



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS BINACIONAL - OIAPOQUE**

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS  
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO NO MUNICÍPIO DE  
OIAPOQUE**

**FLÁVIA PÂMELA MIGUINS EVANGELISTA LEÃO**

**OIAPOQUE - AMAPÁ  
2020**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS BINACIONAL - OIAPOQUE**

**FLÁVIA PÂMELA MIGUINS EVANGELISTA LEÃO**

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO NO MUNICÍPIO DE  
OIAPOQUE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do *Campus* Binacional do Oiapoque da Universidade Federal do Amapá, como requisito para a graduação como Bacharel em Enfermagem.

**Orientador(a):** Prof. Me. Benedito de Souza Guimarães Junior.

**OIAPOQUE - AMAPÁ  
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca do Campus Binacional da Universidade Federal do Amapá

L433p            Leão, Flávia Pâmela Miguins Evangelista.

O perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde do bairro infraero no município de Oiapoque / Flávia Pâmela Miguins Evangelistas Leão. - 2020.

60f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Coordenação do Curso de Enfermagem - Universidade Federal do Amapá Campus Binacional, Oiapoque, 2020.

Orientador Prof. Me. Benedito de Souza Guimarães Junior

1. Perfil Epidemiológico. 2.Hipertensão. 3.Fatores de Riscos.

CDD 616.132



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS BINACIONAL - OIAPOQUE

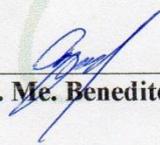
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

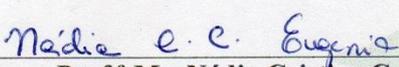
Sendo candidato (a): **FLÁVIA PÂMELA MIGUINS EVANGELISTA LEÃO**, do Curso de Bacharelado em Enfermagem desta Universidade com número de matrícula: 201522280174, sob orientação de **Prof. Me. BENEDITO DE SOUZA GUIMARÃES**, que submetem o trabalho à Banca Examinadora composta pelos seguintes membros: **Prof.ª Me. Nádia Cristine Eugênio Coelho** e **Prof.ª Me. Scheilla Cristina da Silva** assim como o Orientador como presidente da Comissão. Este ato público de defesa ocorreu no dia **14 de fevereiro de 2020**, às **16h** tendo por local a **Sala D5, Campus Binacional Oiapoque, BR-156**.

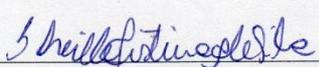
A sessão foi aberta pela presidência da comissão que em breves palavras apresentou o (a) candidato (a), bem como o título do trabalho lembrando as regras estabelecidas deste exercício metodológico. A banca convidou ao candidato (a) para que em 30 minutos apresentasse seu trabalho de conclusão de curso intitulado: **“O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE”**.

Após a apresentação foram realizadas as arguições pelos membros da Banca Examinadora, dando a todos os presentes no auditório a oportunidade de intervenção e formulação de perguntas. Posteriormente esta comissão deliberou baseada em todos os critérios estabelecidos e exigidos para este fim, ficando assim: Aprovada com nota: 9,6 no Trabalho de Conclusão de Curso. Nos termos desta ata lavrada nesta folha, arquivada na pasta de registros do Colegiado de Enfermagem do *Campus Binacional – Oiapoque*.

Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada dela sendo lavrada esta ata que, uma vez aprovada, foi assinada pelo presidente da Banca Examinadora e pelos outros membros.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Benedito de Souza Guimarães Júnior

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Me. Nádia Cristine Coelho Eugênio

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Me. Scheilla Cristina da Silva

Oiapoque – AP, 14 de fevereiro de 2020.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS BINACIONAL - OIAPOQUE

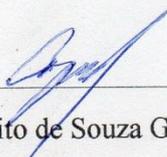
**AUTOR(A):** FLÁVIA PÂMELA MIGUINS EVANGELISTA LEÃO

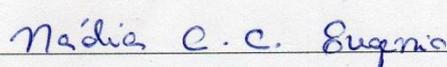
O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO NO MUNICÍPIO DE  
OIAPOQUE

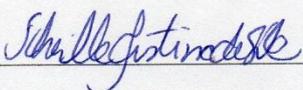
**ORIENTADOR (A):** Prof. Me. Benedito de Souza Guimarães Junior.

Aprovado (a) em: 14 / 02 / 2020

**EXAMINADORES:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Benedito de Souza Guimarães Júnior (Presidente - UNIFAP)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Me. Nádia Cristine Coelho Eugênio (1.º Membro avaliador - UNIFAP)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Me. Scheilla Cristina da Silva (2.º Membro avaliador - UNIFAP)

Oiapoque – AP, 14 de fevereiro de 2020

*A minha mãe, A minha irmã, Ao meu esposo, A minha filha, etc.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ter estado presente em todos os momentos bons e ruins, iluminando meus caminhos e guiando meus passos, pois sei que dele veio o sustento que tanto precisei no decorrer dessa caminhada.

À minha mãe Jane, pelos ensinamentos, pelo amor incondicional, apoio, incentivo, perseverança, otimismo e valores que fizeram de mim o que sou hoje, obrigada pela ajuda financeira, e por cada investimento feito na minha educação, serei grata eternamente por tudo que você já passou para fazer de mim quem sou hoje.

À minha irmã, por todo apoio, carinho, amizade, confiança e companheirismo.

Ao meu esposo por todo amor, apoio, incentivo e paciência que tem tido comigo no decorrer dessa jornada. Agradeço por ser tão compreensivo e por não medir esforços para me ajudar no que pode.

À minha filha Fernanda, por ser o motivo de toda minha luta, me encorajando a nunca desistir dos objetivos.

Ao meu orientador Prof. Me. Benedito de Souza Guimarães Junior, por sua imensa paciência, pelo apoio, otimismo e ensinamentos, que foram úteis para conclusão desse trabalho.

Aos meus professores, que ao longo desses anos contribuíram com peças fundamentais na composição de nosso aprendizado, caráter e profissionalismo.

Às minhas inseparáveis amigas Nathy, Pathy, Geh e Thay, por cada momento compartilhado, cada risada, tristezas durante as frustrações surgidas ao longo do curso, agradeço por fazerem parte do meu círculo de amizade, e por serem ótimas amigas.

Às queridas Agentes de Saúde do bairro Infraero, Markayse, Val, Emira, Cilene, Cleide, que se disponibilizaram em me ajudar na coleta dos dados para a pesquisa.

Obrigada a todos que de alguma forma colaboraram para finalização desse trabalho, e me ajudaram a ser quem eu sou hoje.

*Não se deve ir atrás de objetivos fáceis, é preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços.*

*Albert Einstein*

## RESUMO

**Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de saúde global, onde destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma patologia de causas multifatoriais, sendo uma das causas mais importantes de redução da qualidade e expectativa de vida. **Objetivo geral:** Caracterizar quanto ao perfil epidemiológico os hipertensos usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro Infraero, no município de Oiapoque. **Metodologia:** Pesquisa descritiva e transversal, com abordagem quantitativa, na qual foi realizado uma entrevista, utilizando um questionário semiestrururado com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Resultados:** Dos 51 hipertensos, a maioria era do sexo feminino (72,5%), entre 51 e 60 anos (35,5%), solteiro (60,8%), com baixa escolaridade, renda de 1 a 3 salários mínimos (62,8%). Quanto às características clínicas, o fator de risco predominante o IMC sobrepeso (35,3%), sedentarismo, e obesidade. Com relação ao tratamento 86,3% faziam uso de medicação, sendo o principal medicamento a Losartana. 56,9% não praticavam exercícios e 39,2% faziam dieta balanceada. A média da pressão arterial sistólica estava no padrão de normalidade (<120/80 mmHg), e relação cintura/quadril acima do normal (51%). **Conclusão:** Observou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com baixa renda, baixa escolaridade e possuía sobrepeso. Faz-se necessário um controle dos fatores de risco principalmente sedentarismo, estilo de vida e obesidade para evitar surgimento de DCV associadas à hipertensão. Portanto, é importante enfatizar o tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão, pois evidenciou-se uma baixa adesão à terapia nutricional e a prática de atividade física. Com isso, é fundamental a atuação de uma assistência multiprofissional, para melhoria dos cuidados à saúde dessa população.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Perfil epidemiológico. Promoção da saúde. Fatores de risco.

## ABSTRACT

**Introduction:** The diseases chronicles non transferable are a problem of health global, at where stands out Hypertension Arterial Systemic (HAS) as a pathology of causes multifactorial, being one of the causes more important reduction of quality and expectation of life. **General objective:** Characterize as the epidemiological profile the hypertensive users of the unity basic of healthy from the neighborhood Infraero of the municipality from Oiapoque. **Methodology:** search descriptive and transverse with approach quantitative, accomplished interview, using quiz semi-structured for identification sociodemographic and clinical. **Results:** of 51 hypertensive, most was sex feminine (72,5%) in between 51 the 60 years(35,5%), not married (60,8%), with low schooling, income in 1 a 3 salary minimums(62,8%). How much feature clinical, the factor risky predominant IMC overweight (35,3%), sedentary lifestyle, and obesity. Relationship to treatment() did use of medication, being main medicine the Losartan. 56,9% not practiced exercise, 39,2% did diet balanced. The average of pressure arterial systolic was at the pattern of normality (<120/80 mmHg), and relationship wais/hip above from normal (51%). **Conclusion:** It was observed that the majority of interviewed it was sex feminine, with low income, low education, and was overweight. It is necessary to control of risk factors mainly sedentary lifestyle and obesity to avoid emergence of CVD associated with hypertension. Therefore, is important emphasize the non-drug treatment to control high blood pressure, because it showed low adherence to nutritional therapy and physical activity. With that, it is fundamental the work of a multidisciplinary assistance for improvement care for the health of this population.

**Key words:** Hypertension. Profile epidemiological. Promotion of health. Factors in risky.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Apresentação das variáveis sociodemográficas dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.....	31
<b>Tabela 2</b> – Fatores de risco dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.....	35
<b>Tabela 3</b> – Variáveis clínicas dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.....	39
<b>Tabela 4</b> – Pressão Arterial Sistólica e Diastólica dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.....	41

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Correlação da idade versus valores da pressão arterial Sistólica em hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.....42
- Figura 2** – Correlação da idade versus valores da pressão arterial Diastólica em hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.....43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS- Atenção Primária em Saúde
- AVC- Acidente Vascular Cerebral
- AVE- Acidente Vascular Encefálico
- CA- Cintura Abdominal
- CE- Consulta de Enfermagem
- DAP- Doença Arterial Periférica
- DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis
- DCV- Doenças Cardiovasculares
- DIC- Doença Isquêmica do Coração
- DM- Diabetes Mellitus
- DRC- Doença Renal Crônica
- ESF- Estratégia de Saúde da Família
- HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
- IC- Insuficiência Cardíaca
- IMC- Índice De Massa Corpórea
- MS- Ministério da Saúde
- NHLBI- *National Heart lung and Blood Institute*
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- PA- Pressão Arterial
- PAD- Pressão Arterial Diastólica
- PAS- Pressão Arterial Sistólica
- PSF- Programa de Saúde da Família
- RCQ- Relação Cintura/Quadril
- SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS .....	20
4 METODOLOGIA .....	29
4.1 Caracterização do estudo .....	29
4.2 Local e contexto .....	29
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	30
4.6 Aspectos éticos.....	31
4.7 Instrumentos e Técnica de coleta .....	31
4.8 Análise dos dados.....	32
Os dados coletados foram armazenados e analisados através de estatística descritiva e teste Qui-Quadrado (X <sup>2</sup> ) no programa Statistical Package for the Social Sciences 23 (SPSS versão 23.0), respeitando o intervalo de confiança de 95%. A apresentação dos dados foi feita em forma de tabelas de frequência relativa e percentual. ....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5 CONCLUSÕES.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES .....	54
APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO .....	56

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global sendo uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento do ser humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre os países de baixa e média renda. Dentre essas doenças, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma patologia de causas multifatoriais, sendo uma das causas mais importantes de redução da qualidade e expectativa de vida (SCHMIDT et al. 2011).

Para organização da atenção primária, o Ministério da Saúde implantou o sistema HIPERDIA (SISHiperdia), elaborado com os objetivos principais de permitir o cadastramento e monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, afim de sistematizar a atenção e os cuidados voltados a estes pacientes (FREITAS et al. 2012).

Para Tortorella et al (2017) a Atenção Primária em Saúde (APS) é introduzida como uma parte componente em todo processo, pois, é onde a população tem seu primeiro contato com a prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona acompanhamento longitudinal e atenção integral à saúde dos hipertensos. Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental nesse processo, participando diretamente do cadastramento e do acompanhamento de todos os hipertensos, traçando o perfil do paciente, e adequando o tratamento para cada especificidade. (CARVALHO, 2012).

Estudos de Radovanovic et al. (2014), aborda as doenças cardiovasculares (DCV) como a maior causa de mortes no mundo nos últimos anos. O mesmo relata, que grande parte dos óbitos decorrentes das DCVs poderiam ter sido evitados. Dentre as DCVs encontramos a HAS, que contribui como um fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares.

A HAS é caracterizada como uma doença crônica não transmissível, de causas multifatoriais (BARRETO et al. 2018). Segundo Brasil (2011), as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença. De acordo com estudos de Francelino et al (2017), no Brasil 25% da população adulta apresenta essa doença e estima-se que no ano 2025 esse número terá aumentado em torno de 60%, atingindo uma prevalência de 40%. A HAS, além de ser uma

das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, gera um ônus socioeconômico elevado, com uma vida produtiva interrompida por invalidez temporária ou permanente (MOREIRA et al. 2013).

As condições crônicas representam problemas de saúde que necessitam de um gerenciamento contínuo, por parte de seus portadores, por um longo período, devido a necessidade de acompanhamento e tratamento por toda a vida. As DCNTs fazem parte de um grupo amplo de agravos, que precisam de cuidados permanentes. Dentre os agravos existentes, encontra-se a HAS, que apresenta-se como uma enfermidade de grande relevância epidemiológica, por sua alta prevalência e por representar o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (SILVA et al. 2013).

Estudos de Lobo (2017), demonstram que a prevalência de hipertensão arterial vem aumentando ao longo dos anos, podendo ser atribuído ao crescimento da população mundial, ao envelhecimento populacional, além da exposição a comportamentos de risco, como maus hábitos alimentares, o uso do tabaco e álcool, e a exposição contínua ao estresse. Fatores esses que, tem evidenciado a intensa e preocupante situação relacionada as altas taxas de mortalidade.

Os altos índices de morbimortalidade da HAS são frequentes nas doenças cardiovasculares mundialmente (CORRÊA et al. 2014). A morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre. Apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNT ter elevado 5% entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%, como relata Schimidt et al. (2011). Essa diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares. Estudos de Passos et al. (2006) também apontam essa redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, isso devido o tratamento da hipertensão arterial, que auxilia no processo de uma melhor qualidade de vida aos pacientes, assim, contribuem com essa diminuição.

Em termos epidemiológicos a HAS traz consequências negativas quanto ao aumento no quadro de morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares. Sendo assim, os profissionais de saúde devem fortalecer a educação em saúde, incentivar o autocuidado dos pacientes, traçar o perfil desses usuários e, com isso planejar e programar ações e estratégias de cuidados para essa população usuária dos serviços de APS, visando a obtenção de uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

## 1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O Município de Oiapoque está inserido na região norte do Amapá, localizada a 600 km da capital do estado, Macapá. A região Norte carece de políticas públicas que visem atender às demandas específicas regionais e ao desenvolvimento combinado com sustentabilidade e preservação ambiental como relata Almeida e Rauber (2017). Com isso, se torna notório as problemáticas encontradas pela população Oiapoqueense, que por sua vez, sofrem por causa das dificuldades que o município enfrenta. Uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo município é a falta de pavimentação na rodovia 156, o que corrobora com outras problemáticas, como por exemplo a precariedade relacionada ao sistema de saúde de nossa região.

O extremo norte do Brasil está inserido no contexto amazônico que apresenta desafios no que se refere ao desenvolvimento. Oiapoque encontra-se isolado geograficamente, o que torna difícil seu acesso na maioria das vezes, por que a única rodovia que faz esse trajeto não está pavimentada em sua totalidade, gerando prejuízos consideráveis para nosso município, principalmente no período chuvoso, em decorrência dos atoleiros que se formam na BR-156. Com isso, nota-se que essa situação reflete negativamente em todas as áreas, sobretudo na saúde, com condições precárias do serviço prestado à comunidade, devido as dificuldades encontradas no trajeto que interliga o município de Oiapoque à capital Macapá.

Sendo assim, fica evidente as dificuldades enfrentadas no que concerne as condições de saúde no município. É notável esse cenário quando nos deparamos com a falta de infraestrutura em nossos hospitais e unidades básicas de saúde (UBS). Estruturas e instalações limitadas, escassez de servidores, falta de insumos (materiais e medicamentos) e a falta de condições de trabalho dos servidores, são exemplos do que tem ocorrido nos dias de hoje. Com isso, a UBS não consegue suprir as necessidades da comunidade em que está inserida, devido essa grande problemática.

A UBS funciona como unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido a quantidade reduzida de profissionais. Com isso, nota-se uma grande problemática, pois, quando ocorre uma visita domiciliar os profissionais se deslocam até a residência do paciente, deixando a unidade sem atendimento. Assim, podemos observar a desatenção à população que procura atendimento nos períodos de ausências. Observa-se que, programas como HiperDia não funcionam na unidade, o mesmo tem como finalidade o acompanhamento e cadastramento dos portadores de Hipertensão e Diabetes do município,

o que dificulta a obtenção de recursos por ausência de informações que deveriam ser repassadas ao Ministério da Saúde e não são, fazendo com que falte até mesmo os medicamentos, por não haver um mapeamento adequado por parte dos profissionais.

Assim, é importante conhecer o perfil desses pacientes, avaliar os níveis pressóricos, descobrir o padrão de idade dos usuários, quais dos sexos são mais acometidos pela doença, o nível de escolaridade, a ocupação, pois, ambos são fatores preponderantes para o desenvolvimento da HAS. Com isso, é necessário o levantamento epidemiológico desses dados, que são feitos através do mapeamento. Sendo assim, esta pesquisa terá como base de estudos as condições do sistema de saúde do município, com ênfase na UBS do Bairro Infraero, tendo como foco de estudo o perfil epidemiológico dos Hipertensos atendidos pela equipe da unidade de saúde.

Desse modo, a pesquisa acrescentará informações importantes sobre as características dos usuários a serem assistidos pela equipe da ESF da UBS do Bairro Infraero, possibilitando aos profissionais a oportunidade de traçar o perfil epidemiológico de cada indivíduo, a fim de adequar os planos de cuidado para cada contexto.

## **1.2 PROBLEMA CIENTÍFICO**

A falta de informações sobre o perfil dos hipertensos acaba dificultando a qualidade no atendimento, devido a especificidade de cada caso. Com isso, torna-se necessário o levantamento desses dados, afim de diminuir essa problemática e contribuir de forma relevante para uma assistência de qualidade aos usuários assistidos pela equipe da UBS do bairro Infraero.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Caracterizar o perfil epidemiológico de hipertensos cadastrados e assistidos por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Oiapoque estado do Amapá.

### **2.2 Objetivos específicos:**

1. Caracterizar os hipertensos entrevistados segundo as variáveis: sexo, idade e perfil socioeconômico;
2. Descrever a situação de vida e moradia dos pacientes hipertensos;
3. Identificar os fatores clínicos mais recorrentes em portadores de hipertensão arterial no município de Oiapoque.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Hipertensão Arterial: Conceitos e Fatores De Risco.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos e alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, podendo ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melittus (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo Silva e Souza (2004), a HAS é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90mmHg de diastólica, em pelo menos duas aferições subsequentes, obtidas em dias diferentes, em condições de repouso e ambiente tranquilo.

É conhecida como “Pressão Alta”, considerada uma doença crônica de alta prevalência, que pode ser em grande maioria dos casos assintomática, sendo indolor e não provocando sintomas, entretanto, pode levar ao óbito, e quando chegam a ocorrer os sintomas é porque já houve algumas complicações (CORDEIRO et al. 2012).

Sendo assim, Cordeiro et al. (2012) a descreve como “assassina silenciosa”, pelas altas taxas de morbidade e mortalidade cardiovasculares que estão relacionadas a ela, envolvendo todas as faixas etárias, e podendo se associar a eventos como: Morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Sabe-se que a primeira medida experimental da pressão arterial foi feita, em 1773, por Stephen Halles, na Inglaterra. A pressão foi medida em uma égua, imobilizada por alguns de seus auxiliares. Em 1828, Poiseulle repete a medida em cachorros. Entretanto, pela primeira vez, em 1856, Faivre, um médico cirurgião de Lyon, registrou a pressão arterial de humanos por um manômetro de mercúrio. Já em 1834, Hérisson criou um novo equipamento para registro da pressão arterial denominado esfigmógrafo, capaz de registrar indiretamente, os níveis de pressão gerados pela circulação do sangue nas artérias. A literatura específica, entretanto, trata esses experimentos como marginais na história do registro da pressão arterial em pessoas, como relatam Nobre (2002) e Introcaso (1996).

Assim, com o passar dos anos a HAS foi clinicamente valorizada, após o surgimento dos primeiros aparelhos de medida. O grande passo na história da medida da pressão arterial indireta foi em 1896, dado por Scipiano Riva-Rocci, um médico italiano de excepcional capacidade de observação, ao criar o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. Em 1905, o Russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida da pressão arterial, através do esfigmomanômetro e estetoscópio (NOBRE, 2002).

A partir daí, inicia-se as evoluções tecnológicas envolvendo os aparelhos de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), reunindo as condições técnicas e de segurança para exames apropriados e resultados confiáveis, contribuindo para o estabelecimento do diagnóstico de HAS. Desse modo, Nobre et al. (2003) narra como um método seguro, eficaz, efetivo e com apropriada relação custo benefício.

De acordo com o *National Heart lung and Blood Institute* (NHLBI), os principais fatores de risco para a HAS são a idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e maus hábitos de vida como sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e o consumo excessivo de sal, podendo incluir a predisposição genética e o estresse como outros fatores (SILVA et al. 2016).

Estudos de Ferreira e Custódio et al. (2011) mostram que a existência de outros fatores de risco, sendo eles modificáveis ou não associados entre si e a outras condições, podem favorecer o aparecimento da HAS, dentre eles estão: escolaridade, renda familiar, antecedentes familiares, obesidade, relação cintura/quadril (RCQ), índice de massa corpórea (IMC), anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras, entre outros fatores.

Jardim et al. (2007) destaca que há um aspecto que merece consideração, que é a modificação no perfil da população brasileira, relacionado aos hábitos alimentares e de vida, indicando uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. O mesmo relata que, a mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e nos alimentos que compõem a própria dieta, acaba alterando significativamente o peso corporal e distribuição da gordura, aumentando progressivamente a prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Somado a isso, uma baixa frequência à prática de atividade física, o que também contribui no delineamento desse quadro.

Segundo Oliveira et al. (2009), para a realização de estudos epidemiológicos, tem sido recomendada a utilização de índices antropométricos como o índice de massa corporal (IMC) e a razão cintura/quadril (RCQ), isso devido a simplicidade e baixo custo do

procedimento. Pois, as medidas antropométricas representam um fator de grande importância, já que informam o estado de saúde do paciente.

O sobrepeso e a obesidade constituem, atualmente, o desvio nutricional que mais tem aumentado nos últimos anos no mundo, assumindo proporções enormes. Isso devido está associado aos novos estilos de vida, como os hábitos alimentares e sedentarismo dos tempos modernos. O excesso de tecido adiposo é considerado um dos fatores desencadeantes da hipertensão arterial, tanto o ganho de peso, quanto o acúmulo de gordura abdominal, aumentam a probabilidade de o indivíduo se tornar hipertenso, o que torna fundamental as mudanças de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas para o controle do peso (OLIVEIRA et al. 2009).

Com isso, podemos observar no estudo de Silva et al. (2012) a baixa renda, como um dos fatores percusores para o surgimento da hipertensão arterial. Diversos aspectos corroboram para o surgimento desta hipótese, como por exemplo, os elevados custos de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico inoportuno da doença, a limitação à compra de medicamentos controladores da HAS, levando a diminuição da aderência ao tratamento e a região onde o indivíduo reside, uma vez que, regiões longínquas dos centros de produção de frutas e hortaliças sofrem com a escassez e o alto custo desses mantimentos (CHELOTTI, 2009).

É importante frisar que, muitos portadores de hipertensão arterial podem apresentar outras comorbidades, como: diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade, o que demanda a necessidade de intensificação da assistência, investindo em ações terapêuticas para controlar outras condições crônicas, os quais exigem perseverança de ambas as partes e uma educação continuada (CHAGAS; ALMEIDA, 2016). Assim, as graves consequências da doença podem ser evitadas, a partir do momento que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento.

### **3.2 Tratamento e Adesão Dos Usuários**

O tratamento da hipertensão arterial se constitui de duas vertentes: a terapia medicamentosa e a não medicamentosa, tendo como objetivo principal a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares. A terapia não farmacológica, é caracterizado por mudanças no estilo de vida desse paciente, compreendendo principalmente o controle do peso, padrão alimentar adequado, reduzindo a ingestão de sódio, cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool e a prática de atividades

físicas, que auxilia na diminuição do estresse e redução do peso, além de ter ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias. (FREITAS et al. 2012).

Contudo, vale ressaltar que, a falta de adesão ao tratamento acaba comprometendo o sucesso terapêutico, e conseqüentemente afetando o controle pressórico, e, desse modo, tende a elevar as complicações da HAS não controlada (GEWEHR et al. 2018).

Estudos de Jesus et al. (2008), mostra que adesão pode ser descrita como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir uma dieta balanceada, fazer mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o tratamento de saúde. De acordo com Pierin et al. (2004), vários são os fatores que interferem nesse processo de adesão e podem estar relacionados a características do portador de HAS, no qual podemos incluir os fatores biossociais, as crenças de saúde, os hábitos de vida e aspectos culturais desse paciente, além das relativas à doença e ao tratamento.

O tratamento medicamentoso geralmente é iniciado com um ou dois anti-hipertensivos, e gradativamente podem ser associados outros medicamentos, o que pode contribuir para diminuir a adesão ao tratamento. Dentre os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento estão a idade do paciente, sexo, nível social e econômico, hábitos de vida e culturais entre outros. Com isso, Gewehr et al. (2018) enfatiza em seu estudo que, a baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da pressão arterial, contribuindo de forma significativa com o aumento das complicações decorrentes das HAS.

O desconhecimento de informação é considerado uma das dificuldades no controle da doença. Muitos pacientes não estão conscientes da necessidade do seu tratamento, das complicações que a doença pode gerar, e das medidas que podem ajudar a prevenir possíveis complicações. Por isso, as ações dos cuidados com a doença dependem em parte desse conhecimento.

### **3.3 Programa Hiperdia e Atribuição Do Enfermeiro**

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde tem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira. Dentre as ações, foi criado o programa HIPERDIA, com o sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores na rede básica de saúde, o SIS-Hiperdia, sistema informatizado de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS

e/ou DM, atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde (SUS), onde é possível gerar informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipal, estadual e Ministério da Saúde (MS). Além de, promover a reorientação da assistência farmacêutica, fornecendo de forma contínua e gratuita os medicamentos, e fazendo o monitoramento das condições clínicas de cada usuário do sistema (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O programa Hiperdia é oriundo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde (ASSIS et al. 2012). A meta principal é garantir que os pacientes tenham o acompanhamento e tratamento de forma sistemática, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços (BRASIL, 2002). Nascimento et al. (2017), aborda o plano de reorganização, como um plano que prioriza a confirmação dos casos suspeitos, a elaboração de protocolos clínicos e treinamento de profissionais de saúde, e a garantia de medicamentos, além de cadastrar e acompanhar esses pacientes.

O Hiperdia se constitui como uma estratégia de vínculo entre o paciente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, através de equipes interdisciplinares, implanta estratégias de atuação, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde, intervindo positivamente no acesso e na adesão ao tratamento, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e a comunidade como um todo.

Segundo Carlos et al. (2008), como parte do Sistema de Saúde Local, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem a família como seu objeto de atenção, buscando identificar todo o contexto social e o histórico da família, permitindo olhar para a família no seu domicílio de uma forma holística, onde inicia-se às relações sociais, entre a equipe e a comunidade.

Nesse sentido, na atenção básica, com a ESF, os usuários com HAS são assistidos pelos profissionais que fazem parte da equipe, sendo eles: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Esses profissionais têm como desafio dar início ao tratamento e acompanhamento dos indivíduos diagnosticados com HAS e demonstrar a importância da adesão ao tratamento á esse indivíduo (GOIS, 2016).

Assim como as ações terapêuticas, se fazem necessário as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial. O acompanhamento Médico e de Enfermagem adequados são de suma importância, assim como, as orientações dadas pelos mesmos, como a dieta,

exercícios físicos e a importância da aderência a medicação. Soma-se a isso, as intervenções preventivas, que auxiliam nesse processo do autocuidado, podendo ser dirigidas a indivíduos ou grupos nas comunidades. Com isso, as estratégias clínicas e comunitárias, quando bem elaboradas e implementadas, podem trazer benefícios à sociedade em geral.

Sabe-se que é possível prevenir o desenvolvimento de HAS, ou melhorar o prognóstico e a qualidade de vida da população acometida por essa doença, além de evitar altos gastos com a saúde. Estudos de Silva et al. (2013) atribui a HAS e suas comorbidades cardiovasculares um elevado custo social e financeiro, devido ao grande número de internações hospitalares e procedimentos altamente especializados. Como consequência, tem-se o aumento de absenteísmo no trabalho e aposentadorias precoces e, principalmente, a fragilidade na qualidade de vida de seus portadores. Por sua relevância epidemiológica e social a HAS representa um importante problema de saúde pública (SILVA et al. 2013).

Estudos de Carlos et al. (2008) diz que a HAS é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho, e as variáveis demográficas como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde, interferem na execução do tratamento. O que corrobora com a pesquisa de Barreto et al. (2018), onde apontam essas variáveis como os principais fatores predisponentes para não utilização do tratamento, acarretando no descontrole pressórico.

Nesse sentido, uma boa assistência prestada aos portadores, através das consultas de rotina, permite aos profissionais de saúde conhecer aspectos claros da vida do paciente que influenciam diretamente sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico, assim, os profissionais podem identificar as falhas existentes entre a educação ofertada e o autocuidado realizado, reforçando nas consultas, se necessário, os objetivos e metas a serem alcançados no decorrer do tratamento, para promover hábitos de vida saudáveis, essenciais para controle da doença.

Soma-se a esse contexto a educação em saúde, onde a enfermagem atuando juntamente com a equipe de saúde da família tem um papel fundamental para uma assistência de qualidade, porque, além de serem cuidadores são educadores. Por isso, a atuação destes profissionais no processo de educação em saúde no grupo HIPERDIA é de suma importância, visando a promoção, proteção e diminuição de complicações que possam vir ocorrer em decorrência dessa doença (CARVALHO, 2012).

Segundo Pereira et al. (2013), o enfermeiro tem um papel fundamental, pois além de coordenar toda a equipe de enfermagem, ele ainda atua em funções administrativas e de gerenciamento, é cuidador, educador, atua no ensino e na pesquisa, com atribuições tanto no controle como na prevenção, através da educação em saúde.

O enfermeiro participar diretamente do cadastramento e do acompanhamento de todos os que fazem parte do grupo HIPERDIA. Por possuir conhecimento dos membros da comunidade em que atua, ele é capaz de intervir em ações educativas, voltadas não só aos portadores de HAS, mas, também aos familiares, dando ênfase as orientações e a importância da adesão ao tratamento, como relata Carvalho (2012).

Assim, o enfermeiro é responsável por desenvolver a Consulta de Enfermagem (CE), que é uma atividade privativa do Enfermeiro. A CE pode ser definida como uma atividade diretamente prestada ao paciente, onde são identificados problemas de saúde e doença, e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente. Por isso, o Enfermeiro desenvolve importante papel no acompanhamento de pacientes com hipertensão e/ou diabetes, além de atuar como educador em saúde, não só aos portadores dessas patologias, mas para seus familiares e com a comunidade (VALLE et al. 2015).

Na consulta de enfermagem, o Enfermeiro direciona suas ações ao cliente, e por meio da CE, que ocorre a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados pelo enfermeiro (Brasil, Resolução COFEN-159, 1993).

Sendo assim, o Enfermeiro precisa atender essa clientela sistematizando as ações que serão desenvolvidas, a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de habilidades específicas em enfermeiros de unidades básicas de saúde para realizarem uma CE satisfatória para os portadores de hipertensão.

Desse modo, uma assistência de qualidade no grupo HIPERDIA, possibilita aos profissionais avaliar as necessidades de cada usuário, conhecendo o perfil clínico e epidemiológico de cada indivíduo, assim como as possíveis variáveis que possam interferir na terapêutica, a fim de adequar o plano a cada especificidade (GOIS, 2016).

Estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial são fundamentais para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento e as condições que possam influenciar nos riscos e controle na comunidade. Com isso, conhecer o perfil dos

indivíduos com HAS, permitirá desenvolver ações concretas que incrementem a busca e utilização das consultas e atividades desenvolvidas nas UBS, o que favorecerá a promoção da saúde e a prevenção de possíveis agravos (BARRETO et al. 2018). Desta forma, é necessário que a equipe conheça o perfil dos usuários a serem assistidos, com o objetivo de traçar propósitos específico para cada paciente.

Diante do contexto exposto, se tratando de um tema importante para a saúde pública, e que possui poucas pesquisas relacionadas ao perfil epidemiológico dessa população, a pesquisa nos acrescentará informações relevantes no que concerne as características desse grupo populacional, a qual terá como objetivo identificar e descrever o perfil epidemiológico de hipertensos atendidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Oiapoque estado do Amapá.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Foi realizado um estudo descritivo de caráter transversal, com abordagem quantitativa. O autor Hochman (2005) descreve o estudo descritivo como aquele que faz levantamento e apresenta a caracterização epidemiológica de uma doença, no intuito de associar a doença ou agravo com as possíveis variáveis.

Um estudo de caráter transversal se trata de uma abordagem em que os fatores de exposição e os efeitos (doença) são mensurados no mesmo período (BONITA, 2010). Para Fonteles (2009) o estudo quantitativo é aquele que estuda as variáveis expostas sob formas numéricas utilizando técnicas estatísticas para analisar e classificar o estudo.

### **4.2 Local e contexto**

A pesquisa foi realizada no Estado do Amapá especificamente no município de Oiapoque com os hipertensos assistidos pela equipe de Estratégia de Saúde da Família da UBS do Bairro Infraero, que se localiza na Avenida Santa Helena, nº 1304.

O município de Oiapoque está localizado na parte Norte do Brasil e do Estado do Amapá, constituído por uma extensão territorial equivalente a 22.625,286 Km<sup>2</sup>, faz fronteira com a Guiana Francesa e limita com os municípios de Calçoene, Serra do Navio, Pedra Branca do Amaparí e Laranjal do Jarí. Está localizada a 600 km da capital do estado, Macapá, e a pouco mais de 200 km do município brasileiro mais próximo chamado Calçoene.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2018, apontam uma população estimada em 26.627 habitantes.

As atividades de atenção básica desenvolvidas na UBS do Infraero incluem consulta médica clínico geral, atendimento ambulatorial, imunização, consulta de enfermagem para pré-natal, planejamento familiar, educação em saúde, controle de crescimento e desenvolvimento da criança, controle da HAS, do DM, da tuberculose, da hanseníase, ações de saúde bucal, atendimento odontológico, atendimento com assistente social, atendimento de nutrição, fisioterapia, fonoaudiólogo e o Programa Estratégia Saúde da Família. Além desses serviços, a UBS oferece campo de aulas práticas e estágios supervisionados para alunos de graduação e projetos de pesquisas.

### **4.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo 51 indivíduos com diagnóstico de HAS confirmado, de ambos os sexos, com idades acima de 18 anos, com condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com o pesquisador, que aceitaram participar do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que são assistidos pela equipe da UBS do bairro Infraero, município de Oiapoque, Amapá.

Foram excluídos do estudo, pessoas menores de dezoito anos, e que não tinham histórico qualquer de HAS, e aqueles que não aceitaram fazer parte da pesquisa.

### **4.4 Riscos da pesquisa**

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto e constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista e divulgação de dados confidenciais. Para dirimir os riscos durante os procedimentos de coleta de dados você será encaminhado para local reservado, estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária, caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone ou e-mail informados. O pesquisador assumi a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

### **4.5 Benefícios da pesquisa**

Os benefícios da presente pesquisa nos permitirá conhecer e identificar o perfil dos hipertensos atendidos por uma UBS no município de Oiapoque, e quais as problemáticas que o mesmo tem enfrentado no que concerne um atendimento de qualidade. Possibilitará da mesma forma a quantificação dos agravos que tem acometido essa parcela da população hipertensa que possuem um déficit em seu tratamento. Desta forma, a pesquisa será de suma importância para todos os profissionais que estão envolvidos com esses pacientes cotidianamente, o que trará informações relevantes, para uma boa adequação do tratamento à cada indivíduo, garantindo a qualidade de vida dos mesmos. Também permitirá conhecer, juntamente com os profissionais de saúde a situação que esses pacientes têm vivido, procurando maneiras que possam sanar essa problemática e auxiliar os hipertensos no autocuidado. Este estudo será utilizado como atividade metodológica e de pesquisa para a

formação profissional de um bacharel em enfermagem do *Campus* Binacional de Oiapoque da Universidade Federal do Amapá.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, localizado na cidade de Oiapoque/AP. Rodovia BR-156, Nº 3051 - Bairro Universidade. CEP 68.980-000, Brasil, com parecer favorável nº , 3.799.751 e CAAE: 16333219.7.0000.0003, a pesquisa foi desenvolvida de acordo com os princípios descritos na resolução 466/12 que estabelece as normas que devem ser seguidas em todas as pesquisas que envolvem seres humanos.

Dos participantes da pesquisa foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**) que visa garantir o seu anonimato. Pesquisas envolvendo seres humanos devem obedecer às normas éticas e científicas fundamental, a qual reforça o uso do TCLE (FONTELES et al. 2009).

Foi necessário a autorização da coordenação da Atenção Básica (**APÊNDICE B**) para que possa ser executado a pesquisa dentro da Unidade Básica de Saúde do bairro Infraero.

#### **4.7 Instrumentos e Técnica de coleta**

Foram realizados uma entrevista direta com o paciente. A amostra foi por conveniência, tendo como período de coleta de 09 a 30 de dezembro. A coleta de dados se deu em domicílio, em um local reservado, garantindo total sigilo e confidencialidade, onde foi aplicado um questionário semiestruturado (**APÊNDICE C**), constituído por perguntas de diversas tipologias, contendo perguntas sociodemográfica, composto das seguintes variáveis: Idade; Sexo; Peso; Altura; Índice de Massa Corporal (IMC); Estado civil; Escolaridade; Renda salarial; Consumo de cigarro; Alimentação; Etilismo; Exercício físico; Diabetes; Doença cardiovascular anterior; Tratamento medicamentoso preconizado; Quais medicamentos utilizados; Faz outro tipo de tratamento; Cintura abdominal (CA); Doenças Pré existentes e Pressão arterial (PA) Sistólica e Diastólica.

Para a classificação da pressão arterial, foi considerada aquela descrita na VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), para maiores de 18 anos, sendo: Ótima (<120 x <80mm/Hg); Normal (120-129 x 80-84 mm/Hg); Limítrofe (130-139 x 85-89 mm/Hg); Hipertensão estágio I (140-159 x 90-99 mm/Hg); Hipertensão Estágio II ( $\geq 160$  x  $\geq 100$

mm/Hg). Para o índice de massa corporal (IMC), foram adotados os conceitos e valores preconizados pela OMS (2012): baixo peso,  $<18,5$  kg/m<sup>2</sup>; peso normal, 18,5 - 24,9kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso, 25,0 - 29,99kg/m<sup>2</sup>; Obesidade I, 30,0 - 34,9 kg/m<sup>2</sup>; Obesidade II, 35,0 – 39,9 e Obesidade III  $\geq 40$ . Quanto à relação cintura-quadril (RCQ) foram adotados os parâmetros da OMS (2000), sendo eles: risco de complicações metabólicas e cardíacas aumentados  $\geq 94$  cm para homens e  $\geq 80$  cm para mulheres; e risco aumentado substancialmente,  $\geq 102$  cm para homens e  $\geq 88$  cm para mulheres.

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados coletados foram armazenados e analisados através de estatística descritiva e teste Qui-Quadrado ( $X^2$ ) no programa Statistical Package for the Social Sciences 23 (SPSS versão 23.0), respeitando o intervalo de confiança de 95%. A apresentação dos dados foi feita em forma de tabelas de frequência relativa e percentual.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 51 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 29 e 86 anos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, usuárias dos serviços de saúde da unidade básica de saúde Infraero. Na tabela 1 estão descritos os dados encontrados na avaliação do perfil sociodemográfico dos indivíduos participantes do estudo.

**Tabela 1**-Apresentação das variáveis sociodemográficas dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.

Variáveis	Valores	N	%
Sexo	Masculino	14	27,5
	Feminino	17	<b>72,5</b>
Idade	21 a 30 anos	1	2
	31 a 40 anos	5	9,8
	41 a 50 anos	10	19,6
	51 a 60 anos	18	<b>35,3</b>
	>60 anos	17	33,3
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	6	11,8
	Ensino Fundamental Incompleto	14	27,5
	Ensino Médio Completo	7	13,7
	Ensino Médio Incompleto	6	11,8
	Ensino Superior Completo	3	5,9
	Alfabetizado	15	<b>29,4</b>
Renda Salarial	< de 1 salário mínimo	19	37,2
	1 a 3 salários mínimos	32	<b>62,8</b>
Estado Civil	Casado	12	23,5
	Solteiro	31	<b>60,8</b>
	Viúvo	2	3,9
	Separado	3	5,9
	União estável	3	5,9
Total		51	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir das análises dos dados obtidos, foi possível observar uma maior prevalência de hipertensão arterial em indivíduos do sexo feminino com 72,5%, e 27,5% do sexo masculino, demonstrando que houve um predomínio de mulheres com HAS sendo atendidas na UBS do bairro Infraero, dados que corroboram com o perfil de gênero encontrados em outros estudos no Brasil. Um estudo realizado por Oliveira et al. (2009) mostrou que 64,1% dos pesquisados eram do sexo feminino, assim como uma pesquisa realizada por Chagas e Almeida (2016) em Macapá/AP no ano de 2015, que nos mostra 77,6% dos hipertensos era do sexo feminino, com isso observamos que a prevalência de HAS tem sido maior entre as mulheres.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a prevalência global entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. O sexo feminino apresenta uma maior prevalência a partir dos 50 anos de idade. Segundo estudos de Cordeiro et al. (2012) um dos principais motivos que levam as mulheres a apresentarem mais problemas cardiovasculares do que os homens é a redução hormonal característica da menopausa. Durante tal período, a mulher sofre uma significativa perda de hormônios essenciais para o equilíbrio do organismo, dentre eles o estrogênio, que até então realizava a proteção dos vasos sanguíneos, tendo como consequência a elevação da pressão arterial (SILVA et al., 2016).

Outro ponto que vale ser ressaltado é que culturalmente a procura por serviços de saúde é maior dentre os indivíduos do sexo feminino, em geral, as mulheres têm uma maior consciência da doença, apresentando, assim, uma maior tendência para o autocuidado e para buscar mais ajuda médica, o que aumenta a probabilidade de ter a doença hipertensiva diagnosticada, como relata Gois et al (2016). Sendo assim, foi observado que essa baixa porcentagem de homens no presente estudo, estar relacionada ao fato de os homens procurarem menos os serviços de saúde que as mulheres, sendo por falta de conhecimento, levando-os a negligenciar os sintomas apresentados, ou até mesmo desculpas relacionadas à falta de tempo, devido a correria do dia a dia e as obrigações de ser o provedor da família. De acordo com relatos dos pacientes isso tem sido o empecilho para que haja uma maior demanda dos homens à procura dos serviços de saúde.

Com relação à idade os entrevistados tinham entre 29 e 86 anos, 35,3% se apresentaram dentro da faixa etária de 51 a 60 anos, 33,3% (>60 anos), 19,6% (41 a 50 anos), 9,8% (31 a 40 anos) e 2% (21 a 30 anos). Sendo assim, o estudo demonstrou que a faixa etária que se destacou foi entre 51 a 60 anos, seguidos de hipertensos acima de 60 anos. Dados que corroboram com a variável faixa etária encontrada em um estudo realizado por Radovanovic et al. (2014), que apresentou 47,71% dos indivíduos hipertensos pesquisados estavam na faixa etária entre 50 e 59 anos, assim como uma pesquisa realizada por Andrade et al. (2014), que ao avaliarem 113 prontuários de pacientes hipertensos obtiveram que 58% destes pertenciam a indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo, Mendes e Barata (2008), indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 anos apresentam 60% de chance de desenvolver hipertensão arterial.

O presente estudo mostra, que dos 51 hipertensos entrevistados, 35 (68,3%) estão nessa faixa etária de 51 à maiores de 60 anos, com isso, observa-se que a medida que a

idade avança, aumenta a prevalência da hipertensão arterial. De acordo com Macedo et al. (2017), durante o decorrer do processo de envelhecimento, mesmo com a ausência da HAS, ocorrem diversas alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, que contribuem para aumento da pressão arterial e surgimento da HAS, que associada a outros fatores de riscos podem desenvolver complicações metabólicas ou cardiovasculares. Com isso, percebe-se que o fato de ocorrer a presença simultânea de agravos à saúde nos indivíduos com idade mais avançada, aumenta a procura por serviços de saúde, o que facilita o diagnóstico da HAS. Por outro lado, é importante frisar que a HAS não se restringe somente aos indivíduos de idade mais avançadas, tendo em vista que na presente pesquisa encontramos hipertensos em idades produtivas.

Constatou-se que, as variáveis escolaridade e renda salarial podem estar associadas ao desenvolvimento da HAS nos indivíduos pesquisados, pois, a pesquisa apontou maior índice de hipertensos com baixa escolaridade, e que possuem de 1 a 3 salários mínimos, o que demonstra a predominância de baixo nível instrucional e econômico entre os participantes deste estudo.

Quanto à escolaridade 29,4% relataram ser alfabetizados, 27,5% no ensino fundamental incompleto, 13,7% ensino médio completo e 5,9% ensino superior completo, corroborando com uma pesquisa realizada por Heubel et al. (2015) onde obteve 56,2% dos seus entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. Para Freitas et al (2012), a baixa escolaridade pode estar associada à maior prevalência de HAS. Diante disso, é possível perceber que a baixa escolaridade tem sido evidente entre os pesquisados, o que gera uma problemática devido a diminuição do nível de conhecimento dos mesmos. O Brasil é historicamente um país desigual, no qual a educação se torna desvalorizada e banalizada, além da falta de qualidade no ensino público, dessa forma, poucos são os que conseguem obter uma educação de qualidade.

Portanto é notório a falta de informações dos hipertensos relacionada HAS, mesmo os indivíduos sabendo ler e escrever, eles não possuem habilidades com a leitura e a escrita, o que dificulta seu entendimento acerca da doença, constituindo esse quadro como um problema que pode acarretar em danos para os mesmos. Perante isso, percebe-se que a comunicação entre usuário e o profissional torna-se difícil, sobretudo na hora das orientações gerais, as prescrições dos diferentes tipos de fármacos e o entendimento dos pacientes acerca das palavras que o profissional de saúde utiliza.

Assim, podemos observar que a baixa escolaridade é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, e conseqüentemente contribui para não adesão ou

abandono do tratamento sendo ele farmacológico ou não. Por isso a importância de ter um grau de escolaridade adequado, pois, uma pessoa bem informada e com um melhor nível de conhecimento da doença, causas, sintomas, opções de controle e tratamento, estão mais dispostas a seguir as recomendações do profissional de saúde do que as pessoas que não tem esse conhecimento.

Com relação à classe econômica a maioria dos entrevistados possuem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (62,8%), seguidos de 37,2% hipertensos que possuem renda mensal abaixo de 1 salário mínimo. Corroborando com o estudo de Chagas e Almeida (2016), que nos mostra dos 49 pesquisados, 53% possuíam de 1 a 2 salários mínimos, e 18,4% menos que 1 salário mínimo, dados semelhantes aos da pesquisa.

De acordo com os dados citados acima, percebe-se que houve um predomínio dos indivíduos que possuem uma baixa renda mensal, pois, no decorrer das entrevistas foi observado que a grande maioria que referiu possuírem de 1 a 3 salários mínimos, dependiam de aposentadorias e bolsa família, valores equivalentes a 1 salário mínimo ao mês. Ressaltando também, os indivíduos que vivem com uma renda abaixo de 1 salário mínimo, o que torna mais preocupante o controle dos níveis pressóricos desses hipertensos, sendo por falta de medicamentos, por não conseguirem comprar já que nem sempre tem nos postos de saúde, ou por não conseguirem arcar com as despesas de uma alimentação saudável, devido um certo custo financeiro que seguir uma alimentação regrada à hábitos alimentares saudáveis impõe sobre esses indivíduos. Freitas et al. (2012) diz que, em se tratando de uma população de baixa renda, a necessidade de arcar com os custos dos medicamentos pode interferir negativamente no orçamento doméstico e, assim, ser um fator de não adesão ou abandono ao tratamento.

E notável a predominância de baixo nível econômico dentre o público pesquisado. Assim, pode-se afirmar que na pesquisa, a baixa renda e escolaridade, associada a piores condições de vida, está diretamente relacionada com a prevalência de HAS, uma vez que estes indivíduos possuem menos acesso a informações e conseqüentemente menor acesso aos serviços saúde. Um Estudo realizado em Maringá, estado do Paraná, por Rocha et al. (2014) com o objetivo de analisar a associação entre DCNT e fatores de risco, identificou que o desenvolvimento das DCNTs tende a aumentar em indivíduos com baixa renda e baixa escolaridade, devido ao baixo acesso instrucional, corroborando com a pesquisa. Gois et al. (2016) diz que essas são características importantes a serem consideradas no planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde, pois deve-se levar em consideração a realidade de cada indivíduo, propiciando um plano de ação para cada

contexto. Por isso a importância de conhecer o perfil e a situação de vida desses indivíduos.

Dentre os pesquisados a maioria era composta por solteiros (60,8%) seguidos de casados (23,5%), separados (5,9%), união estável (5,9%) e viúvos (3,9%). Contrapondo essa pesquisa, um estudo realizado com 124 adultos hipertensos no município de Ananindeua Pará, apontou 54,84% eram casados. Sendo assim, Freitas et al. (2012) diz que, para pessoas em união estável, o envolvimento do cônjuge é componente facilitador para a adesão ao tratamento, contribuindo desta forma para o controle da PA. Por outro lado, Chagas et al. (2016), diz que esta condição pode estar associada a um acúmulo de funções domésticas e obrigações, ou a certo estresse proporcionado pela constituição de família, configurando um dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

De acordo com Castro et al. (2003), a vida cheia de compromissos, obrigações, ansiedades, pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego e atividade física aumentam o nível de estresse, o que pode contribuir para o aumento da pressão arterial. Contudo, observamos no presente estudo, que o estado civil não está relacionado aos níveis pressóricos elevados, tendo em vista que, tanto os casados quanto os solteiros apresentaram valores pressóricos semelhantes, uma vez que, nenhuma das classes estão isentos de estresse no decorrer do dia.

A tabela 2 permite a visualização dos dados sobre os fatores de riscos dos pesquisados, onde podemos observar os índices relacionados ao IMC (Índice de Massa Corporal), o uso de cigarro e bebidas alcoólicas, hábitos alimentares e outros. Pois, sabe-se que ambos são fatores preponderantes para o desenvolvimento da HAS.

**Tabela 2-**Fatores de risco dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019. Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%
IMC	Adequado	11	21,6
	Sobrepeso	18	<b>35,3</b>
	Obesidade 1	15	29,4
	Obesidade 2	5	9,8
	Obesidade 3	1	2
	Não realizado	1	2
Consumo de Cigarros	Sim	7	13,7
	Não	22	<b>43,1</b>
	Fumou anteriormente	22	<b>43,1</b>
Alimentação	Saudável	20	39,2
	Não saudável	26	<b>51</b>
	Ignorado	5	9,8
Etilismo	Sim	7	13,7
	Não	17	33,3
	Bebeu anteriormente	27	<b>52,9</b>
Exercícios Físicos	Sim	17	33,3

	Não	29	<b>56,9</b>
	Fazia anteriormente	5	9,8
Diabetes	Sim	11	21,6
	Não	40	<b>78,4</b>
Doença Cardiovascular Anterior	Sim	7	13,7
	Não	44	<b>86,3</b>
Total		100	100,0

O Índice de massa corporal (IMC) demonstrou que 35,3% apresentaram IMC sobrepeso, 29,4% obesidade grau 1, 21,6% adequado e 9,8% obesidade grau 2. dados que corroboram com a variável alimentação, pois 51% relatou manter uma alimentação não saudável, enquanto que 39,2% dos entrevistados mantém uma alimentação saudável. Segundo uma pesquisa realizada no município de Ananindeua/PA por Freitas et al (2012) 56,45% dos hipertensos estavam com o peso acima da normalidade, sendo este grupo mais predisposto a adquirir doenças cardiovasculares. Longo et al. (2011) relata em seu estudo que o sobrepeso e a obesidade podem ser responsáveis por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial. Um outro estudo realizado por Gois et al. (2016) em hipertensos de uma das ESFs no município de Aracaju, estado de Sergipe, apontou que os pesquisados que se encontravam na faixa etária de 33 a 59 anos, 81,2% estavam com IMC acima do desejável e entre os idosos esse percentual foi de 64,9%, dados semelhantes ao da pesquisa.

Com isso, observa-se que o IMC acima do normal, os maus hábitos alimentares e o sedentarismo nos participantes da presente pesquisa, pode contribuir para o surgimento precoce de problemas metabólicos e cardiovasculares, uma vez que o estilo de vida contribui de forma direta nesses agravos. Por isso, a manutenção de uma alimentação saudável e equilibrada contribui de forma direta para os índices de massa corporal adequados, e com isso diminuindo a possível apresentação de fatores de risco para a hipertensão.

Sendo assim, o IMC elevado nos participantes do estudo, estão associados à falta de atividades físicas e aos maus hábitos alimentares, pois de acordo com relatos, não há uma preocupação em praticar exercícios ou seguir uma dieta balanceada, reduzindo o teor de sódio e aumentando as frutas e verduras, pelo contrário, há uma resistência em mudar os hábitos de vida, o que revelam prejuízos na qualidade de vida desses indivíduos, culminando no aumento da prevalência de doenças cardiovasculares. Diante desse cenário, se tratando de altos índices de IMC inadequados indicando obesidade, podemos perceber uma falha no controle nutricional exercido, pois mesmo que os hipertensos façam o

tratamento medicamento, se não há um acompanhamento com o profissional nutricionista, a tendência é que os hábitos alimentares permaneçam inadequados.

Se tratando de consumo de cigarros 43,1% relatou não ser tabagista, enquanto que 13,7% são tabagistas e 43,1% já consumiram cigarros anteriormente. Contrapondo essa pesquisa, um estudo realizado por Texeira et al (2006), apontou que 46% dos indivíduos eram tabagistas, ou fumaram em algum momento da vida. Assim podemos notar que a taxa de 43,1% apresentadas nessa pesquisa realacionada ao uso do cigarro anteriormente é algo que expressa cuidado. O uso do tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos, aumentando a frequência cardíaca e consequentemente a pressão arterial, por isso os fumantes têm mais chances de apresentarem agravos relacionados a doenças cardiovasculares (TEXEIRA et al. 2006).

Para o etilismo observou-se que 52,9% já consumiram bebidas alcoólicas anteriormente, 33,3% não consome e 13,7% consomem. Piaty et al. (2009), relata em sua pesquisa que o consumo de bebidas alcoólicas é um fator contribuinte para a elevação da pressão arterial, além de estar associado ao surgimento de gordura localizada na região abdominal. Souza et al. (2007) observaram que as pessoas que apresentavam hábito de consumo de bebidas alcoólicas, diário ou semanal, tendiam a apresentar maiores níveis pressóricos que indivíduos sem o hábito. Sendo assim, torna-se evidente que o uso de cigarros e bebidas alcoólicas podem ser um fator de risco para a prevalência de complicações associadas à HAS.

Em relação à prática de exercícios físicos, 56,9% relataram não realizar nenhuma atividade física, 33,3% praticam exercício físicos e 9,8% já realizaram anteriormente alguma atividade física, dados que corroboram com um estudo de Oliveira et al (2009), que apontou 70,4% dos entrevistados não praticavam atividades físicas. Segundo Negrão et al. (2001) a prática regular de atividade física acarreta modificações hemodinâmicas que promovem redução da pressão arterial, como redução no débito cardíaco e diminuição na resistência vascular sistêmica. Medina et al. (2010) diz que a prática regular de atividades físicas de lazer, principalmente vigorosas, reduz em aproximadamente 30% o risco de desenvolvimento da HAS, sendo recomendada para prevenção e o tratamento. Dessa forma, para a prevenção da HAS recomenda-se que todo indivíduo adulto pratique pelo menos 30 minutos de atividade física moderada em pelo menos 5 dias da semana.

Sabe-se que o exercício físico possui um papel importante como elemento não medicamentoso para o controle da doença ou como colaborador ao tratamento farmacológico, tanto a Sociedade Brasileira de Cardiologia quanto o ministério da saúde

consideram o sedentarismo como fator de risco para o desenvolvimento da HAS, como já observado anteriormente a maioria dos entrevistados possuem IMC sobrepeso e não se alimentam de forma saudável, esses fatores somados a falta de exercícios físicos colaboram para um aumento dos riscos para desenvolvimento de HAS ou outras patologias cardiovasculares.

Considerando a Diabetes como sendo fator de risco cardiovascular, 78,4% dos entrevistados não relataram diabetes, enquanto que 21,6% possui diabetes. Um estudo realizado com hipertensos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, situada na região Leste do município de Londrina, Norte do Paraná, apontou 22,9% dos entrevistados referiram ter Diabetes, semelhantes aos dados da presente pesquisa relacionados aos hipertensos que também possuem diabetes.

A Diabetes, aumenta o risco de doenças do aparelho circulatório (MARCOPITO et al., 2005). Por isso, indivíduos com estas condições merecem atenção especial dos profissionais e serviços de saúde, uma vez que a diabetes e a hipertensão frequentemente estão associadas. Sendo assim, podemos perceber que a grande parte dos que referiram diabetes, desenvolveram hipertensão no decorrer dos anos, isso devido aos mecanismos envolvidos no processo da doença, que por sua vez prejudica os vasos e colabora para pressão alta se instaurar.

Relacionado às doenças cardiovasculares, 86,3% desconhecem qualquer tipo de acometimento dessas doenças e 13,7% já foram acometidos anteriormente por essas doenças. Um estudo epidemiológico realizado por Macedo et al. (2017) no município de Caxias-MA, mostrou que houve uma prevalência de outras comorbidades em seus pesquisados, como Infarto agudo do miocárdio (IAM) (2,4%), Acidente vascular cerebral (AVC) (9,4%) e Doença renal (DR) (4,2%).

As Doenças Cardiovasculares são, atualmente, consideradas a maior causa de óbitos no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de mortes no ano de 2008, dos quais 3 milhões advieram antes de se chegar a faixa etária de 60 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas chegarão a óbito acometidas por doenças cardiovasculares (Who, 2011). Na presente pesquisa, desses 13,7% dos hipertensos que já foram acometidos por doenças cardiovasculares, houve relatos de arteriosclerose, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. A presença de outras comorbidades é uma importante observação, tendo em vista que, quando há ocorrência simultânea de dois ou mais problemas de saúde

em um mesmo indivíduo, há maior risco de agravo e a probabilidade de evoluir para o óbito.

Na tabela 3 podemos observar as variáveis clínicas dos hipertensos entrevistados, relacionados ao tratamento medicamentoso, medicamentos utilizados, circunferência abdominal e os riscos de complicações metabólicas.

**Tabela 3-** Variáveis clínicas dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%
Tratamento Preconizado	Sim	44	<b>86,3</b>
	Não	7	13,7
Medicamentos utilizados	Hidroclorotiazida	3	5,9
	Captopril	7	13,7
	Losartana	14	<b>27,5</b>
	Hidroclorotiazida e Losartana	12	<b>23,5</b>
	Hidroclorotiazida e Captopril	1	2
	Captopril e Losartana	1	2
	Ignorado	6	11,8
	Hidroclotiazida e outros	1	2
	Outros	6	11,8
Outro tipo de tratamento	Sim	16	31,4
	Não	34	<b>66,7</b>
	Ignorado	1	2
Cintura Abdominal	Adequado	4	7,8
	Aumentado	26	<b>51</b>
	Aumentado substancialmente	21	41,2
Risco de complicações Metabólicas	Baixo	3	5,9
	Moderado	14	27,5
	Alto	12	23,5
	Muito alto	22	<b>43,1</b>
Total		51	100

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

O estudo mostrou que 86,3% dos entrevistados fazem o tratamento medicamentoso e 13,7% não seguem nenhum tipo de tratamento medicamentoso, corroborando com a pesquisa de Cordeiro e Presoto (2012) que apontou 61,7% faziam o tratamento medicamentoso, enquanto 38,3% aderiram ao tratamento alimentar. Outra pesquisa realizada por Gewehr et al. (2018), em um município da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, onde buscava verificar a adesão ao tratamento farmacológico, obtiveram que dos 145 hipertensos que compuseram a amostra 66,2% tinham uma boa adesão ao tratamento, apresentando melhores níveis pressóricos, quando comparados aos que tinham baixa adesão.

A adesão ao tratamento medicamentoso preconizado, é um fator importante, que se reflete nos níveis pressóricos apresentados pelos hipertensos. A tabela 4 irá nos permiti

melhor visualização da pressão sistólica e diastólica apresentada pelos pesquisados, o que nos mostra, o quanto a adesão ao tratamento medicamentoso contribui de forma positiva com os níveis pressóricos dentro dos padrões de normalidades. Porém, nem todos que relataram fazer uso da medicação anti-hipertensiva, tiveram sua pressão controlada, isso porque, é notório no estudo outros fatores de risco que contribuíram com a elevação da pressão arterial.

Os medicamentos mais utilizados pelos participantes da pesquisa foram losartana (27,5%), hidroclorotiazida e losartana (23,5%), seguidos de captopril (13,7%). Assim como o estudo de Chagas et al. (2016) que nos mostra 56,8% dos entrevistados disseram fazer uso de losartana. Com isso, nota-se que o frequente uso da Losartana em comparação de outras medicações pode estar relacionado com seu baixo custo e com o fato dessa medicação ser distribuída gratuitamente nas unidades de saúde. Fatores esses que favorecem a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso.

No que tange à outras formas de tratamento, 31,4% seguem outro tipo de tratamento além do medicamentoso, incluindo mudanças nos hábitos alimentares, enquanto que 66,7% seguem o tratamento medicamentoso preconizado. O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida, como mudanças na alimentação, que favorecem a redução da pressão arterial (OLIVEIRA, 2011). Sabe-se que o tratamento medicamentoso é fundamental para o controle dos níveis pressóricos, porém, as modificações nos hábitos alimentares podem contribuir de forma positiva no controle da pressão arterial, diminuindo os riscos para eventos cardiovasculares.

Os hábitos alimentares saudáveis auxiliam na prevenção de doenças, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, levando a uma melhor qualidade de vida (PIATI et al. 2009). Diante disso, percebe-se que há pouca adesão ao tratamento não medicamentoso, o que nos alerta para a situação em que esse público está inserido, possibilitando aos profissionais de saúde traçar uma melhor estratégia de prevenção e cuidado para essa população, afim de reduzir os riscos de complicações metabólicas e cardiovasculares que eles possam vir a desenvolver, caso não ocorra uma mudança positiva nos seus hábitos alimentares.

Quando verificado a circunferência abdominal (CA), 51% apresentou CA Aumentado, 41,2% CA Aumentado substancialmente e 7,8% apresentou CA Adequado, corroborando com uma pesquisa de Chagas e Almeida (2016) onde 83,7% dos hipertensos apresentaram risco aumentado ou substancialmente aumentado de ter doenças

cardiovasculares. Oliveira et al. (2009) diz em sua pesquisa que o excesso de tecido adiposo, tanto o ganho de peso, quanto o acúmulo de gordura abdominal é considerado um dos fatores de desencadeamento da hipertensão arterial, e conseqüentemente de doenças cardiovasculares.

A razão entre as medidas da circunferência da cintura e quadril (RCQ) maior que 0,95 para homens e maior que 0,85 para mulheres, que caracterizam a distribuição central de gordura, tem sido utilizada para identificar indivíduos com maior risco cardiovascular (CARNEIRO et al. 2003). Mediante a verificação da cintura abdominal foi possível classifica-los quanto ao risco de complicações metabólicas associadas com a obesidade em homens e mulheres, com isso 5,9% foram classificados como Baixo risco, 27,5% moderado, 23,5% alto e 43,1% muito alto. Esse achado é preocupante pela possibilidade do surgimento de sérias complicações associadas à hipertensão e obesidade. Sendo assim, o excesso de peso e a obesidade constituem importante problema de saúde pública na sociedade, devido ao crescimento em todas as faixas etárias e por sua associação a várias doenças crônicas, especialmente a hipertensão arterial, aumentando os riscos de complicações metabólicas e cardiovasculares.

**Tabela 4** -Pressão Arterial Sistólica e Diastólica dos hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%
Sístole	< 120	14	<b>27,5</b>
	120 a 129	8	15,7
	130 a 139	11	21,6
	140 a 159	14	<b>27,5</b>
	> 160	4	7,8
Diástole	< 80	19	<b>37,3</b>
	80 a 84	13	25,5
	85 a 89	12	23,5
	90 a 99	6	11,8
	> 100	1	2
Total		51	100

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

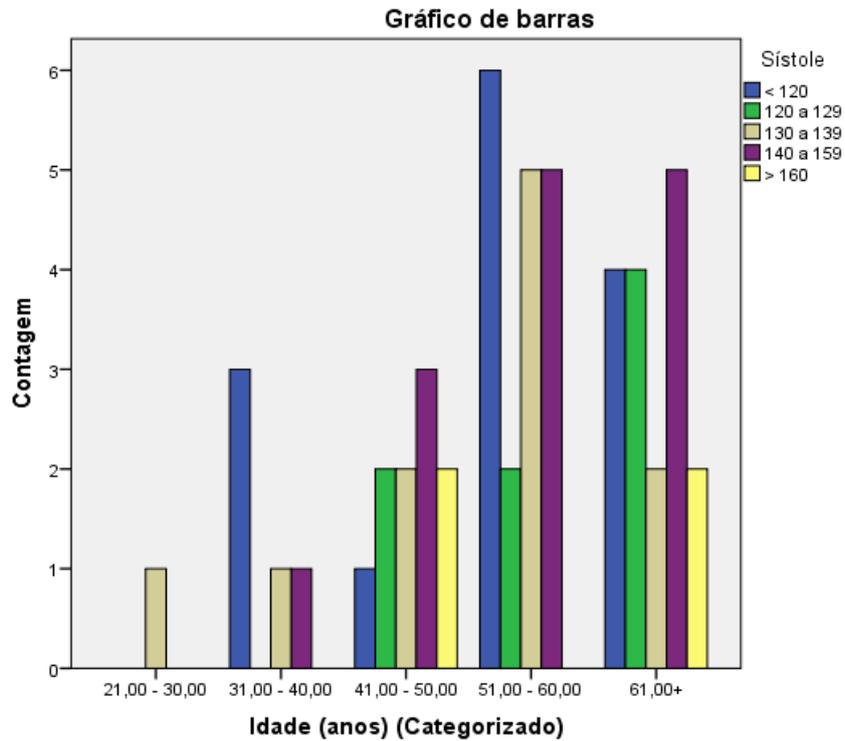
Durante a aferição da Pressão Arterial foram obtidos os seguintes valores. Na pressão arterial Sistólica (PAS) 27,5% com parâmetros <120 mm/Hg, 21,6% com 130 a 139 e 27,5% dos entrevistados estavam com parâmetros entre 140 a 159mm/Hg, enquanto que na Diastólica (PAD) 37,3% ficaram com <80 mm/Hg; 25,5% entre 80 e 84 e 23,5% com 85 a 89mm/Hg. Uma pesquisa realizada por Gois et al (2016) mostra que os

hipertensos estavam com a média da PAS acima do normal 145,96 mm/Hg, enquanto que a PAD estava 84 mm/Hg, correlacionando ao presente estudo, pois 27,5% dos entrevistados estavam com os parâmetros semelhantes, se tratando da PAS (140 a 159mm/Hg).

Chagas e Almeida et al. (2016) também apontaram dados semelhantes, 32,7% dos hipertensos estavam com a PAS 140 a 159mm/Hg, enquanto a PAD mostrou-se entre 90 e 99 mm/Hg, esse mesmo valor da PAD, na presente pesquisa apresentou em 11,8% dos hipertensos. Com relação a PAD, podemos observar na presente pesquisa que 37,3% dos hipertensos estavam dentro dos padrões de normalidades, corroborando com um estudo realizado por Gomes e Bezerra (2018), no qual obtiveram que 45,2% dos pesquisados estavam com a PAD classificadas como na faixa normal (81,33mm/Hg). Santos et al. (2009) diz que os parâmetros de PAS 140 mm/Hg ou mais, e PAD 90 mm/Hg ou mais, já podem ser classificados como pressão arterial alta, devido uma elevação anormal da pressão nas artérias, aumentando para possíveis risco de complicações metabólicas e cardiovasculares. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2016) indivíduos que possuem níveis pressóricos entre 130 e 139 ou 85 e 89 mm/Hg tem maior risco de incidência de doença cardiovascular (DCV), doença isquêmica do coração (DIC) e acidente vascular encefálico (AVE), do que naqueles com níveis entre 120 a 129 ou 80 a 84 mm/Hg.

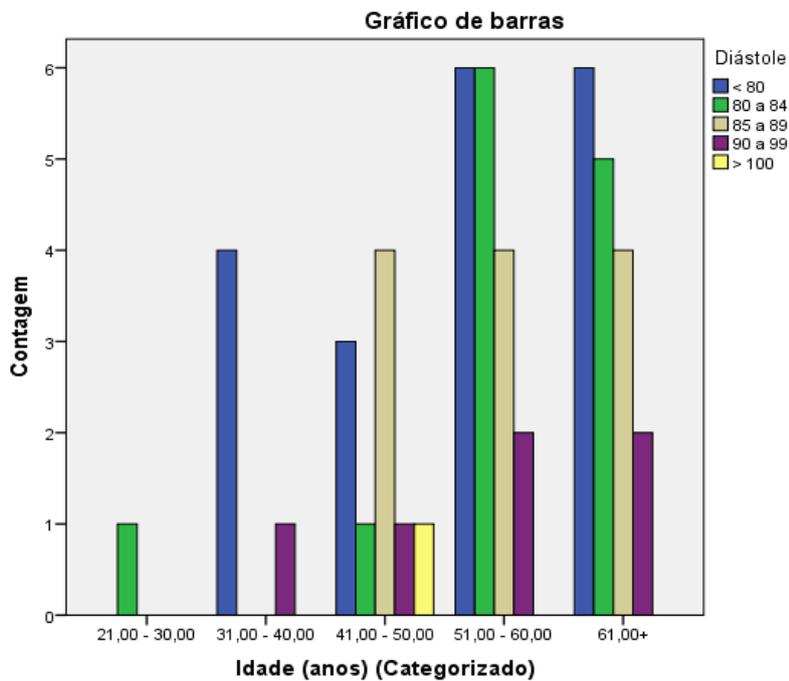
Com isso, os valores pressóricos estão diretamente relacionados à adesão ao tratamento, que por sua vez, tem como objetivo controlar os níveis pressóricos dos hipertensos. Também podemos associar ao fato de poucos (21,6%) relatarem possuir diabetes, pois, sabe-se que quando há uma associação entre hipertensão e diabetes, juntas culminam em danos nas paredes dos vasos, contribuindo para que ocorra a pressão alta. Contudo, nota-se que houve uma mesma percentagem de hipertensos que se encontravam com valores pressóricos elevados. Isso se dá, por vários fatores de risco encontrados no presente estudo, estando, assim, diretamente relacionados aos níveis pressóricos fora dos padrões de normalidades.

**Figura 1-**Correlação da idade versus valores da pressão arterial sistólica em hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Figura 2-**Correlação da idade versus valores da pressão arterial diastólica em hipertensos atendidos na UBS do bairro Infraero. Oiapoque, Amapá, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As Figuras 1 e 2 apresenta índices pressóricos inferiores que 120 mm/Hg e 80 mm/Hg, estão enquadrados dentro da faixa de idade de 51 a 60 anos, porém, nessa mesma faixa etária se mostraram presentes os níveis pressóricos de 130 a 139 mm/Hg e 140 a 159 mm/Hg. Com isso, percebe-se que essa variação pode estar relacionada aos fatores de riscos encontrados no presente estudo. Observa-se também que a faixa etária acima de 60 anos os valores de PAS estavam entre 140 e 159 mm/Hg, e no diastólico essa mesma idade apresentou faixa de 80 a 89. Um estudo realizado por Tacon et al (2012), observou-se que pacientes acima de 60 anos apresentavam a PA acima de 151 x 93 mm/Hg, semelhantes aos dados da presente pesquisa. Sabe-se que a idade superior a 40 anos é considerada um fator de risco para HAS, a maioria dos estudos demonstram maior prevalência para pessoas com idade superior a 40 anos, sendo assim, esse estudo não se difere de outros, pois, de acordo com os achados no presente estudo, houve uma predominância entre indivíduos na faixa de 51 a 60, assim como uma pesquisa realizada com 103 hipertensos cadastrados em uma equipe da ESF, da cidade de São Sebastião-DF no ano de 2013, onde obtiveram 31% estavam na faixa de 51 a 60 anos, sendo este, um fator de risco para a HAS (AURÉLIO et al., 2014).

De acordo com as figuras, a maioria apresentou índices pressóricos normais, isto pode estar relacionado ao fato de adesão ao tratamento medicamentoso, pois mais de 86,3% dos hipertensos fazem o tratamento medicamentoso preconizado, o que reflete nos parâmetros de normalidade. Contudo, nem todos que relataram seguir com o tratamento anti-hipertensivo, apresentaram valores pressóricos desejáveis, uma vez que suas condições estão associadas a outros fatores de risco. Um estudo realizado por Gewehr et al. (2018), mostrou que ao analisarem os valores pressóricos de 145 hipertensos, observaram que 57,9% dos hipertensos estavam com a PA controlada devido a boa adesão ao tratamento. 66,2% dos hipertensos entrevistados relataram adedirem ao tratamento medicamentoso. Com isso, nota-se que a adesão ao tratamento esteve associada ao controle pressórico dos pacientes, assim como foi observado na presente pesquisa.

Diante disso, podemos perceber que o aumento da PAS (27,5%) no público alvo pode estar relacionado ao baixo nível de atividade física, assim como uma pesquisa realizada por Ferreira et al. (2011), que obtiveram 44,9% dos pesquisados estavam com PAS elevada, podendo está associada a falta de exercício, e conseqüentemente a obesidade e o sedentarismo. A associação entre HAS e obesidade tem sido comprovada na presente pesquisa, assim como em outros estudos realizados em diferentes regiões do país (COSTA et al., 2007). Além disso, 66,6% relataram ingestão de álcool em algum momento da vida,

e 56,8% já tiveram contato com o tabaco. Portanto, evidencia-se neste estudo, conforme já descrito pela literatura, a presença de diversos fatores de risco para o aparecimento da doença.

## 5 CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos da análise do perfil epidemiológico dos hipertensos atendidos pela UBS do bairro Infraero do município de Oiapoque-AP, conclui-se que, ainda se faz necessário enfatizar o tratamento não medicamentoso como fundamental para um controle adequado e efetivo da doença, pois se observou uma baixa adesão à terapia nutricional e a prática de atividade física entre os participantes deste estudo. Fatores estes, que podem estar influenciando na presença de sobrepeso/obesidade e de risco aumentado ou substancialmente aumentado para doenças metabólicas e cardiovasculares.

Dessa forma, ressalta-se a importância de uma equipe multiprofissional no cotidiano da assistência a esses indivíduos, uma vez que cada profissional tem o seu papel e abordará diferentes necessidades no tratamento do paciente. Assim, os dados sugerem a necessidade de implementar ações de promoção à saúde, direcionadas para a educação e prática na prevenção dos fatores de risco, proporcionando uma melhor qualidade de vida à população. Tendo em vista que, as condições sociodemográficas e clínicas desses indivíduos devem ser avaliadas periodicamente, para que sejam usadas como indicadores para o planejamento, avaliação e controle das ações de saúde direcionadas a eles, a fim de que as estratégias de cuidado sejam pensadas considerando as reais condições sociais, atendendo para cada necessidade específica de saúde.

Por fim, a partir dos resultados obtidos, embora se trate de um município de pequeno porte, observa-se que o índice de pessoas com HAS é elevado. Além disso, os fatores de risco associados à hipertensão identificados nessa pesquisa, mostram que essas questões constituem desafios para o setor de saúde do município, dessa forma, o estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico desses indivíduos, a fim de ressaltar a importância de se traçar novas estratégias para educação em saúde para cada contexto, visando a promoção e prevenção de agravos advindos da HAS não controlada.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. S.; RAUBER, A. L. Oiapoque, aqui começa o Brasil: a fronteira em construção e os desafios do Desenvolvimento Regional. **REDES: Revista do Desenvolvimento Regional**, Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, v. 22, n. 1, p. 474-493, 2017.

ANDRADE, A. O et al. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v, 27, n. 3, p. 303-311, 2014.

ASSIS, L. C.; SOMOES, M. O. S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Brasil, v.14, n.2, p. 65-70. 2012.

AURÉLIO, M.; FONSECA, V.; MENDONÇA, D. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica acompanhados por um programa saúde da família de São Sebastião-DF, Brasil. **Revista de Atenção Primária a saúde**. v.17, n.3, p.373-381, 2014.

BARRETO, M. S et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 795-804, 2018.

BONITA, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. 2. Ed. São Paulo: Santos, 2010. p.44, ISBN 978-85-7288-839-4, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução COFEN-159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. **Código de ética e legislações**. Plenário do COREN-RJ. Gestão 2005/2008. Rio de Janeiro. p. 32. 136. 1993.

CARLOS, P. R et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 4, p. 176-81, out/dez. 2008.

CARNEIRO, G et al. Influence of body fat distribution on the prevalence of arterial hypertension and other cardiovascular risk factors in obese patients. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, p. 306-11, 2003.

CARVALHO, C. G. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **e-Scientia**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 39-46, 2012. Disponível em: [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/)

CASTRO, M. E et al. Necessidades humanas básicas afetadas pela hipertensão arterial e estilo de vida. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 21-27, ago, 2003.

CHAGAS, J. A. S.; ALMEIDA, A. N. F. Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 6, n. 2, p.105-116, maio/ago, 2016.

CHELOTTI, F. Hipertensão arterial autorreferida: prevalência e fatores associados em Rio Branco, Acre (**dissertação**). Rio Branco: Universidade Federal do Acre; 2009.

CORDEIRO, M. Á.; PRESOTO, L. H. Caracterização do perfil de pacientes hipertensos atendidos pela enfermagem no ambulatório de um hospital público. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 26-30, 2012.

CORREA N. V. G.; SPERANDEI, S.; SILVA, L. A. I.; MARANHÃO, N. G. A.; PALMA, A. Hipertensão arterial em adolescentes do Rio de Janeiro: prevalência e associação com atividade física e obesidade. **Ciênc saúde coletiva**.v.19, n. 6, p.1699-1708, 2014.

COSTA, J. S. D et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

CUSTÓDIO, I. L et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 18-24, jan-fev, 2011.

FREITAS, L. C et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 13-19, jan-mar, 2012.

FERREIRA, L. N et al. Perfil sociodemográfico e variáveis clínicas dos hipertensos atendidos na clínica escola de fisioterapia da UESB. **Saúde. com**, v. 7, n. 1, 2011.

FONTELLES, M.J ; SIMÕES,M. G ;FARIAS,S.H ;FONTELLES,R.G.S. Metodologia da pesquisa científica; diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev.para.med**, v.23, n.3, jul/set, 2009.

FRANCELINO, J. B.; LUCIANA, M. Z.; JULIANA, N. T. Prevalência de Hipertensão Arterial em População Adulta de uma Região do Centro-Oeste Brasileiro. In: **Cuba Salud 2018**. 2017.

GEWEHR, D. M et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 179-190, jan/mar, 2018.

GOIS, C. F. L et al. Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de saúde da família. **REME rev. min. enferm**, v. 20, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160030.

HEUBEL, A. D.; et al. Perfil sócio-demográfico, clínico e hábitos de vida da população de Palmeirina (Pernambuco, Brasil) atendida durante o Projeto Rondon – Operação Guararapes. **Salusvita**, v. 34, n. 3, p. 541-554, 2015.

HOCHMAN, B.; et al. Desenhos de pesquisa. **Acta cirúrgica brasileira**, v. 20, n. 2, 2005. Disponível em URL: <http://www.scielo.br//acb>.

INTROCASO, L. História da medida da pressão arterial: 100 anos do esfigmomanômetro. **Arq Bras Cardiol**, v. 67, n. 5, p. 305-11, 1996.

JARDIM, P. C. B. V.; et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, Goiânia-GO, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

LOBO, L. A. C.; et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 33, n. 6, e00035316, 2017.

MACEDO, J. L.; et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial em um município maranhense. **Reon Facema**, Caxias-MA, v.3, n.4, p.693-698, 2017.

MACHADO DA SILVA, F.; et al. Hipertensão: condição de não doença-o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, jan-mar, 2013.

MACHADO, M.C; PIRES, C.G.S; LOBAO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva** (online), v.17, n. 5, p. 1357-1363, 2012.

MARCOPITO, L. F.; RODRIGUES, S. S. F.; PACHECO, M. A.; SHIRASSU, M. M.; GOLDFEDER, A. J.; MORAES, M. A. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 738-745, 2005.

MENDES, R.; BARATA, J. L. T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Med Port**, v. 21, n. 2, p. 193-98, 2008.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 1, p. 62-72, 2013.

NASCIMENTO, M. A.; et al. Assistência de enfermagem no programa hiperdia: relato de experiência em estágio supervisionado. **CuidArte, Enferm**, v. 11, n. 2, p. 231-238, 2017.

NEGRÃO, C. E.; RONDON, M. U. P. B. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, p.89-95, 2001.

NOBRE, F. Aspectos Histórico: Medidas da pressão arterial do século XIX ao XXI. **Rev. Bras. Hipertens**. v.9, n.1, p.11-12, jan/mar, 2002.

- NOBRE, F.; COELHO, E. B. Três décadas de MAPA-monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas: mudanças de paradigmas no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 428-434, 2003.
- OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 383-387, 2009.
- OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**. São Paulo – SP, v. 20, n. 11, 2011.
- PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 327-340, abr/jun, 2013.
- PIATI, J. et al.; Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo hiperdia em unidade básica de saúde de cidade paranaense. **Rev Bras Hipertens**. v.16, n.2, p.123-129, 2009.
- PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION, J. D. O. Desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole; cap.16, p.275-289. 2004.
- RADOVANOVIC, C. A. T.; et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Maringá-PR, v. 22, n. 4, p. 547-553, jul/ago, 2014.
- ROCHA-BRISCHILIARI, S.C.; AGNOLO, C. M. D.; GRAVEA, Â. A. F.; LOPES, T. C. R.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Rev Bras Cardiol**. v. 27, n. 1, p. 531-538, 2014.
- SANTOS JESUS, E.; et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023823009>
- SANTOS, T. S.; et al. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. **Odontol.clín.-científ**, Recife, v. 8, n. 2, p. 105-109, 2009.
- SCHMIDT, M. I et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Porto Alegre-RS, p. 61-74, 2011.
- SILVA, E. C et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Cuiabá-MT, v. 19, p. 38-51, jan/mar, 2016.
- SILVA, L. B. E.; SILVA, S. S. B. E.; MARCILIO, A. G.; PIERIN, A. M. G. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.98, n.4, p.329-337, 2012.

SILVA, J. L. L.; DE SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia-GO, v. 6, n. 3, 2004.

SILVA, S.S.B.E; OLIVEIRA, S.F.S.B; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 1, p. 50-8, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, supl. 3, p.1-103, set, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Brasil pode ter 80% a mais de hipertensos até 2025, diz pesquisa**. São Paulo, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010.

SOUZA, A. R. A.; et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande/MS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

TACON, K. C. B.; et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. **Revista Bras. Clin Med**, São Paulo, v. 10, n. 3, maio-junho, 2012.

TEXEIRA, E. R.; et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial sistêmica e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R. Enferm.** v.10, n.3, p. 378-384 dez. Niterói-RJ, 2006.

TORTORELLA, C. C. S.; et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 469-480, 2017.

VALLE, W. A. C et al. Consulta de enfermagem-uma estratégia de reestruturação do programa hiperdia. **Revista de enfermagem UFPE (online)**, Recife, v. 9, n. 6, p. 8155-8164, maio, 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a World Health Organization Consultation**. Geneva, n.284, p. 256, 2000.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: **World Health Organization**; 2011.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO NO MUNICÍPIO DE

**Pesquisador:** Benedito de Souza Guimarães Junior

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16333219.7.0000.0003

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.799.751

**Apresentação do Projeto:**

Conforme o parecer anterior

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme o parecer anterior

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme o parecer anterior

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e exequível

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

Termos apresentados de acordo com a resolução 466/2012 e 510/2016

**Recomendações:**

Sem recomendações

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

Pendências sanadas pelo pesquisador responsável

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km.02  
 Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-260  
 UF: AP Município: MACAPÁ  
 Telefone: (95)4009-2805 Fax: (95)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP**



Continuação do Parecer: 3.769.751

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1318860.pdf	02/12/2019 05:07:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_GEP_3732392.pdf	02/12/2019 05:06:29	Benedito de Souza Guimarães Junior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.docx	02/12/2019 05:05:22	Benedito de Souza Guimarães Junior	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Flaviadetalhado.docx	02/12/2019 05:04:55	Benedito de Souza Guimarães Junior	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termos.pdf	04/10/2019 15:52:05	Benedito de Souza Guimarães Junior	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAFLAVIA.pdf	11/06/2019 10:38:30	Benedito de Souza Guimarães Junior	Aceito

Situação do Parecer:  
Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:  
Não

MACAPA, 14 de Janeiro de 2020

Assinado por:  
**RAPHAELLE SOUSA BORGES**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek de Oliveira - Km 02  
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-260  
UF: AP Município: MACAPA  
Telefone: (96)4009-2605 Fax: (96)4009-2604 E-mail: cep@unifap.br

**APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO**  
**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**



Governo do Amapá  
 Prefeitura Municipal de Oiapoque  
 Secretária Municipal de Saúde de Oiapoque

**TERMO DE COMPROMISSO**  
**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

Oiapoque, 30 de Setembro de 2019.

Coordenação de Atenção Básica do Município de Oiapoque

Eu, Micla Ferreira do Rêgo, Coordenador (a) da Atenção Básica do Município de Oiapoque-AP. Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, **AUTORIZO** a coleta de dados secundários para a pesquisa **"O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO"** a partir da entrevista com os hipertensos atendidos pela equipe da estratégia de saúde da família (ESF) da UBS do bairro Infraero.

Atenciosamente,

Micla Ferreira do Rêgo  
 CPF: 883.490.982-87  
 Coordenação de Atenção Básica

*Micla Ferreira do Rêgo*  
 Coordenadora de Atenção Básica  
 Endereço: R. 100, 1013-1014, 1015

**Coordenador do projeto**

Professor Me. Benedito de Souza Guimarães Junior. Graduado em Enfermagem, especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, mestre em Ciências Farmacêuticas, docente efetivo da Universidade Federal do Amapá.

Contato: 99904-1981

WhatsApp: (96) 999041981

E-mail: [benedito.junior@unifap.br](mailto:benedito.junior@unifap.br) / [beneditosguimaraes@gmail.com](mailto:beneditosguimaraes@gmail.com)

**Pesquisadora:**

Acadêmica: Flávia Pâmela Miguins Evangelista Leão, acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

Contato: (96) 988067645 / 981236953

E-mail: [flaviapamella@gmail.com](mailto:flaviapamella@gmail.com)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
CAMPUS BINACIONAL DE OIAPOQUE  
DIREÇÃO GERAL



## TERMO DE COMPROMISSO

Direção

Oiaoque, 06 de Setembro de 2019.

Eu, Francisco Otávio Landim Neto Diretor do campus Oiaoque, Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, AUTORIZO a coleta de dados secundários para a pesquisa "O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO INFRAERO".

Atenciosamente,

Francisco Otávio Landim Neto  
CPF: 016.100.993-03  
Direção

Diretor(a) do Campus Binacional - UNIFAP  
Portaria: 1325/2019 - UNIFAP

### Coordenador do projeto

Professor Me. Benedito de Souza Guimarães Junior, Graduado em Enfermagem, especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, mestre em Ciências Farmacêuticas, docente efetivo da Universidade Federal do Amapá.

Contato: 99904-1981

WhatsApp: (96) 999041981

E-mail: [benedito.junior@unifap.br](mailto:benedito.junior@unifap.br) / [bened@osguimaraes@gmail.com](mailto:bened@osguimaraes@gmail.com)

### Pesquisadora:

Acadêmica: Flávia Pâmela Miguins Evangelista Leão, acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

Contato: (96) 988067645 / 981236953

E-mail: [flaviagomella@gmail.com](mailto:flaviagomella@gmail.com)

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA OBTENÇÃO DE DADOS SOCIODEMAGRÁFICOS

<p><b>1. IDENTIFICAÇÃO:</b></p> <p><b>2. IDADE:</b> _____ [IDADE]</p> <p><b>3. SEXO:</b> (1)Masc.; (2)Femi. [SEXO]</p> <p><b>4. PESO:</b> _____ KG [PESO]</p> <p><b>5. ALTURA:</b> _____ CM [ALT]</p> <p><b>6. IMC:</b> (1)Adequado; (2)Baixo Peso; (3)Sobrepeso; (4)Obesidade 1; (5)Obesidade 2; (6) Obesidade 3; (7)Não Realizado; (9) Ignorado [IMC]</p>
<p><b>7. ESTADO CIVIL:</b></p> <p>[ESTCIVIL]</p> <p style="text-align: center;">CASADO (1), SOLTEIRO (2), VIUVO: (3), SEPARADO: (4), UNIÃO ESTÁVEL (5), OUTROS (6)</p>
<p><b>8. ESCOLARIDADE:</b></p> <p>[ESCOL]</p> <p style="text-align: center;">ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (1), ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (2), ENSINO MÉDIO COMPLETO (3), ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (4), SUPERIOR COMPLETO (5), SUPERIOR INCOMPLETO (6), ALFABETIZADO (7).</p>
<p><b>9. RENDA SALARIAL:</b></p> <p>[RESALARI]</p> <p style="text-align: center;">(1) &lt; 1 SALÁRIO MÍNIMO,  (2) 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS,  (3) 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS,  (4) ACIMA DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS</p>
<p><b>10. CONSUMO DE CIGARROS:</b></p> <p>[CONCIGAR]</p> <p style="text-align: center;">(1) SIM, QUANTO TEMPO [TCIGAR]: (1) 1 a 3; (2) 4 a 6; (3) &gt;6 anos; (4)NSA.  (2) NÃO,  (3) FUMOU ANTERIORMENTE.</p>
<p><b>11. ALIMENTAÇÃO:</b></p> <p>[ALIMENTA]</p> <p style="text-align: center;">(1) SAUDÁVEL,  (2) NÃO SAUDÁVEL.  (9) IGNORADO</p>
<p><b>12. ETILISMO:</b></p> <p>[ETILISM]</p> <p style="text-align: center;">(1) SIM, QUANTO TEMPO [TETILISM]: (1) 1 a 3; (2) 4 a 6; (3) &gt;6 anos; (4)NSA.</p>

- (2) NÃO,  
 (3) BEBEU ANTERIORMENTE.

### 13. EXERCÍCIOS FÍSICOS

#### [EXERFIS]

- (1) SIM, QUAL: (4) Caminhada; (5) Futebol; ( )\_\_\_\_  
 FREQUENCIA [QUEXERCI]: (1) Diariamente; (2) 1 a 3x sem.; (3) 4 a 6x sem. (9)Igd  
 (2) NÃO,  
 (3) FAZIA ANTERIORMENTE QUAL: \_\_\_\_\_FREQUENCIA:\_\_\_\_\_

### 14. DIABÉTES:

#### [DIABETES]

- (1) SIM,  
 (2) NÃO  
 (9)Igd

### 15. DOENÇA CARDIOVASCULAR ANTERIOR:

#### [CARDIOAN]

- (1) SIM  
 (2) NÃO  
 (9)Igd

### 16. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRECONIZADO

#### [TRATHIP]

- (1) SIM  
 (2) NÃO

### 17. QUAIS MEDICAMENTO UTILIZA

#### [MEDIC]

- (1) HIDROLOROTIAZIDA (\_\_\_\_mg)  
 (2) PROPANOL (\_\_\_\_mg)  
 (3) CAPTOPRIL (\_\_\_\_mg)  
 (4) LOSARTANA (\_\_\_\_mg)  
 (5) OUTROS, QUAL? (\_\_\_\_\_)

### 18. FAZ OUTRO TIPO DE TRATAMENTO:

#### [TRATOUTR]

- (1) SIM QUAL: ( )?\_\_\_\_\_

(2) NÃO	
<p><b>19. CINTURA ABDOMINAL:</b>  <b>[CARBDOMI]</b></p> <p>(1)Adequado, (2)Aumentado, (3) Aumentado Substancialmente</p> <p>RISCO <b>[RISCMET]</b>: (1)Baixo, (2)Moderado, (3)Alto, (4)Muito alto, (5)Não se aplica, (9)Igd</p>	
<p><b>20. PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA:[SIST]</b></p> <p>(1) &lt;120</p> <p>(2) 120 A 129</p> <p>(3) 130 A 139</p> <p>(4) 140 A 159</p> <p>(5) ≥ 160</p>	<p><b>20. PRESSÃO ARTERIAL DIÁSTÓLICA: [DIAST]</b></p> <p>(1) &lt; 80</p> <p>(2) 80 A 84</p> <p>(3) 85 A 89</p> <p>(4) 90 A 99</p> <p>(5) ≥ 100</p>
<p><b>20. DOENÇAS PRÉ EXISTENTES</b></p> <p>(1) _____,</p> <p>(2) _____,</p> <p>(3) _____,</p>	