maioria dos hipertensos acompanhados na UBSF do sexo feminino, casada, apresentava média de idade de 60,14 anos, era aposentada ou trabalhadora do lar, cursou até o ensino fundamental incompleto e apresentava renda familiar entre um até 3 salários mínimos.

Com relação aos dados clínicos, a maioria dos pacientes, 70,27% apresentava níveis pressóricos controlados, percentual superior ao encontrado em outros estudos que dizem respeito à população brasileira, utilizando, em maior percentual, um único medicamento anti-hipertensivo. A adesão ao tratamento apresentou-se como fator associado ao controle da PA, ao passo que a quantidade de medicamentos utilizados não esteve associada àquele controle.

A maioria absoluta dos pacientes estudados apresentava sobrepeso ou algum tipo de obesidade, como também aumento da medida da circunferência abdominal e referia ter alimentação adequada, embora não praticasse qualquer tipo de atividade física. A prática de atividades físicas não apresentou-se como fator associado ao controle da PA, diferentemente da alimentação adequada, que apresentou associação.

Com relação à utilização de tabaco e bebidas alcólicas, observou-se que a maioria dos participantes deste estudo era não tabagista e não fazia uso de bebidas alcólicas (prévio e/ou atualmente). O tabagismo não apresentou associação com a efetividade do controle da PA, mas a utilização de bebidas alcólicas pelos inquiridos, veio a apresentar associação.

Como o estudo foi realizado em uma única Unidade de Saúde da Família de Campina Grande, podem-se inferir os dados encontrados para essa única Unidade.

Dessa forma, estudos maiores deverão ser feitos, para que se confirmem os resultados observados.

REFERÊNCIAS

Borges, HP; Cruzei, NC; Moura, EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq bras cardiol**, São Paulo, v. 91, n. 2, p. 110-118, ago. 2008.

BRASIL-A. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013.

BRASIL-B. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. Coordenação geral de sistemas de informação. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); 80p, 2010.

DEEPASK. Hipertensão arterial: veja número de hipertensos por cidade do brasil - campina grande, pb. Disponível em: <<http://www.deepask.com/goes?page=campina-grande/pb-confira-os-numeros-da-hipertensao-arterial-no-seu-municipio>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

Ferreira RA; Barreto, SM; Giatti, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no brasil: um estudo de base populacional. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

Guimarães Filho GC, Sousa AL, Jardim T de S, Souza WS, Jardim PC. Progression of blood pressure and cardiovascular outcomes in hypertensive patients in a reference center. **Arq Bras Cardiol**; v. 104, n. 4, p. 292-298, 2015.

Hartmann, M., Dias-da-Costa, J. S., Olinto, M. T. A., Pattussi, M. P., & Tramontini, A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.8, p. 1857-1866, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária: campina grande - pb. Disponível em:

<[http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250400&search=p araiba|campina-grande|infogr%e1ficos:-evolu%e7%e3o-populacional-e-pir%e2mide-et%e1ria](http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250400&search=p%20araiba|campina-grande|infogr%e1ficos:-evolu%e7%e3o-populacional-e-pir%e2mide-et%e1ria)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

Jardim, PCBV. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq bras cardiol**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWT, Rodrigues MTP. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, e0560015, 2016.

Lopes, Heno Ferreira, José Augusto S. Barreto-Filho, and Grazia Maria Guerra Riccio. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 13, n.1, p.148-155, 2003.

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. 269-275, 2005.

Martins AG, Chavaglia SR, Ohl RI, Martins IM, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta paulista de enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.

Mendes, G. S., Moraes, C. F., & Gomes, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.9, n.32, p. 273-278, 2014.

Mion Jr, Décio, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.1, p. 99-106, 2010.

Mochel EG, Andrade CF, Almeida DS, Tobias AF, Cabral R, Cossett RD. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA). **Rev Bahiana Saude Publica**, v.31, n.1, p. 90-101, 2007.

Pereira IMO. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Science**; v.2, n.2, p. 21-40, 2015.

Pinho NA, Pierin AMG. Hypertension control in brazilian publications. **Arq Bras Cardiol**; v. 101, n.3, p. 65-73, 2013.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) - IBGE. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/pns/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

PORTAL DA SAÚDE- MS. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/ppt-vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto. J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com antihipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad Saúde Pública**; v. 26, n.12, p. 2389-2398, 2010.

Santos MV, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DA, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**; v.11, n.1, p. 55-61, 2013.

Santos ZMSA. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. **Rev Bras Promoção Saúde**; v.24, n.4, p.285-286, 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA. Saúde lança campanha 'eu sou 12 por 8' para prevenir hipertensão. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/pns/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Sistema de informação da atenção básica- SIAB. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/area-de-downloads-de-sistemas-sus-do-cnes-processamentos-siasihd-e-tabela-unificada/outros/seminarios-e-apresentacoes/apresentacao_siab_sessp-2010.pd>. Acesso em: 27 nov. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n.3, Supl. 3, 2016.

Souza CS et al. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. **Arq Bras Cardiol**, v.102, n.6; p.571-578, 2014.

Vasconcelos, F. D. F., Leite de Araújo, T., Magalhães Moreira, T. M., & Venícios de Oliveira Lopes, M. Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis

sociais/clínicas em pacientes hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p.326-332, 2007.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Dados pessoais e sociodemográficos

Entrevistado: _____ Idade: _____

1. Gênero: () Masculino () Feminino

2. Profissão:

- a. Aposentado/Pensionista ()
- b. Autônomo ()
- c. Trabalhador com vínculo ()
- d. Do lar ()
- e. Desempregado ()

3. Estado civil:

() Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

4. Você mora na zona urbana ou rural?

() Zona urbana () Zona rural

5. Renda média da família (R\$)

- a. Menos de um salário mínimo ()
- b. Entre um a três salários mínimos ()
- c. Entre três a cinco salários mínimos ()
- d. Entre cinco a dez salários mínimos ()
- e. Mais de dez salários mínimos ()

6. Grau de escolaridade:

- a. Ensino Fundamental Completo ()
- b. Ensino Fundamental Incompleto ()
- c. Ensino Médio Completo ()

- d. Ensino Médio Incompleto ()
- e. Ensino Superior Completo ()
- f. Ensino Superior Incompleto ()
- g. Sem escolaridade ()

Quanto a Hipertensão arterial sistêmica

- 1. Tempo de conhecimento da HAS: () <5 anos () >5 anos
- 2. Adesão ao tratamento: () SIM () NÃO

Perguntar sobre esquecimento e horário de tomada dos remédios, se leva os medicamentos quando viaja, providência dos remédios antes de acabarem e uso dos medicamentos mesmo quando a pressão está controlada.

- 3. Medicamentos utilizados?

BRA () IECA () ACC () Betabloqueador () Diurético ()

- 4. Tempo de tratamento _____

- 5. História de internação hospitalar devido a complicações da HAS?
SIM () NÃO ()

- 6. Atividade física:

() SIM () NÃO

Quantas vezes por semana? _____

- 7. Alimentação (reduziu sal, massa e frituras)?

() SIM () NÃO

- 8. Tabagismo:

() NÃO FUMA () FUMA () EX-FUMANTE

Maços/ano _____

- 9. Alcoolismo:

() SIM () NÃO

Tipo de bebida e frequência _____

- 10. Antecedente familiar para hipertensão?

() SIM () NÃO

Dados antropométricos:

Pressão arterial	
Peso (kg)	
Altura (m)	
IMC (kg/m ²)	
Circunferência abdominal (cm)	

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “EFETIVIDADE DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE - PB”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “EFETIVIDADE DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB” terá como objetivo geral detectar o percentual de taxa de controle da PA entre os hipertensos da Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro, localizada no bairro do Pedregal, em Campina Grande – Paraíba.

Ao voluntário caberá a autorização para responder a uma Entrevista Semi-Estruturada com perguntas de múltiplas escolhas, que oferecem, potencialmente, subsidio para levantamento de informação, permitindo, assim, análise das condições que interferem na efetividade do acompanhamento e tratamento realizado na rede de atenção. Ao examinador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

A pesquisa oferece risco moral as participantes, que se explica pelo fato das usuárias participarem de intervenções que podem oferecer algum constrangimento. Os riscos serão minimizados, garantindo ao participante a confidencialidade nos dados coletados e os esclarecimentos sobre a pesquisa. Os benefícios desta pesquisa envolvem identificação dos problemas, suas possíveis soluções e ganho de experiência para os pesquisadores.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 98803-7072 com Deborah Rose Galvão Dantas, endereço institucional da pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795 Bodocongó. Campina Grande-PB. CEP 58429-600.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Será garantido como benefícios resultantes do projeto, retorno aos participantes da pesquisa e instituição onde os dados foram coletados.

Em caso de menores de 18 anos, o pai ou responsável assinará o TCLE, e deverá ser indicado o nome do menor.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Déborah Rose Galvão Dantas

Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

Assinatura dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).

An empty rectangular box with a thin black border, intended for a fingerprint signature.