

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**NAYARA DE SOUSA SILVA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: qualidade de vida e  
alimentação de hipertensos no município de Picuí-PB**

Cuité/PB

2015

NAYARA DE SOUSA SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: qualidade de vida e  
alimentação de hipertensos no município de Picuí-PB**

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

Orientador (a): Prof. (a). Msc. Poliana de Araújo Palmeira

Cuité/PB

2015

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

S586h

Silva, Nayara de Sousa.

Hipertensão arterial sistêmica: qualidade de vida e alimentação de hipertensos no município de Picuí - PB. / Nayara de Sousa Silva. – Cuité: CES, 2015.

55 fl.

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

Orientadora: Poliana de Araújo Palmeira.

1. Hipertensão. 2. Hipertensos - alimentação. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

NAYARA DE SOUSA SILVA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Qualidade de vida e alimentação  
de hipertensos no município de Picuí-PB

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

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

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

---

Prof. Msc. Mayara Queiroga Barbosa  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Examinador

---

Prof. Msc. Andrezza Duarte Farias  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Examinador

Cuité/PB

2015

A Deus pelo infinito amor que torna todas as coisas possíveis. Aos meus pais, Narcisa Petronila de Sousa Silva e Antônio José da Silva, que me deram a vida, por todo amor, carinho e confiança. A todos os professores que contribuíram para que eu chegasse até aqui. E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram de alguma forma para meu crescimento profissional e pessoal.

**Dedico.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças, por me abençoar e iluminar o meu caminho para que eu conseguisse ultrapassar todas barreiras e chegar até aqui, por ser minha fortaleza sempre. Agradeço e desejo ainda que meu coração persevere.

À minha mãe e meu pai que sempre estiveram do meu lado, que não mediram esforços para ajudar, que são responsáveis pela pessoa que sou hoje, essa vitória é nossa, meu amor incondicional para vocês.

À toda minha família que sempre me apoiou de perto ou de longe.

À minha orientadora Poliana Palmeira por todo apoio, dedicação, paciência, compreensão e por todos os ensinamentos, pela sua disponibilidade, mesmo em período de férias, e incentivo que foram fundamentais para realizar e prosseguir este estudo. Saliento o apoio prestado, a forma interessada, e pertinente como acompanhou a realização deste trabalho. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o percurso. Não tenho palavras para agradecer, só posso te desejar muito mais sucesso sempre.

À Secretária de Saúde de Picuí por autorizar a pesquisa, pela disponibilidade de acesso aos serviços e materiais

À todos os funcionários das equipes das Unidades Básicas de Saúde pela recepção, apoio e orientação.

À todos os Agente Comunitários de Saúde pela disponibilidade de nos ajudar nas orientações necessárias.

Aos entrevistadores que me ajudaram na coleta de dados, pela disponibilidade de abdicar parte das suas férias para colaborar com a pesquisa, dedicação, paciência, responsabilidade, vocês foram essenciais na pesquisa para coleta de dados.

À todos os hipertensos entrevistados, por nos receber tão bem em suas casas, abdicando parte do seu tempo para nos ajudar e autorizar a realização da pesquisa e coleta de dados.

À minha amiga, colega de curso, Ritinha Santos, por compartilhar esse projeto comigo, dividir e compartilhar todas as alegrias, angustias, preocupações e tristezas, risadas e a esperança.

À minha prima querida, que sempre esteve do meu lado, me apoiando, ouvindo e aconselhando, que entendeu quando precisei me ausentar durante esses anos e compartilhou comigo todos os sentimentos. Minha irmã de coração amo você.

À minha amiga Amanda Dantas, por me acolher na sua casa durante alguns anos nessa jornada, obrigada por ser meu ponto de apoio nos dias que minha casa era na Universidade.

Aos meus amigos e amigas, que estiveram sempre do lado, que entenderam meus momentos de ausência, que me deram forças e apoio, que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza. Amo todos vocês.

Aos colegas de curso, com quem compartilhei muitos ou poucos momentos estarão sempre guardados na minha memória, muito sucesso sempre, que Deus abençoe vocês.

À todos os professores de Nutrição, por todos os ensinamentos, por serem verdadeiros educadores e nos proporcionar uma excelente graduação.

À todos os funcionários do Ces que nos acolheram e nos ajudaram sempre que necessário.

À todos os alunos do Busão da noite que se tornaram grandes amigos e compartilharam grandes aventuras nas nossas viagens diárias.

À todos os professores que fizeram parte da minha história, pelo incentivo, sem vocês eu não teria chegado até aqui. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

À todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

**Charles Chaplin**



## RESUMO

SILVA, N. S. **Hipertensão arterial: qualidade de vida de vida e alimentação de hipertensos do município de Picuí.** 2015. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015

A qualidade de vida e os hábitos alimentares compreendem importantes fatores determinantes para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica e de suas complicações, o objetivo foi avaliar aspectos relacionados com a qualidade de vida e a práticas alimentares no controle da hipertensão arterial em pacientes atendidos pelas Unidades de Saúde da Família na zona urbana de Picuí, com o intuito de fornecer subsídios que possam auxiliar no aprimoramento das ações. Para tanto foram selecionados 297 hipertensos de ambos os gêneros. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e maio de 2014 e utilizou-se um questionário semiestruturado com informações de Controle da pressão, Estado nutricional do hipertenso, Relação cintura quadril, Teste de Morisky Green, Marcadores de consumo alimentar saudável do Sisvan, Qualidade de vida e as questões socioeconômicas (Sexo, Idade, Ocupação, Escolaridade, Renda familiar, Estado civil). A análise estatística de dados foi realizada com o auxílio do programa estatístico *SPSS for Windows* versão 13.0. Verificou-se com relação ao controle da hipertensão arterial que 59,3% dos entrevistados apresentaram a pressão arterial controlada, com relação ao consumo alimentar 45,1% dos entrevistados não consumiam salada crua, 47,1% não consumiam legumes e verduras cozidas, 43,8% dos hipertensos consumiam bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, 14% consumiam hambúrgueres e embutidos pouco frequente, além disso 16,5% consumiam bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates pouco frequente. Quanto ao estado nutricional 63% dos hipertensos encontravam-se com sobrepeso ou obesidade, para estado mental 59,6% dos entrevistados apresentaram alta qualidade de vida. Em manifestações somáticas 61,6% deles apresentaram alta qualidade de vida. Na percepção geral de saúde 58,6% consideraram apresentar um bom estado de saúde e qualidade de vida. Os resultados mostraram que apesar da maioria dos hipertensos estarem com a pressão controlada, apresentam fatores de risco para esse controle, portanto são necessárias estratégias de atenção para esse grupo, que garantam orientações e efetivamente um maior controle da pressão.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Controle. Alimentação. Qualidade de vida. Saúde.

## ABSTRACT

SILVA, N. S. **Hypertension: quality of life of life and power of the municipality of hypertensive Picuí** .2015. 53f. Completion of course work (undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

The quality of life and eating habits comprise an important determinant for the development of hypertension and its complications, as well as to the quality of life for the maintenance of health, aims to evaluate aspects related to quality of life and the feeding practices in the control of hypertension in patients seen by Family Health Units in the urban area of Picuí, in order to provide subsidies that can assist in the improvement of actions. Therefore, we selected 297 hypertensive of both genders. Data collection was carried out between April and May 2014 and used a semi-structured questionnaire with pressure control information, nutritional hypertensive state, waist hip ratio, Morisky Green Test, healthy food consumption markers of Sisvan , quality of life and socioeconomic issues (Gender , Age , Occupation, Education , family income , marital status). Statistical analysis of data was performed using the SPSS for Windows version 13.0. It was in relation to the control of hypertension that 59.3 % of respondents had controlled blood pressure in healthy eating markers 45.1% of respondents did not consume raw salad , 47.1 % did not consume vegetables and cooked vegetables , already in unhealthy markers 43.8 % of hypertensive consumed biscuits/crackers or chips package, 14% ate burgers and sausages offbeat further 16.5% consumed biscuits/cookies or candy stuffed , sweets, candies and chocolates little frequent , nutritional status 63% of persons were overweight or obese , to mental state 59.6 % of respondents had a high quality of life. In somatic manifestations 61.6 % showed high quality of life. In the general health perception 58.6 % consider present a good health and quality of life. The results show that although most are hypertensive with controlled pressure, have risk factors for this control, so it is necessary care strategies for this group, to ensure the guidelines and effectively greater control of pressure.

**Keywords:** Hypertension. Control. Power. Quality of life. Health.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Amostragem de portadores de hipertensão arterial representativa por Unidade de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde, Picuí, 2014.....	27
<b>Tabela 2-</b> Controle da pressão arterial sistêmica de acordo com as variáveis Sexo, Idade, Ocupação, Escolaridade, Renda, Estado civil entre hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014.....	32
<b>Tabela 3</b> - Marcadores de alimentação saudável em relação ao controle da pressão arterial entre hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014.....	33
<b>Tabela 4</b> - Marcadores de alimentação não saudável em relação ao controle da pressão arterial entre hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014.....	34
<b>Tabela 5</b> - Controle da pressão arterial sistêmica de acordo com as variáveis Estado nutricional, Relação Cintura Quadril, Teste de Morisky entre hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014.....	35
<b>Tabela 6</b> – Controle da pressão arterial sistêmica de acordo com a qualidade de vida entre hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014.....	36

## **LISTA DE SIGLAS**

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de Massa Corporal

PA – Pressão Arterial

QV – Qualidade de Vida

RCQ – Relação Cintura Quadril

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	19
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	19
3.2 ATENÇÃO A SAÚDE DO HIPERTENSO.....	20
3.3 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	21
3.4 QUALIDADE DE VIDA.....	23
<b>4 MÉTODOS</b> .....	26
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	26
4.2 AMOSTRAGEM/AMOSTRA.....	26
4.3 COLETA DE DADOS.....	28
<b>4.3.1 Avaliação do estado nutricional</b> .....	28
<b>4.3.2 Verificação da pressão arterial</b> .....	28
<b>4.3.3 Teste de adesão ao medicamento (Morisky Green)</b> .....	29
<b>4.3.4 Avaliação do consumo alimentar</b> .....	30
<b>4.3.5 Avaliação da qualidade de vida</b> .....	30
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	31

<b>5 RESULTADOS</b> .....	32
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	42
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>APÊNCIDES</b> .....	48
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	
APÊNDICE B – Questionário	
<b>ANEXOS</b> .....	55
ANEXO A – Documento de aceitação do projeto pelo órgão parceiro	
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	



## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo e têm gerado um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômico para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011).

Dentre as DCNT a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo com alta prevalência, estima-se que a pressão arterial (PA) elevada cause 7,5 milhões de óbitos, o que representa 12,8% de todas as mortes registradas no mundo (WHO, 2009), sendo esta uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prevenção primária da HAS, a detecção precoce, o tratamento medicamentoso e não medicamentoso e conseqüentemente, o controle da PA são as formas mais efetivas de evitar a doença e de melhorar a qualidade de vida (QV) do portador, sendo assim metas prioritárias dos serviços e profissionais de saúde pública (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o controle da PA se configura como um grande desafio para as equipes de saúde, pois a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e a ingestão de alimentos inadequados prejudicam esse controle, influenciando diretamente na qualidade de vida e na saúde dos hipertensos, como apresentado por diferentes estudos científicos (MARTINS et al 2010; CARVALHO, JARDIM E SOUSA, 2013).

Assim, diante do número crescente de pacientes hipertensos atendidos nas unidades básicas de saúde da família (UBSF) e do aumento da sobrevida dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, e com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a saúde do grupo estudado, o presente trabalho visa fornecer informações para os serviços de saúde e a



comunidade acadêmica, de modo que os resultados desse trabalho possam contribuir de maneira positiva para a melhoria na alimentação configurando o controle da pressão e conseqüentemente uma melhor QV dos portadores de HAS e fornecer as equipes de saúde subsídios que possam auxiliar no aprimoramento das ações.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar aspectos relacionados com a qualidade de vida e a alimentação segundo controle da pressão arterial sistêmica em hipertensos atendidos pelas Unidades de Saúde da Família na zona urbana de Picuí-PB.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar aspectos socioeconômicos, antropométricos, estado nutricional, adesão ao tratamento medicamentoso e alimentação dos hipertensos segundo os marcadores de consumo alimentar do Sisvan;
- Classificar o estado de controle da pressão arterial do hipertenso;
- Avaliar a qualidade de vida dos hipertensos estudados segundo o Minichal.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

No Brasil cerca de 17 milhões de indivíduos são portadores de HAS, o que corresponde a 35% da população de 40 anos ou mais. Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e principalmente entre crianças e adolescentes estima-se que cerca de 4% sejam portadoras. Em idosos brasileiros o percentual é de 65%, com a maioria apresentando elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006). A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos fatores de risco mais frequente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRITO et al., 2008).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O seu diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. A hipertensão sistólica isolada é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal, enquanto a hipertensão sistólica isolada e a pressão de pulso são fatores de risco importantes para doença cardiovascular em pacientes de meia-idade e idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O aumento da PA representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A HAS representa custos médicos, socioeconômicos elevados, em decorrência suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS pode ser classificada segundo sua causa de base tipo em primária ou essencial e secundária. A primária, hipertensão sem uma causa definida,

com múltiplos fatores envolvidos, ou seja, o desencadeamento é devido a vários fatores. Dentre os principais mecanismos descritos na gênese da hipertensão arterial sistêmica primária estão predisposição genética, hipertrofia vascular, retenção renal do excesso de sódio, disfunção da célula endotelial, padrões hemodinâmicos, ambiente fetal, resistência à insulina, hiperinsulinemia, defeitos na ligação ou no transporte celular, hiperatividade nervosa simpática e alterações no sistema renina – angiotensina (KAPLAN, 1999; NOBRE; LIMA, 2000).

A hipertensão secundária é definida quando se pode atribuir a etiopatogenia a fator conhecido, como: doença renal parenquimatosa ou renovascular, hormônios exógenos, hipertensão da gravidez, estresse agudo, distúrbios neurológicos, tumores produtores de renina, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, uso de álcool e drogas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, síndrome de Cushing, doença óssea de Paget, entre outros (KAPLAN, 1999; NOBRE E LIMA, 2000).

A HAS é uma doença assintomática e tem progressão lenta até desencadear lesões dos órgãos-alvo. Essas lesões são representadas por doenças cardíacas (hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca), episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral, nefropatia, doença vascular arterial de extremidades e retinopatia hipertensiva (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Diante disso, os objetivos da investigação clínica no tratamento da hipertensão são: identificar a etiologia da HAS; verificar o grau de comprometimento dos órgãos-alvo envolvidos e identificar outros fatores associados que possam interferir no diagnóstico e na orientação terapêutica (CUPARRI, 2006).

Por ser muitas vezes assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se à isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL,2006).

### 3.2 ATENÇÃO À SAÚDE DO HIPERTENSO

O Ministério da Saúde em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde, e a população, assim, está sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a UBSF representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da UBSF, nos seus moldes de atuação tradicional (ANDERSON, 2005).

Os profissionais de saúde da rede básica têm uma importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, assim como, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Os profissionais da Atenção Básica têm importância nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

Cabe ao profissional nutricionista, atuar em nível populacional nas ações de prevenção da hipertensão, bem como na prescrição e na orientação específica da dieta em pacientes com diagnóstico, considerando aspectos

socioeconômicos, culturais e ambientais, com ensinamentos que possibilitem preparações alimentares saborosas, práticas e saudáveis; identificação dos alimentos diet e/ou light e do teor de sódio existente nos alimentos processados. Isso ressalta a importância do profissional nutricionista junto ao ESF, em programas de assistência como o Hiperdia que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do SUS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### 3.3 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os processos de mudança na sociedade assim como no padrão de consumo trouxeram transformações à alimentação e, conseqüentemente, uma exposição maior aos riscos cardiovasculares (JARDIM et al., 2007) por incremento no peso corporal, aumento no número de pessoas com resistência à insulina e elevação das taxas de triglicérides (LOTUFO; LOLIO, 2000). Essa situação demonstra que o acompanhamento da hipertensão requer a incorporação de um estilo de vida saudável com a supressão do tabaco e álcool, prática de atividade física (GAMA; MUSSI, 2010), alimentação rica em frutas, vegetais crus e fibras (GRAVINA; GRESPAN; BORGUES, 2007) associado ao uso da terapia medicamentosa, manutenção dos níveis pressóricos e do peso dentro dos padrões estabelecidos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), os alimentos considerados de risco, como aqueles ricos em sódio e em gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que outros tratados como de proteção, ricos em fibras e potássio, são fundamentais e permitidos. A recomendação da prática alimentar dos hipertensos deve incluir:

- A retirada do sal da mesa e restrição das fontes industrializadas de sal: como molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo snacks;
- O uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas;
- A preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados;
- A redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas, diminuindo o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos;
- A inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais;
- A opção por alimentos com reduzido teor de gordura, eliminando as gorduras hidrogenadas (“trans”) e preferindo assim as do tipo mono ou poli-insaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
- a ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- A busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados; constituindo assim um plano alimentar que atenda as exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Porém estudo realizado por Martins et al. (2010) com idosos diabéticos e hipertensos atendidos em demanda espontânea nas Unidades Básicas de saúde, no bairro Novo Horizonte, em Teresina (PI) apresentaram entre as variáveis investigadas associação entre a proporção de indivíduos com pressão arterial alterada e o consumo alimentar inadequado de frutas, hortaliças, leite e derivados, para pressão arterial sistólica e diastólica. Outro estudo de Piatí, Felicetti e Lopes (2009) com uma amostra de pacientes hipertensos, sequencialmente selecionada por conveniência, atendidos na

Clínica de Hipertensão Arterial e Doenças Metabólicas Associadas (CHAMA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), a maioria dos indivíduos controlava a ingestão de alimentos ricos em sal, no entanto os alimentos gordurosos apresentaram um consumo moderado (41,8%). Assim reforça a importância de seguir as recomendações alimentares citadas a cima para garantir o controle da PA, além de ações específicas para que o grupo estudado, não seja apenas orientado, mas obtenha esse controle e conseqüentemente tenha uma boa qualidade de vida.

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Antes de estudar a QV é importante entender a evolução do conceito de saúde. Antigamente a saúde de uma população era medida apenas por indicadores epidemiológicos, como a ausência ou presença de doenças ou a morte. O modelo de assistência à saúde, conhecido como biomédico, focava o agente etiológico, o processo patológico e biológico, fisiológico e/ou resultados clínicos. Com a mudança no conceito de saúde decorrente dos avanços científicos e técnicos na medicina e a melhoria nas condições de vida em termos de moradia, higiene e alimentação, a forma de medir saúde, e agora, QV também teve que ser refletida (PRIETO, SACRISTÁN 2003).

Assim, segundo a Organização Mundial da Saúde, QV corresponde à percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MELCHIORS, 2009, apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995).

A QV representa a soma de sensações subjetivas relacionadas ao bem-estar (GUYATT et al., 1993). Duas pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre QV, o que não permite que se façam extrapolações de um paciente para outro. Várias podem ser as interpretações de pacientes, família e equipe de saúde, gerando discrepâncias de avaliação, o que reforça a importância do próprio paciente avaliar sua condição (JURADO; FIQUEROA, 2002).

A HAS contribui para modificações na qualidade de vida das pessoas, visto que pode interferir, especialmente quando não há o controle da pressão



arterial na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOMOZZI, 2008)

Instrumentos para medir a QV foram criados para que os profissionais da saúde e acadêmicos possam medir o impacto das intervenções em saúde relacionada à saúde (MELCHIORS, 2009, apud LOHR et al., 1996). O MINICHAL que foi o questionário escolhido para essa análise, tem sua versão original em espanhol e é uma adaptação feita por Badia e Cols (2002), a partir do instrumento *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertensión Arterial* (MINICHAL) elaborado pelo mesmo grupo de autores já que era específico para público hipertensos, e foi validado o Brasil em 2007. O questionário é composto por 16 questões de múltipla escolha organizadas em dois domínios: Estado Mental (10 questões), Manifestações Somáticas (6 questões), e uma questão para verificar como o paciente avalia que 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 e tem quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). A pontuação máxima para o Estado Mental é de 30 pontos e para as Manifestações Somáticas 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 (SCHULZ; ROSSIGNOLI; CORRER, 2007).

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, com metodologia própria de estudos transversais, com caráter descritivo, que de acordo com a literatura têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. (COSTA; BARRETO, 2003). A pesquisa compreendeu a aplicação de questionários com hipertensos atendidos pelas quatro UBSF localizadas na zona urbana do município de Picuí/PB, município que está incluído na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, definida pelo Ministério da Integração Nacional (2005). Esta delimitação tem como critérios o índice pluviométrico, o índice de aridez e o risco de seca, possui de acordo com IBGE (2014) uma área territorial de 661 km<sup>2</sup>, 18.634 habitantes e 1.409 hipertensos.

### 4.2 AMOSTRAGEM/AMOSTRA

Inicialmente, contactou-se, a Secretária Municipal de Saúde com o objetivo de se obter a permissão para elaboração da pesquisa e para que se fosse apresentado o estudo com detalhes, e assim, se obtivesse a autorização e o apoio para a realização do estudo, por meio do documento de aceitação do projeto de pesquisa pelo órgão parceiro.

A técnica de amostragem utilizada para o cálculo do tamanho da amostra, foi a Amostragem Aleatória Estratificada, onde o município foi dividido em estratos correspondentes ao território das Unidades de Saúde da Família (USF) existentes na zona urbana do município.

Os tamanhos das amostras dos estratos foram calculados adotando o critério pelo qual se mantém a fração de amostragem em cada estrato igual à fração global de amostragem, ou ainda, adotando a partilha proporcional. Para fixar a precisão do procedimento, admitiu-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor proporcional populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto do erro de amostragem é igual a 0,05

sob nível de confiança de 95%. Por meio da coleta de dados feita na Secretaria Municipal de Saúde obteve-se a informação que o município de Picuí possui oito UBSF, sendo quatro localizadas na zona urbana e quatro na zona rural. Para viabilizar o cálculo da amostra foram coletadas informações na Secretária Municipal de Saúde acerca da quantidade de portadores de hipertensão arterial cadastrados como apresenta a tabela abaixo. A amostra final do estudo foi fixada em 297 hipertensos.

**Tabela 1:** Amostragem de portadores de hipertensão arterial representativa por Unidade Básica de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde, Picuí, 2014

<b>Unidade Básica de Saúde da Família</b>	<b>Hipertensos</b>	<b>Amostra de Hipertenso por Unidade</b>	<b>Número de hipertensos por Agente comunitário de saúde</b>	<b>Amostra de hipertensos por Agente comunitário de saúde</b>
Centro	446	96	79	17
			65	14
			44	09
			91	20
			48	10
			119	26
Limeira	525	112	66	14
			52	12
			57	12
			63	13
			65	14
			82	18
			48	10
			53	11
			39	08
Pedro Salustino	359	77	70	15
			69	15
			49	10
			58	12
			45	10
			68	15
Cenecista	79	17	57	13
			16	4

Fonte: Secretária Municipal de Saúde – Picuí, 2014.

### 4.3 COLETA DE DADOS

Para a operacionalização da pesquisa de campo, optou-se por dividir a quantidade de hipertensos pesquisados na UBSF pela quantidade de Agentes Comunitários de Saúde, existentes em cada unidade. Foram orientados a indicar os endereços dos hipertensos de forma a distribuí-los segundo a localização do domicílio, priorizando assim a pesquisa com hipertensos de micro áreas diferentes. Para esta proposta de pesquisa foram considerados apenas os hipertensos pesquisados na zona urbana do município.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e julho de 2014 e utilizou-se um questionário semiestruturado (APÊNDICE B) com informações Teste de Morisky Green, Marcadores de consumo alimentar saudável do Sisvan, Qualidade de vida e as questões socioeconômicas (Sexo, Idade, Ocupação, Escolaridade, Renda familiar, Estado civil) e aferição da pressão arterial, peso, altura, circunferência da cintura e quadril.

A pesquisa de campo foi realizada por alunos de graduação em nutrição, enfermagem e farmácia da Universidade Federal de Campina Grande que atuaram como colaboradoras da coleta de dados. Todos os alunos foram previamente treinados e orientados a conduzir a pesquisa de campo. A entrevista foi realizada no domicílio do portador de hipertensão e caso houvesse mais de um no mesmo domicílio a entrevista foi feita com o que tinha maior tempo de cadastro na UBSF.

Foram analisadas variáveis de interesse, a exemplo de: Controle da pressão, Estado nutricional do hipertenso, Relação cintura quadril, Teste de Morisky Green, Marcadores de consumo alimentar, Qualidade de vida e as questões socioeconômicas (Sexo, Idade, Ocupação, Escolaridade, Renda familiar, Estado civil).

#### **4.3.1 Avaliação do estado nutricional**

Para a aferição do peso a balança foi colocada em local plano e sem desníveis, o hipertenso foi colocado no centro do equipamento, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, respeitando suas

limitações, foi realizada a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor e anotado no questionário. Já para a aferição da altura a fita métrica foi fixada em uma parede lisa, sem desníveis no piso e sem rodapé. No caso da inexistência de uma parede com essas características, foi fixada na forra da porta. Mediu-se um metro na parede, marcou e colocou-se a fita a partir desse ponto de cabeça para baixo, utilizou-se a régua para melhor visualização do valor da altura. Na aferição da circunferência da cintura a pessoa estava de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas, a roupa foi afastada quando possível, de forma que a região da cintura fique despida, a medida não foi feita sobre a roupa ou cinto, a medida foi feita na curvatura natural da cintura, no ponto médio entre a última costela e a crista íliaca, foi verificado se a fita estava no mesmo nível em todas as partes da cintura, para observar melhor isso, a aferição foi feita lateralmente. Quando não conseguiu se identificar a cintura, a medida foi feita dois dedos acima do umbigo. Para a aferição da medida do quadril o indivíduo foi posicionado de maneira ereta, com as pernas juntas, o peso distribuído igualmente e com menor volume de roupas possível, a aferição foi feita na maior porção da região glútea, preferencialmente, o avaliador se posicionou lateralmente ao indivíduo. (BRASIL, 2011).

#### **4.3.2 Verificação da pressão arterial**

O controle da pressão foi utilizado como variável dependente, as demais variáveis foram adotadas como independentes. O ponto de corte utilizado como de normalidade foi a pressão arterial sistólica de até 140 mm hg e a diastólica de até 90 mm hg segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

A pressão arterial sistólica e diastólica é medida em milímetros de mercúrio (mmHg). No estudo foram tomadas duas medidas de pressão com intervalo mínimo de 1 minuto onde o hipertenso estava: sentado, em repouso, com o membro superior direito ao nível do coração e com pernas descruzadas. Antes da aferição de pressão arterial foi feita a palpação do pulso radial, seguida da inflação rápida do manguito. Registrar o início da primeira fase de sons

arteriais como marcador da PAS e o último som como marcador da PAD. (FAERSTEIN, EDUARDO et al., 2006)

#### **4.3.3 Teste de adesão ao medicamento (Morisky Green)**

Para a avaliação da adesão ao tratamento hipertensivo medicamentoso foi utilizado uma escala de auto relato, o Teste de Morisky e Green, composto por 4 questões objetivas para identificar atitudes e comportamentos frente a tomada de medicamentos. Na avaliação do teste considera-se 1 ponto para cada alternativa. O paciente que obtiver pontuação 4 adere ao tratamento, e a pontuação menos que 3 pontos não adere ao tratamento (STRELEC; PIERIN; MION JR, 2003).

#### **4.3.4 Avaliação do consumo alimentar**

Para análise dos marcadores de consumo alimentar saudável foi considerado as seguintes referências no questionário de marcadores alimentares saudáveis do Sisvan:

- Não consumo: não consumir ou consumir 1 dia por semana;
- Consumo pouco frequente: consumir de 2 a 4 dias por dias por semana;
- Consumo frequente: consumir de 5 a 7 dias por semana.

#### **4.3.5 Avaliação da qualidade de vida**

Para a avaliação da qualidade de vida calculou-se uma média de pontos dos dois domínios, no Estado Mental que vai da questão 1 a 9 e no domínio Manifestações Somáticas das questões 10 a 16 ambos os domínios pode ter pontuação de 0 a 30 pontos, dessa forma a média obtida é que determina a QV do hipertenso. A questão 17 foi avaliada como percepção geral de saúde então 0 pontos foi considerado bom estado de saúde e qualidade vida e 1 a 3 pontos doença/tratamento interfere na sua qualidade de vida. Quanto mais perto do valor 0 melhor a qualidade de vida, á medida em que os valores vão aumentando considera-se pior a qualidade de vida.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os pesquisadores foram nas residências dos portadores de hipertensão arterial indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde de forma aleatória, ao chegar nas residências se apresentaram para o futuro hipertenso entrevistado, posteriormente foram informados sobre o objetivo da pesquisa, e conscientizados quanto ao sigilo de sua colaboração e a garantia de anonimato de suas informações de acordo com termos apresentados no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os mesmos puderam então decidir se aceitariam participar da pesquisa, dessa forma foram informados que poderiam desistir em qualquer etapa, sem que isso lhes oferecesse prejuízos ou danos. Caso o futuro entrevistado concordasse em contribuir com a pesquisa, solicitou-se que assinasse o TCLE.

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, depois que projeto foi aceito com nº: 816.132 a pesquisa foi realizada.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados teve início com a transposição para o meio digital dos questionários de pesquisa usados na coleta de dados. Para isto uma máscara de armazenamento de dados foi construída com o auxílio do Programa Microsoft Access do pacote Microsoft Office, e todos os questionários foram digitados. Após a conclusão da transposição dos dados realizou-se uma etapa de tratamento dos registros existentes no banco de dados em busca de informações inconsistentes e ajustes necessários.

Os cálculos estatísticos foram realizados com o programa o SPSS *for Windows* versão 13.0. Calculou-se as distribuições absolutas e percentuais bivariadas utilizando análise descritivas. Para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson.

## 5 RESULTADOS

Com a análise de dados verificou-se que a maioria da população estudada é do sexo feminino 86,5%, possui idade mínima de 24 anos e a máxima de 94 anos de idade, sendo 55,9% dos entrevistados idosos e 68,7% aposentados. O nível de escolaridade para 49,2% da amostra é de ensino fundamental completo e incompleto. Outra informação a se destacar é que 38,17% dos hipertensos convivem em famílias com renda mensal familiar per capita menor que meio salário mínimo (R\$ 724,00) e 58,5% dos entrevistados têm cônjuge, ou seja, são casados, moram juntos (Tabela 2). Sendo assim, esta amostra foi composta por hipertensos em sua maioria idosos, aposentados, do sexo feminino e com baixa escolaridade.

**Tabela 2-** Associação do controle da pressão arterial sistêmica com as variáveis Sexo, Idade, Ocupação, Escolaridade, Renda, Estado civil de hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014

	Hipertensos		Pressão controlada		Pressão Não controlada		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	40	13,5	22	12,5	18	14,9	,556
Feminino	257	86,5	154	87,5	103	85,1	
<b>Idade</b>							
Adulto	131	44,1	78	44,3	53	43,8	,930
Idoso	166	55,9	98	55,7	68	56,2	
<b>Ocupação</b>							
Emprego formal e informal	28	9,4	18	10,2	10	8,3	
Aposentado e pensionista	204	68,7	122	69,3	82	67,8	,697
Desempregado, dona de casa e outro	65	21,9	36	20,5	29	24	
<b>Escolaridade</b>							
Ensino médio (incompleto, completo), curso técnico, curso superior	47	15,8	30	17	17	14	,744
Ensino fundamental incompleto e completo	146	49,2	84	47,7	62	51,2	
Sem escolaridade, sabe ler e escrever	104	35	62	35,2	42	34,7	
<b>Renda mensal familiar percapita</b>							
< R\$724,00	177	61,9	109	62,9	68	60,7	,743
>R\$724,00	109	38,1	65	37,4	44	39,3	
<b>Estado civil</b>							
Com cônjuge (casado, mora junto)	172	58,5	100	57,5	72	60	,665
Sem cônjuge (solteiro, viúvo, separado)	122	41,5	74	42,5	48	40	

Fonte: Dados coletados em Picuí, Brasil, de abril de 2014 a julho de 2014.

\*Dados perdidos: renda mensal familiar per capita 11.



Com relação ao controle da HAS 59,3% dos entrevistados apresentaram a pressão arterial controlada no momento da realização das entrevistas, com base em uma média de duas aferições consecutivas. A Tabela 2 apresenta ainda a comparação da variável pressão controlada em relação as variáveis Sexo ( $p=0,556$ ), Idade ( $p=0,930$ ), Ocupação ( $p=0,697$ ), Escolaridade ( $p=0,744$ ), Renda ( $p=0,743$ ) e Estado civil ( $p=0,665$ ), para as quais, verificou-se que não há diferença estatística entre os grupos analisados.

As tabelas 3 e 4 apresentam dados dos marcadores de consumo alimentar que foram divididos em saudáveis e não saudáveis.

**Tabela 3** - Relação entre o controle da pressão arterial e marcadores do consumo alimentar saudáveis de hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014

Frequência de consumo*	Hipertensos		Pressão Controlada		Pressão Não controlada		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Salada crua</b>							
Não consome	134	45,1	79	44,9	55	45,5	,591
Pouco frequente	82	27,6	52	29,5	30	24,8	
Frequente	81	27,3	45	25,6	36	29,8	
<b>Legumes e verduras cozidas</b>							
Não consome	140	47,1	82	46,6	58	47,9	,970
Pouco frequente	94	31,6	56	31,8	38	31,4	
Frequente	63	21,2	38	21,6	25	20,7	
<b>Frutas frescas ou salada de frutas</b>							
Não consome	42	14,1	16	9,1	26	21,5	,009
Pouco frequente	73	24,6	48	27,3	25	20,7	
Frequente	182	61,3	112	63,9	70	57,9	
<b>Frequência/ Feijão</b>							
Não consome	16	5,4	8	4,5	8	6,6	,525
Pouco frequente	25	8,4	13	7,4	12	9,9	
Frequente	256	86,2	155	88,1	101	83,5	
<b>Frequência/ Leite ou iogurte</b>							
Não consome	90	30,3	53	30,1	37	30,6	,836
Pouco frequente	57	19,2	32	18,2	25	20,7	
Frequente	150	50,5	91	51,7	59	48,8	

Fonte: Dados coletados em Picuí, Brasil, de abril de 2014 a julho de 2014.

\* Frequente – consumo de 5 a 7 dias

\* Pouco frequente – consumo de 2 a 4 dias

\* Não consome – consumo de 0 a 1 dia

Entre os alimentos consumidos com maior frequência de consumo (5 a 7 dias por semana) destacam-se as frutas frescas (61,3%), o feijão (86,2%), o leite ou iogurte (50,5%) e as bolachas salgadas (47,1%). De forma geral, há um bom consumo de alimentos saudáveis, porém falta um consumo mais acentuado de

verduras e legumes crus, existindo assim um baixo consumo de alimentos considerados pouco saudável.

Nos marcadores de alimentação saudável (TABELA 3) podemos destacar que 45,1% dos entrevistados não consumiam salada crua, 47,1% não consumiam legumes e verduras cozidas, fato que se associa com o alto índice de obesidade, assim como a pressão não controlada. Visto que uma das recomendações na alimentação dos hipertensos é aumentar o consumo desses alimentos para controlar o peso e a PA, mas quando comparados com o controle da pressão arterial não mostraram diferenças. Porém no consumo de frutas 61,3% dos hipertensos faziam consumo frequente; quando relacionado ao controle da pressão, nos hipertensos com pressão controlada 63,9% tinham um consumo frequente e na não controlada 21,5% destes não consumiam.

**Tabela 4** – Relação entre controle da pressão arterial e marcadores de consumo alimentar não saudáveis de hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014

Frequência de consumo *	Hipertensos		Pressão Controlada		Pressão Não controlada		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Batata frita, batata de pacote e salgadinhos fritos</b>							
Não consome	275	92,6	165	93,8	110	90,9	,210
Pouco frequente	20	6,7	9	5,1	11	9,1	
Frequente	2	7	2	1,1	0	0	
<b>Hambúrguer e embutidos</b>							
Não consome	252	84,8	152	86,4	100	82,6	,665
Pouco frequente	37	12,5	20	11,4	17	14	
Frequente	8	2,7	4	2,3	4	3,3	
<b>Bolachas/ Biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote</b>							
Não consome	88	29,6	48	27,3	40	33,1	,524
Pouco frequente	69	23,2	41	23,3	28	23,1	
Frequente	140	47,1	87	49,4	53	43,8	
<b>Bolachas/ Biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates</b>							
Não consome	238	80,1	143	81,3	95	78,5	,577
Pouco frequente	42	14,1	22	12,5	20	16,5	
Frequente	17	5,7	11	6,3	6	5	
<b>Refrigerante (não considerar os diets ou light)</b>							
Não consome	260	87,5	155	88,1	105	86,8	,832
Pouco frequente	27	9,1	16	9,1	11	9,1	
Frequente	10	3,4	5	2,8	5	4,1	

Fonte: Dados coletados em Picuí, Brasil, de abril de 2014 a julho de 2014.

\* Frequente – consumo de 5 a 7 dias

\* Pouco frequente – consumo de 2 a 4 dias

\* Não consome – consumo de 0 a 1 dia

A tabela 4 apresenta os marcadores de consumo alimentar não saudável e observou-se que 43,8% dos hipertensos consumiam bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, 14% consumiam hambúrgueres e embutidos pouco frequente, além disso 16,5% consumiam bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates pouco frequente. Quando comparados ao controle da PA não apresentaram nenhuma diferença estatística.

A tabela 5 que apresenta a avaliação do estado nutricional. Segundo Índice de massa corporal (IMC) revelou que 63% das pessoas encontravam-se com sobrepeso ou obesidade e apenas 37% estavam eutróficos ou abaixo do peso. Ao avaliar o controle da pressão em relação ao estado nutricional 69,4% dos hipertensos com PA não controlada se encontravam sobrepeso/obesos e 41,5% deles com pressão arterial controlada estavam eutróficos.

Quanto a Relação cintura quadril 73,1% se encontravam com o risco aumentado para doenças cardiovasculares. De acordo com o parâmetro de  $>0,85$  para mulheres e  $>0,90$  para homens (WHO,2000). Na comparação com o controle arterial da pressão, 81% dos hipertensos com pressão arterial não controlada, tinham o risco aumentado.

No Teste de Morisky Green que avalia a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso (TABELA 5), e apontou que 62,5% dos hipertensos não aderem ao tratamento e 26,9% desses não aderem ao tratamento por esquecer de tomar o remédio. Ao comparar a relação dos hipertensos com PA controlada com a adesão ao tratamento medicamentoso, 60,8% dos hipertensos com a PA controlada não aderiam ao tratamento.

**Tabela 5** – Relação do Controle da pressão arterial sistêmica com as variáveis Estado nutricional, Relação Cintura Quadril, Teste de Morisky de hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014

Variáveis	Hipertensos		Pressão controlada		Pressão não controlada		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Estado nutricional</b>							
Eutrofia e baixo peso	110	37	73	41,5	37	30,6	0,56
Sobrepeso/obesidade	187	63	103	58,5	84	69,4	
<b>RCQ</b>							
Baixo risco	80	26,9	57	32,4	23	19	0,11
Risco aumentado	217	73,1	119	67,9	98	81	
<b>Teste de Morisky Green*</b>							
Adesão	111	37,5	69	39,2	42	35	,463
Não adesão	185	62,5	107	60,8	78	65	

Fonte: Dados coletados em Picuí, Brasil, de abril de 2014 a julho de 2014.

\*Dados perdidos: 1

Na tabela 6, quando comparados os aspectos de qualidade de vida com o controle da hipertensão arterial, destacou-se que não houve diferença nos aspectos de Estado mental (P ,789) e Percepção geral de saúde (P ,489), em manifestações somáticas 66,5% dos hipertensos com pressão controlada, apresentaram alta qualidade de vida e 45,5% dos hipertensos com pressão não controlada apresentaram baixa qualidade de vida, caracterizando que o controle da PA pode influenciar diretamente na QV do hipertenso.

Ainda sobre a tabela 6, apresenta uma análise da relação controle da PA com QV dos hipertensos, de acordo com estado mental, manifestações somáticas e percepção geral de saúde, através de uma média de pontuação que foi de 6 pontos para estado e mental, classificando assim aqueles hipertensos com valor abaixo de 6 pontos como de boa qualidade de vida e acima de 6 pontos baixa qualidade de vida; e no domínio manifestações somáticas a média foi de 4 pontos, classificando os abaixo de 4 pontos com alta qualidade de vida e os acima de 4 pontos baixa qualidade de vida, dessa forma para a variável estado mental, 59,6% dos entrevistados pontuaram alta qualidade de vida. Em manifestações somáticas, 61,6% deles pontuaram alta qualidade de vida (esse domínio traz perguntas sobre algumas consequências da PA não controlada). Na percepção geral de saúde, 58,6% consideraram apresentar um bom estado de saúde e qualidade de vida, respondendo 0 pontos a pergunta 17 do questionário que representa uma visão geral da saúde e qualidade de vida.

**Tabela 6** – Relação entre controle da pressão arterial sistêmica com a variável qualidade de vida de hipertensos usuários de Unidades de Saúde da Família da zona urbana, Picuí-PB, 2014

	Hipertensos		Pressão controlada		Pressão não controlada		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Estado mental</b>							
Alta qualidade de vida	177	59,6	106	60,2	71	58,7	,789
Baixa qualidade de vida	120	40,4	70	39,8	50	41,3	
<b>Manifestações somáticas</b>							
Alta qualidade de vida	183	61,6	117	66,5	66	54,5	,038
Baixa qualidade de vida	114	38,4	59	33,5	55	45,5	
<b>Percepção geral de saúde</b>							
Bom estado de saúde e qualidade de vida	174	58,6	106	60,2	68	56,2	,489
Doença/tratamento interfere na sua qualidade de vida	123	41,4	70	39,8	53	43,8	

Fonte: Dados coletados em Picuí, Brasil, de abril de 2014 a julho de 2014.

A população do estudo se caracterizou por ser idosa, aposentada, feminina, com baixa escolaridade, em proteção social de acordo com a renda per capita, com um baixo consumo de alimentos saudáveis como frutas e verduras e um consumo relevante de alimentos não saudáveis como bolachas/ biscoitos salgados, embutidos e bolachas/ biscoitos doces. Esses fatores podem ser condicionantes para o alto índice de hipertensos com obesidade ou sobrepeso e com alto risco cardiovascular de acordo com relação cintura quadril (RCQ), e tem como consequência a pressão não controlada e de baixa qualidade de vida na perspectiva das manifestações somáticas entre aqueles com pressão não controlada, visto que foram fatores diretamente relacionados.

## 6 DISCUSSÃO

Com relação às características demográficas, os resultados deste estudo apontaram para o predomínio de hipertensos do sexo feminino e idosos, como indicado por outros estudos (BRITO et al. 2008; HELENA; NEMES; NETO, 2010). O maior número de mulheres atendidas nos programas de HAS é observado talvez em razão das características da mulher como cuidadora e mais atenta aos aspectos de sua saúde. (BRITO et al. 2008).

No estudo desenvolvido por Teixeira et al. (2006), no município de Niterói-RJ apesar da maioria dos clientes hipertensos serem idosos, não se pode atrelar a doença de modo estrito ao processo do envelhecimento, pois esta envolve um conjunto de componentes que geram os agravos à saúde com o passar dos anos. O desencadeamento da hipertensão arterial está relacionado com a adoção de um estilo de vida inadequado, condições psíquicas, fatores sociais e ambientais.

Quanto ao estado civil a maior parte dos entrevistados tem cônjuge, ou seja, são casados ou em união estável. Pode-se observar um resultado semelhante no estudo de Reza e Nogueira (2008) onde em relação ao estado civil 59% hipertensos eram casados.

Outra informação importante sobre a população estudada se refere ao baixo nível de escolaridade e a vulnerabilidade social de cerca de 40% desta população do município de Picuí, que se localiza no semiárido nordestino, na mesorregião da Borborema e na microrregião do Seridó oriental, possui o clima do tipo semiárido desértico o que compromete o desenvolvimento econômico e social da população, sendo a situação de vulnerabilidade apresentada para os hipertensos uma realidade que alcança grande parte da população de Picuí.

Um estudo realizado por Hartmann et al. (2007) com mulheres no Sul do Brasil, constatou que a prevalência da hipertensão arterial aumentou à medida que os anos de estudos diminuían, o que mostra que a escolaridade pode interferir diretamente na compreensão das orientações necessárias à prevenção e ao tratamento, tendo em vista que a realização do autocuidado, no caso do hipertenso, requer conhecimento e empoderamento sobre a patologia, para viabilizar o entendimento sobre as diversas orientações.

Assim, este risco social, especialmente no tocante a baixa escolaridade, pode dificultar o acompanhamento e tratamento efetivo dos usuários, cabendo as equipes de UBSF a mudança desse quadro com ações de promoção e prevenção adequadas ao perfil deste usuário.

Mesmo considerando esta realidade, a pressão arterial encontrou-se controlada para a maioria dos hipertensos no município de Picuí 176 (59,3,7%) não controlados e 121 (40,7,3%), resultado aproximado ao do estudo realizado por Bubach e Oliveira (2011) em uma UBSF, pertencente ao município de Vitória-Es, que mostrou que mesmo em uso de medicação anti-hipertensiva, metade dos hipertensos apresentam valores alterados. No presente estudo 40,7% da população estudada também apresentaram valores alterados, sendo um fator negativo no controle da pressão.

O controle da PA entre os indivíduos hipertensos, mesmo que medicados, é um desafio, principalmente quando há um cofator que aumenta a gravidade da doença, a exemplo da diabetes, pois, quando associado ao tratamento farmacológico e não farmacológico adequado, reduz significativamente a morbimortalidade dessas pessoas, proporcionando aumento da expectativa de vida (OIGMAN, 2006).

Entretanto estudos apontam dificuldades, segundo o trabalho de Dosse et al. (2009), realizado com pacientes hipertensos do grupo de HAS do hospital escola da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil, que mostrou que 86,93% dos pacientes apresentaram a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Ainda sobre o controle da PA, no estudo realizado no município de Picuí, assim como, na pesquisa desenvolvida por Oliveira-Filho et al. (2011) com pacientes hipertensos atendidos pela UBSF na cidade de Maceió/AL as variáveis sexo, idade, escolaridade não apresentaram associação com o controle da pressão arterial. Outro estudo realizado por Strelec, Pierin e Júnior (2003) na cidade de São Paulo analisou as variáveis ocupação, renda e estado civil, apenas a primeira com maioria de aposentados influenciou de modo significativo, enquanto no estudo em Picuí nenhuma destas variáveis foi associada ao controle.

Tem sido enfatizada a importância da dieta no controle da HAS, algumas medidas recomendadas para a prevenção, usualmente, são indicadas também

para o controle da doença (MARTINS et al. 2010). Entre os hipertensos estudados, observou-se um baixo consumo alimentar em relação às recomendações da alimentação saudável para os marcadores salada crua, legumes e verduras cozidas, bolachas salgadas e doces e embutidos.

Por outro lado, assim como no estudo de Piat, Felicetti e Lopes (2009) com indivíduos hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Céu Azul, PR, observou-se baixo consumo de alimentos embutidos (mortadela, salsicha, presunto, linguiçinha, salame). Isso pode ter ocorrido por causa da alimentação restrita em sal, como referido pelos entrevistados, trazendo um resultado positivo na saúde dos hipertensos, destacando-se também o baixo consumo de refrigerantes.

De acordo o Ministério da Saúde (2010) deve-se consumir diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições. Em relação à salada crua, legumes e verduras cozidas a recomendação estabelecida para uma alimentação saudável no controle da hipertensão não foi evidenciada neste estudo, pois a maior parte do consumo foi de apenas a 0 a 4 vezes por semana.

Os resultados deste estudo corroboram com algumas pesquisas nacionais que evidenciaram o baixo consumo de verduras e legumes pela população brasileira. De acordo com estimativas recentes apenas 18,9% dos adultos brasileiros apresentam frequência de consumo recomendado de hortaliças (BRASIL, 2010). Destaca-se ainda a associação entre excesso de peso e menor ingestão de verduras e legumes. Sabe-se que o consumo em quantidades adequadas desses alimentos favorece a manutenção de um peso saudável, uma vez que possuem reduzida densidade energética e são capazes de gerar sensação de saciedade (JAIME et al. 2009).

A obesidade e a HAS estão intimamente relacionados, sendo a prevalência de hipertensão cerca de 50% maior nos indivíduos obesos. Além disso, o ganho de peso pode causar elevação da pressão arterial e, ao contrário, a redução de peso pode diminuir a pressão arterial de pacientes hipertensos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SINDROME METABÓLICA, 2002).

Neste sentido considerando este perfil de obesidade no tocante à avaliação nutricional, o estudo de Bubach e Oliveira (2011) com hipertensos



acompanhados em uma UBSF, no município de Vitória/ES, apresentou um resultado semelhante à pesquisa realizada em Picuí onde 45,02% dos indivíduos estudados apresentavam obesidade, 33,23% com sobrepeso e apenas 21,75% foram considerados eutróficos, indicando um grande problema no controle de aspectos que são interrelacionados ao controle da pressão. Os achados antropométricos também concordaram com o estudo de Ferreira e Ferreira, (2009), realizado com diabéticos atendidos da cidade de Cuiabá, no qual foi verificado 40,1% de obesidade entre os adultos e 60,4% de sobrepeso entre os idosos, e com o estudo de Silva et al. (2011) verificou-se que o excesso de peso e obesidade acometeu 88,1% da população estudada, sendo a obesidade grau I a condição mais prevalente entre os usuários adultos (30,4%), e o sobrepeso (83,3%) entre os idosos. Notou-se ainda elevada frequência de risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade e de risco de desenvolvimento de doenças entre os usuários, segundo a classificação de RCQ, assim como na população de Picuí, o que se relaciona com o estado nutricional, em que maior parte da população estudada (63%) estavam com sobrepeso ou com algum tipo de obesidade, o que caracteriza um risco maior para complicações cardiovasculares.

Com relação a QV, no estudo realizado por Bundchen et al. (2010) a média das respostas revelou pior percepção da QV em comparação a outros estudos, enquanto no estudo de Mian e Gasparino (2012) a correlação entre os domínios e questão 17 (“Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado sua QV?”), resultou numa correlação positiva de moderada magnitude com ambos os domínios: estado mental e manifestações somáticas.

A QV relacionada com o controle da pressão, pode variar entre as populações estudadas de acordo com as características específicas da amostra. No presente estudo, não houve correlação entre o controle da pressão e a qualidade de vida avaliada pelo MINICHAL, o que está em acordo com outros trabalhos realizados no Brasil (Melchior, 2008; Magnobosco, 2007), exceto no fator manifestações somáticas em que outros estudos encontraram valores de 1,8 e de 2,8 (Badia et al. 2002; Roca, 2001), demonstrando que no estudo atual os pacientes apresentam um comprometimento maior na qualidade de vista, pois obteve-se média 4.

Os resultados encontrados no estudo de Melchior (2008) corroboraram com o presente estudo mostrando que o simples fato de ser hipertenso e estar controlado ou não, pode não gerar impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, entretanto, fatores secundários, características da amostra podem interferir na qualidade de vida dos pacientes.

A HAS é uma doença assintomática que somada à necessidade de mudanças de hábitos e permanente uso de medicamentos contribui para o comprometimento da qualidade de vida com conseqüente abandono do tratamento. Por isso, a realização da presente pesquisa contribuiu para que a equipe de saúde possa avaliar o impacto das intervenções propostas, planejar ações a fim de que se alcance o controle dos níveis pressóricos, sem comprometer a qualidade de vida de seus portadores.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo apresenta para o município de Picuí dados relacionados com a qualidade de vida e alimentação segundo o controle da pressão arterial sistêmica, bem como a caracterização de aspectos socioeconômicos, antropométricos, estado nutricional, adesão ao tratamento medicamentoso e alimentação dos hipertensos, classificação do estado de controle da PA e avaliação da qualidade de vida dos hipertensos estudados.

Através da metodologia utilizada foi possível obter as informações necessárias, para as análises planejadas e os dados encontrados nos permitem concluir que o controle da PA nos pacientes estudados é insatisfatório e que, é necessário desenvolver uma política de ênfase nesse grupo de pacientes. A luta a favor controle da PA constitui um grande desafio tanto para o município como para os profissionais de saúde, pois depende da implementação de programas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes. Portanto os achados desse estudo podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes com HAS com o objetivo de aumentar as taxas de adesão, de controle, além melhorar a qualidade de vida e alimentação e diminuir os fatores de riscos associados.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, M.P, GUSSO. G, CASTRO FILHO. E. D. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. **Revista Atenção Primária a Saúde**. 2005; 8(1):49-60.

Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther* 2002;24:2137-54.

Brasil. Ministério da saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília; 2002.

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Série Cadernos de Atenção Básica n.º 15**, 1.ª edição, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008a. Disponível em: . Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Série Cadernos de Atenção Básica n.º 37**, 1.ª edição, 2013

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2020. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde/ organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.118 p.

BRITO, D.M.S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.

BUNDCHEN, D.C, SANTOS, R.Z, ANTUNES, M.H, et al. Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial e em Programas de Exercício Físico. **Revista Brasileira de Cardiologia**. 2010 Nov./Dez.; 23(6):344-350.

COSTA, M. F. L., BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4): 189 – 201.

CUPPARI, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole, 2006.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Campos do Jordão, 2002.

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

GAMA G.G.G, MUSSI F.C, GUIMARÃES A.C. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Revista Enfermagem**. UERJ. 2010; 18:650-5.

GRAVINA C.F, GRESPAN, S.M, BORGES J.L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2007; 4:33-6.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D .L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, v. 118, n. 8, p.622-629, 1993. Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** 2007; 23(8): 1857-1866.

HELENA E.T.S, NEMES M.I.B, ELUF\_NETO J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia de saúde da família. **Saúde Sociedade**. 2010; 19:614-26.

JARDIM P.C.B.V, GONDIM M.R.P, MONEGO E.M.T. MOREIRA H.G, VITORINO P.V.O, SOUZA W.K.S.B, SCALA L.C.N. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian Capital. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2007; 88:398-403.

KAPLAN, N. M. Hipertensão Sistêmica: Mecanismos e Diagnóstico. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. São Paulo: Roca, 1999, v.1, cap. 26.

KRUEGER, R.A. **Focus Groups: A practical guide for applied research**. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994.

JAIME, Patrícia C. et al. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Revista saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 57-64, 2009.

JURADO, E. V.; FIGUEROA, C. A. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 4, p.349-361, 2002

LOTUFO P.A, LOLIO C.A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 279-88.27.

MARTINS, M.P.S.C, GOMES A.L. M, MARTINS M.C.C, MATTOS M.A, SOUZA FILHO M. D, MELLO D.B, et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**. 2010;23(3):162-70.

MELCHIORS, A.C.; CORRER, C.J.; PONTAROLO, R.; SANTOS, F.O. S.; SOUZA, R.A.P. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Curitiba –PR, 94(3): 357-364, 2010

\_\_\_\_\_. MELCHIORS, A.C. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados como controle pressórico e a qualidade de vida. Curitiba, 2008

\_\_\_\_\_. MELCHIORS, A.C. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.

OIGMAN, W. Redução do risco cardiovascular = pressão arterial + proteção cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2006; 13:221-2.

OLIVEIRA-FILHO, A.D.; BARRETO-FILHO, J.A.; NEVES, S.J.F.; LYRA JUNIOR, D.P. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, 2012;

PIATI J, FELICETTI C.R, LOPES A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2009; 16(2):123-9.

PIERIN A.M.G, MION JÚNIOR D, FUKUSHIMA J.T, PINTO A, KAMINAGA M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2001;35(1):11-8.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M.F.; GIACOMOZZI, L.M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm**, [S.l.],13(4):526-34, 2008

PRIETO, L.; SACRISTÁN, J. A. Problems and solutions in calculating qualityadjusted life years (QALYs). **Health and quality of life outcomes**, v. 1, p.80, 2003.

REZA C.G, NOGUEIRA M.S. The life style of the hypertensive patient of a program of aerobic exercise: study in the Toluca City, Mexico. **Esc Anna Nery Revista Enfermagem**. 2008;12(2):265-70. Portuguese

SILVA R.A, JACINTO P.V.O, LOPES A.C.S, SANTOS L.C. Perfil de nutrição e saúde de usuários da atenção primária a saúde. **Revista Baiana Enfermagem**. 2011;25(3):287-99.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão: 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Tratamento não medicamentoso. São Paulo: SBH; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, V. 17, N. 1, jan-mar, 2010.

STRELEC, M.A.A.M, PIERIN, A.M. G, MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2003;81(4):349-54.

TEIXEIRA, E.R, SILVA J.C, LAMAS A.R, MATOS, R.M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery Revista Enfermagem**. 2006; 10(3):378-84.

WHO 2009. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE

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

Prezado (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_ . Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Adesão ao tratamento de hipertensos e o controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes acompanhados pelas unidades básicas de saúde da família na zona urbana do município de Picuí.”** que está sendo desenvolvida pelos professores da Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde Prof. POLIANA DE ARAÚJO PALMEIRA e Prof. VANILLE VALÉRIO PESSOA, em parceria com a gestão municipal. O objetivo do estudo é conhecer a situação de saúde, alimentação e cuidado prestado aos portadores de hipertensão arterial, cadastrados e acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Picuí. Ao participar desta pesquisa o Senhor (a) não receberá nada de valor em troca, entretanto os resultados da mesma poderão trazer benefícios à população de Picuí, pois possibilitará um melhor acompanhamento dos hipertensos atendidos e ainda servirá de base para o desenvolvimento de ações preventivas e de controle da hipertensão arterial.

Sua participação incluirá:

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

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

Esclarecemos que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Podemos desistir de participar a qualquer momento. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, por meio do telefone (83)33721900.

### **Contato do comitê de ética:**

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

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

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

Picuí, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome ou Assinatura do Sujeito Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE B – Questionário

### QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA COM HIPERTENSOS

PSF: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nº de questionário: \_\_\_\_\_

#### VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PACIENTE- SÓCIO DEMOGRÁFICAS

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

**Número de moradores do domicílio:** \_\_\_\_\_

	Morador 1	Morador 2	Morador 3	Morador 4	Morador 5	Morador 6	Morador 7	Morador 8
<b>Detalhar renda</b>								
<b>Origem da renda</b>								

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

#### VARIÁVEIS RELACIONADAS À DOENÇA

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

#### FATORES ASSOCIADOS

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

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

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

( ) Com profissionais de saúde ( ) Através de mídia (televisão, revistas, jornais, documentários, internet)  
( ) Informações provenientes de familiares e amigos ( ) Não procura informações

1. Outro meio: \_\_\_\_\_

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

Se, sim. Quais são esses fatores? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_

- A distância é grande para ir a pé  Necessidade de acompanhante  Afazeres domésticos com casa e filhos  
 Não pode faltar o trabalho  Custo financeiro, pois precisa de condução/transporte  
 Outros: \_\_\_\_\_

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

Por quê? \_\_\_\_\_

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

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

**B5) Quanto aos medicamentos você:**

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

**B6) Quanto aos medicamentos do SUS, você:**

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

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

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

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

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

### C) VARIÁVEIS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE – Processo de Atendimento

**C1) De quanto em quanto tempo você vai se consultar no posto de saúde com médico ou enfermeiro?**

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

**C2) O que faz você ir com essa frequência ao posto de saúde?**  espontâneo  algum profissional solicita

**C3) Algum profissional do posto orienta o retorno à consulta?**  Sim  Não

Se sim, com que frequência:

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

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

Se, sim. Quem é esse profissional?  médico  enfermeiro  nutricionista  auxiliar de enfermagem

dentista  Agente Comunitário de Saúde (ACS)  fisioterapeuta  fonoaudiólogo  outro \_\_\_\_\_

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

- Está adequado  Deveria ter mais consultas  Deveria ter menos consultas

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

Por quê? \_\_\_\_\_

**C7) Se você pudesse o que melhoraria no atendimento do posto de saúde?** \_\_\_\_\_

**C8) Você já participou de ações educativas promovidas pelo posto de saúde (palestras, oficinas)?**

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

**D) VARIÁVEIS RELACIONADAS À TERAPÊUTICA: Farmacológica**

**D1) Quantos medicamentos você utiliza no momento?**

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

**D2) TESTE DE MORISKY E GREEN**

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

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

Se sim, Por quê?

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

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

- ( ) Sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Às vezes

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

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

**E) AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL -**

Medida da Pressão Arterial: 1° \_\_\_\_\_ 2° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_

**F) DADOS ANTROPOMETRICOS**

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

**G) AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO RECOMENDADO**

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

Você conseguiu reduzir seu peso?

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

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

Como está sendo sua alimentação quanto ao sal?

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

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

Você aumentou sua alimentação com frutas, verduras e legumes?

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

**G4) Você consome bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não**

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

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

Você conseguiu reduzir seu consumo de bebidas alcoólicas?

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

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



14. Feijão									
15. Leite ou iogurte									
16. Batata frita, batata de pacote e salgadinhos fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)									
17. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)									
18. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote									
19. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)									
110. Refrigerante (não considerar os diet ou light)									

**Observações sobre o questionário:**

## **ANEXOS**



**ANEXO A – Documento de aceitação do projeto pelo órgão parceiro**



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

**DOCUMENTO DE ACEITAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO  
ORGÃO PARCEIRO**

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

**Picuí, 12 de março de 2014**

---

**MARIA LÚCIA DANTAS XAVIER**  
Secretária Municipal de Saúde



NAYARA DE SOUSA SILVA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Qualidade de vida e alimentação  
de hipertensos no município de Picuí-PB

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

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

*Poliana de Araújo Palmeira*

---

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

*Mayara Q. Barbosa*

---

Prof. Msc. Mayara Queiroga Barbosa  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Examinador

*Andrezza Duarte Farias*

---

Prof. Msc. Andrezza Duarte Farias  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Examinador

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



CENTRO DE FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31041114.7.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 816.132

**Data da Relatoria:** 15/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

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

#### Objetivo da Pesquisa:

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

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

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



CENTRO DE FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 816.132

possibilitem apresentar dificuldades na manutenção do tratamento da hipertensão sistêmica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não há.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAJAZEIRAS, 02 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3532-2075

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