



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO AGÊNCIA DE INOVAÇÃO,
EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO E
INTERNACIONALIZAÇÃO – AGEUFMA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ**

KELLY EMANUELLE DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SÃO LUÍS

2024

KELLY EMANUELLE DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DE HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família–PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Martins Pereira
Coorientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa

SÃO LUÍS

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Santos, Kelly Emanuelle de Sousa Araujo.

Estratégia para a melhoria da atenção à saúde de hipertensos atendidos na atenção primária à saúde / Kelly Emanuelle de Sousa Araujo Santos. - 2024.

140 f.

Coorientador(a) 1: Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Orientador(a): Erika Martins Pereira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2024.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Adesão Ao Tratamento. 3. Atenção Primária Em Saúde. I. Barbosa, Maria do Carmo Lacerda. II. Pereira, Erika Martins. III. Título.

KELLY EMANUELLE DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE DE HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão-UFMA/PROFSAÚDE, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Erika Martins Pereira
(Orientadora)

Prof^a Dra. Cristiane Fiquene Conti
(Membro Interno)

Prof^o. Dr. Marcio Moyses de Oliveira
(Membro Interno)

Prof^a. Dra. Maria Raimunda Santos Garcia
(Membro Interno)

Prof^o. Dr. Waltair Maria Martins Pereira
(Membro Externo)

Prof^a. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa
(Membro Interno)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proteger e sempre me abençoar. Tenho fé de que conquistas maiores ainda virão, sempre com a sua permissão. Toda honra e toda glória sejam dadas a ti Senhor.

Agradeço aos meus pais, que são minha base e por estarem sempre presentes em todos os momentos importantes da minha vida. São dignos de toda minha gratidão.

À minha família, que sem ela eu não teria forças para lutar pelos meus sonhos.

À Tia Eline, por ter me incentivado tanto para a realização do Mestrado.

À minha orientadora pela paciência, por toda sua dedicação, conselhos e instrução que me deu, o meu eterno agradecimento.

A toda Equipe de Saúde da Família da qual faço parte, por toda colaboração durante a realização desse estudo.

As Residentes Fátima, Odeany e Joyce pela contribuição em minha Pesquisa.

A todos os usuários e suas famílias que aceitaram participar voluntariamente, sem os quais não seria possível a realização da pesquisa.

A Universidade Federal do Maranhão que me acolheu novamente e por transformar meus sonhos em realidade.

Ao PROFSAÚDE e a todos os professores, meu sincero agradecimento, por compartilharem não apenas seus conhecimentos, mas também suas experiências de vida, transformando-me, não apenas em uma profissional qualificada, mas em uma pessoa melhor e mais completa.

Quem disse que é impossível...

A força de vontade nos impulsiona para tudo na vida. O que precisamos é ficar atentos e modificar os pensamentos e atitudes que nos limitam e nos impedem de agir para deixar a zona de conforto”.

Isi Golfetto

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grande desafio para a saúde pública brasileira e mundial, por sua alta prevalência, e principalmente pelo alto índice de incapacidades físicas e óbitos ocorridos em decorrência de complicações da mesma. Tem predominância significativa na Atenção Primária à Saúde e fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, obesidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e má adesão ao tratamento são frequentemente identificados durante os atendimentos. **Objetivo:** Desenvolver estratégias para aumentar a adesão, tanto ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, e a atenção à saúde de hipertensos atendidos na Atenção Primária no Município de Caxias-MA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal de abordagem quanti-qualitativa, realizada nos territórios de abrangência da Atenção Primária. As variáveis de interesse foram registradas por meio de um questionário semi-estruturado com perguntas diretas e entrevista dialogada. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por pacientes na faixa etária de 24 a 96 anos, predominando indivíduos na faixa etária de 50 a 79 anos (43%), mulheres (73%), estado civil casados (59%), de cor autodeclarada parda (64,3%), escolaridade com predominância do analfabetismo (39,3%) e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (67,7%), que apresentaram as seguintes dificuldades para a adesão do tratamento: a falta de informação sobre a doença, dificuldades em adotar mudanças no estilo de vida e uso incorreto das medicações. Além do desconhecimento do programa HIPERDIA. **Considerações finais:** A maioria dos usuários desconhece a gravidade da doença dificultando a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e a educação em saúde possibilita mudanças e gera autonomia aos envolvidos, além da inclusão essencial na transformação dos fatores que impactam diretamente na vida dos pacientes, especialmente nos grupos mais vulneráveis. A equipe multidisciplinar constitui-se como uma ferramenta importante para a promoção da saúde por proporcionar conhecimento aos pacientes hipertensos, tornando-os comprometidos em melhorar os hábitos de vida e incentivar o autocuidado e buscar sua autonomia.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica; atenção primária à saúde; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Systemic Arterial Hypertension is a major challenge for Brazilian and global public health, due to its high prevalence, and mainly due to the high rate of physical disabilities and deaths resulting from its complications. It has a significant prevalence in Primary Health Care and risk factors such as sedentary lifestyle, smoking, alcoholism, inadequate diet, obesity, difficulty in accessing health services and poor adherence to treatment are frequently identified during care. **Objective:** To develop strategies to increase adherence to both pharmacological and non-pharmacological treatment of Systemic Arterial Hypertension, and health care for hypertensive patients treated in Primary Care in the city of Caxias-MA. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive, cross-sectional research with a quantitative and qualitative approach, carried out in the territories covered by Primary Care. The variables of interest were recorded through a semi-structured questionnaire with direct questions and a dialogued interview. Results: The study sample consisted of patients aged 24 to 96 years, with a predominance of individuals aged 50 to 79 years (43%), women (73%), married (59%), self-declared brown skin color (64.3%), predominantly illiterate (39.3%) and family income between 1 and 2 minimum wages (67.7%), who presented the following difficulties in adhering to treatment: lack of information about the disease, difficulties in adopting lifestyle changes and incorrect use of medications. In addition to lack of knowledge about the HIPERDIA program. **Final considerations:** Most users are unaware of the severity of the disease, making it difficult to adhere to treatment for high blood pressure. Health education enables changes and generates autonomy for those involved, in addition to essential inclusion in the transformation of factors that directly impact the lives of patients, especially in the most vulnerable groups. The multidisciplinary team is an important tool for promoting health by providing knowledge to hypertensive patients, making them committed to improving their lifestyle habits and encouraging self-care and seeking autonomy.

Keywords: systemic arterial hypertension; primary health care; treatment adherence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.....	18
Tabela 2 – Tipo de imóvel.....	34
Tabela 3 – Material predominante na construção das paredes externas.....	34
Tabela 4 – Condições de Moradia/Localização, Tipo de domicílio, Situação de moradia/posse e uso da terra e Tipo de acesso ao domicílio	35
Tabela 5 – Abastecimento de água, Água para consumo e Disponibilidade de energia elétrica.....	35
Tabela 6 – Forma de escoamento do banheiro ou sanitário e destino do lixo	36
Tabela 7 – Animais no domicílio, Pessoas com deficiência e Renda familiar	37
Tabela 8 – Distribuição de pessoas por faixa etária e sexo	38
Tabela 9 – Comparação entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que a UBS Salobro oferece.....	40

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Unidade Básica de Saúde Salobro-----	32
FIGURA 2	Mapa das áreas de abrangência da UBS Salobro-----	33
FIGURA 3	Mapa territorial da UBS Salobro por microárea -----	33
FIGURA 4	Ciclo Plan-Do-Study-Act -----	46
FIGURA 5	Categorias elaboradas a partir das temáticas das respostas dos participantes -----	59
GRÁFICO 1	Dados referentes a idade dos participantes -----	49
GRÁFICO 2	Dados referentes ao sexo dos participantes -----	50
GRÁFICO 4	Dados referente a escolaridade dos participantes -----	52
GRÁFICO 5	Dados referentes a ocupação dos participantes -----	53
GRÁFICO 6	Dados referentes a renda familiar dos participantes-----	54
GRÁFICO 7	Dados referentes a quantidade de pessoas por residência dos participantes -----	55
GRÁFICO 8	Dados referentes ao estado civil dos participantes -----	56
GRÁFICO 9	Dados referentes a religião dos participantes -----	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AT1	Receptor de Angiotensina II do tipo 1
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BB	Betabloqueadores
BRA	Bloqueador do receptor de angiotensina II
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
d.C	Depois de Cristo
DC	Doença Crônica
DCV	Doença Cardiovasculares
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
eMULTI	Equipes Multiprofissionais
ESF	Equipes de Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i> (Lipoproteína de Alta Densidade)
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corpórea
IMESC	Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i> (Lipoproteína de Baixa Densidade)

MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
MEV	Modificações no Estilo de Vida
MINICHAL	Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PDSA	<i>Plan-Do-Study-Act</i> (Planejar, Fazer, Estudar e Agir)
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCV	Risco Cardiovascular
RS	Rio Grande do Sul
SAPSM	Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades de Federação
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquerito Telefônico.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	JUSTIFICATIVA.....	16
3.	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo geral	16
3.2	Objetivos específicos.....	16
4.	REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1	Hipertensão Arterial	17
4.1.1	Contextualização Histórica	17
4.1.2	Classificação e Diagnóstico.....	18
4.1.3	Rastreamento.....	19
4.1.4	Prevalência.....	19
4.1.5	Fatores de Risco	22
4.1.6	Atenção Primária à Saúde e Hipertensão	22
4.2	Tratamento para a hipertensão arterial sistêmica	25
4.2.1	Tratamento Farmacológico.....	25
4.2.2	Tratamento Não Farmacológico.....	27
4.3	Qualidade de vida em pacientes hipertensos	28
4.4	Fisiologia e Prognóstico da Hipertenção Arterial	30
5.	METODOLOGIA	32
5.1	Tipo de estudo.....	32
5.2	Local de estudo	32
5.2.1	Aspectos ambientais de interesse para saúde.....	33
5.2.2	Descrição física da unidade básica de saúde UBS Salobro.....	38
5.2.3	Recursos humanos.....	39
5.2.4	Equipes de apoio.....	40
5.2.5	Serviços de saúde que a unidade de saúde oferta a população.....	40
5.2.6	Caracterização geral do município de Caxias – MA	41
5.2.7	Cenário atual da APS de Caxias-MA	43

5.3	Critérios de inclusão e não inclusão.....	43
5.4	População e Amostra	43
5.5	Instrumento de coleta de dados.....	44
5.6	Coleta de dados.....	44
5.7	Aspectos éticos e legais	47
5.8	Análise dos dados.....	47
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6.1	Dados Quantitativos	48
6.2	Dados referentes à pesquisa qualitativa	58
6.3	Elaboração de estratégias para a melhoria do atendimento aos usuários hipertensos.....	76
7.	PRODUTO TÉCNICO	78
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
9.	REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES		88
APÊNDICE 1:		88
APÊNDICE 2:		92
APÊNDICE 3:		93
APÊNDICE 4:		96
ANEXOS.....		133

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a população brasileira, bem como a mundial, vem passando por uma transformação demográfica intensa, com a elevação da expectativa de vida e o aumento do número de idosos, o que leva a um crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentre estas, destaca-se a Hipertensão Arterial (HA), que vem causando um aumento na demanda por cuidados de saúde e, conseqüentemente, um aumento significativo nos custos com saúde (Andrade *et al.*, 2019).

As doenças crônicas apresentam um grande desafio para a saúde pública brasileira e mundial, por causa da sua alta prevalência e, principalmente, pelo alto índice de incapacidades físicas e óbitos ocorridos em decorrência de complicações advindas de tais enfermidades. Dentre as DCNT a HA é a patologia mais frequente, apresentando uma prevalência acima de 20% da população total, sendo responsável por um total de 63% dos 38 milhões de óbitos provocados pelas DCNT (Rego *et al.*, 2018).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). É associada, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2022).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no mundo, mais de um bilhão de adultos, entre 30 e 79 anos, têm hipertensão arterial. Dessa faixa etária, 46% (quase a metade) desconhecem possuir a doença e menos da metade dos adultos (42%) são diagnosticados e tratados (WHO, 2021).

No Brasil são mais de 38 milhões de brasileiros, com 18 anos ou mais, diagnosticados com a doença, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2019). A situação é ainda mais crítica pois, segundo o Ministério da Saúde (MS), 388 pessoas morrem, diariamente, devido às complicações causadas pela hipertensão. Isso significa uma média de 16 óbitos por hora e 37% ocorre de forma precoce, em indivíduos com menos de 70 anos (Ministério da Saúde, 2019).

O aumento na prevalência de HAS vem se refletindo em diferentes aspectos da condição de vida da população. O envelhecimento populacional, somado à adoção de estilos de vida não saudáveis, com a priorização de alimentos ultra processados, o consumo de álcool, o tabagismo e a falta de atividades físicas, têm contribuído para esta elevação. Outros aspectos

como o conhecimento, o controle e o tratamento da HAS também se tornam sensíveis aos atributos individuais e socioeconômicos, tornando essencial o desenvolvimento de estratégias eficazes para a prevenção e controle dessa condição de saúde (Silva, 2017).

No ano de 2010, o Brasil tinha uma população de 19,6 milhões com 60 anos ou mais, e estima-se que essa possa chegar a aproximadamente 41,5 milhões em 2030 (Oliveira, 2020).

Coutinho (2020) afirma que os idosos têm a Estratégia Saúde da Família (ESF) como local específico para atendimento de suas multimorbidades de forma holística e individual. E, devido ao trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar, acredita que as decisões tomadas buscam assegurar a equidade na assistência prestada, sem tirar a autonomia para o autocuidado dos seus usuários.

Silva (2019) conjectura que pessoas idosas convivem, geralmente, com doenças crônicas, e fazem uso de grande quantidade de medicamentos. Quando estes idosos não fazem boa adesão ao tratamento, há prejuízo no controle dos sintomas das doenças e na sua capacidade funcional, diminuindo a sensação de bem-estar e aumentando a busca por atendimento no serviço de saúde, um problema que poderia ser minimizado ou até resolvido se estes fossem utilizados da forma correta.

A HA é a principal causa de morbimortalidade cardiovascular e o seu controle é a forma mais eficaz para evitar complicações cardiovasculares e diminuir a morbimortalidade. Porém, as taxas de controle são insatisfatórias e, apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento, muitos indivíduos com hipertensão não conseguem manter a pressão arterial dentro dos valores recomendados, o que dificulta a adesão aos cuidados, demonstrando a importância e a gravidade dessa patologia para a saúde pública.

Isso se deve a fatores que vão desde a adesão inadequada ao tratamento, falta de acesso aos cuidados de saúde de qualidade, a prevalência de estilos de vida que contribuem para o aumento da pressão arterial, como dietas ricas em sódio e sedentarismo (Guimarães *et al.*, 2023).

Diante dessa realidade, torna-se relevante ampliar as discussões entre os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) em Caxias–MA, aprofundando o conhecimento sobre a temática da HAS, com o objetivo de orientar e apresentar aos pacientes assistidos características sobre sua patologia, para que estes possam ser os protagonistas no seu tratamento, com o melhor auxílio dos profissionais da unidade de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Levando em considerando a magnitude e a complexidade das condições crônicas, em especial a HAS devido sua baixa taxa de adesão ao tratamento no município avaliado, assim como em todo o Brasil e suas consequências na saúde pública, tornou-se relevante a realização dessa pesquisa que através de observações da prática assistencial e discussões com a equipe do serviço de saúde local, buscou-se identificar as especificidades da população que influenciam o acesso e a organização dos serviços de saúde. Diante do exposto questionou-se: Quais os motivos pelos quais os portadores de hipertensão não aderem ao tratamento, tanto no âmbito farmacológico quanto não farmacológico? e quais estratégias poderiam intervir positivamente nesta situação?

Com base nestes questionamentos surgiu a necessidade de fazermos um diagnóstico situacional e propor intervenções direcionadas para a adesão ao tratamento desses pacientes, assim como melhorar a saúde dos hipertensos cadastrados na área de abrangência da Atenção Primária, que poderão servir como um guia para a equipe de saúde no Município de Caxias, fornecendo direcionamento para melhorar o tratamento da hipertensão.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver estratégias para aumentar a adesão, tanto ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico da HAS, e a atenção à saúde de hipertensos atendidos na Atenção Primária no Município de Caxias – Maranhão.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar quais os desafios para a adesão ao tratamento pelos pacientes da unidade;
- Estimular a educação em saúde, as atividades de promoção e prevenção, à adesão ao tratamento e autocuidado tanto para os profissionais da unidade quanto para os pacientes.
- Atualizar os bancos de dados do HIPERDIA.
- Estratificar o risco cardiovascular

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Hipertensão Arterial

4.1.1 Contextualização Histórica

A HA começou a receber atenção por parte dos profissionais de saúde com o desenvolvimento dos primeiros métodos e dispositivos para medição da pressão arterial no final do século XIX e início do século XX. Foram muitas descobertas e personagens, mas coube ao clínico italiano Scipione Riva-Rocci (1863-1937) a invenção do primeiro aparelho de medir a pressão arterial de uso clínico, em 1896, chamado de esfigmomanômetro, cuja origem vem de sphygmós, que significa pulso. Era semelhante aos que utilizamos atualmente e constituído de uma braçadeira que envolvia o braço, um manguito para inflar e desinflar, uma pera que insuflava ar e um tubo de vidro com mercúrio. Riva-Rocci descreveu que “escolheu a artéria do braço por ser um ponto mais perto da aorta e que expressa melhor a carga total necessária para impedir a propagação do sangue” (Pierin *et al.*, 2019).

O manguito inflado exercia pressão sobre a artéria, por todos os lados. Quando havia a perda do pulso com a progressiva insuflação, o valor na coluna de mercúrio correspondia à pressão máxima – sistólica – sendo considerada revolucionária sua técnica para a época. No entanto, ela não permitia medir a pressão mínima – diastólica. Somente a partir de 1905, o cirurgião militar russo Nikolai Korotkov, fez a primeira descrição do que hoje fazemos de rotina, com um manguito e um estetoscópio:

“... baseado nas observações de que, sob completa constrição, a artéria não emite sons (...) o aparelho de Riva-Rocci é colocado no braço e sua pressão é rapidamente aumentada até bloquear completamente a circulação abaixo do manguito, quando se deixa de ouvir qualquer som pelo estetoscópio colocado logo abaixo do manguito. Então, deixando a pressão no tubo de mercúrio cair até certa altura, um som curto e fraco é ouvido, o que indica a passagem de parte da onda de pulso sob o manguito, caracterizando a pressão máxima. Deixando a pressão do manômetro continuar a baixar progressivamente, ouve-se o sopro da compressão sistólica, e que se torna novamente som. Finalmente, todos os sons desaparecem, o que indica livre passagem do fluxo sanguíneo ou, em outras palavras, a pressão ultrapassou a pressão exercida pelo manguito. Este momento corresponde a pressão arterial mínima...”

Este avanço tecnológico permitiu ao médico diagnosticar e monitorizar a pressão arterial de forma mais eficaz, contribuindo para uma melhor compreensão da condição e desenvolvimento de tratamentos adequados (Luna, 2019). Historicamente falando, é representativa das questões de pressão arterial o seguinte trecho: “Doutor, qual é minha pressão

arterial? A resposta mais antiga está na frase do filósofo romano Lucius Seneca (4 a.C – 65 d.C) ‘O médico não pode prescrever por carta, nós precisamos sentir o pulso’. “E é assim que começa a história da mensuração da pressão arterial”.

4.1.2 Classificação e Diagnóstico

Conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial mais recente (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020), são diagnosticados como hipertensos aqueles com valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg; enquanto os indivíduos com Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 120 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 80 e 89 mmHg são considerados pré-hipertensos, sendo 120/80 mmHg os parâmetros normais de pressão arterial.

A medida da Pressão Arterial (PA) é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica. De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, classificamos os níveis de Pressão Arterial (PA) para adultos com mais de 18 anos conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos

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

Fonte: Barroso *et al.* (2020).

Em um contexto histórico anterior, apenas valores superiores a 160 mmHg para a pressão sistólica e 100 mmHg para a pressão diastólica eram considerados como indicativos de hipertensão, em contraste com os valores de referência atualmente determinados, pois esta definição restritiva da hipertensão refletia a compreensão limitada dos riscos associados a pressões arteriais elevadas (Luna, 2019).

Assim, diante das novas aquisições científicas e tecnológicas, torna-se necessária a ampliação da revisão de conceitos e tratamento da hipertensão arterial. É uma doença que vai muito além de simples cifras tensionais elevadas, pois inclui outros fatores reconhecidamente de risco cardiovascular. Mais de 80% das pessoas com HAS apresentam outras comorbidades: glicemia de jejum alterada, aumento da resistência à insulina, redução do HDL (lipoproteínas de alta densidade) e elevação do LDL (lipoproteínas de baixa densidade), elevação dos

triglicerídeos e Hipertrofia Ventricular Esquerda. A inflamação é reconhecida, atualmente, como importante fator na fisiopatologia da hipertensão arterial, com o Sistema Renina Angiotensina Aldosterona desempenhando papel-chave no processo (Barros *et al.*, 2021).

Trata-se de uma condição de extrema gravidade quando não controlada de maneira eficaz e oportuna, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Além disso, é responsável por aproximadamente 66% dos primeiros episódios de infartos agudos do miocárdio. Quando associada ao diabetes, esta condição contribui para 50% dos casos de insuficiência renal crônica terminal (Yamada; Lavras; Demuner, 2011; Brasil, 2014; Paraná, 2018).

4.1.3 Rastreamento

Recomenda-se que toda pessoa adulta (maior de 18 anos) que compareça a uma unidade de saúde para consultas, procedimentos ou participação em atividades, e que não tenha registro no prontuário de ao menos duas verificações de PA no último ano, tenha sua pressão arterial verificada, em dois momentos diferentes, e registrada no prontuário (Barroso *et al.*, 2020).

4.1.4 Prevalência

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê um aumento de 60% no número de hipertensos e um aumento acentuado nas taxas de mortalidade até o ano de 2025 devido ao aumento contínuo de casos de hipertensão. Esse crescimento resultará em maiores custos para o sistema de saúde e em sérios impactos no estado socioeconômico, tanto no Brasil quanto em todo o mundo (Malta, 2018).

Dada a crescente prevalência e morbimortalidade da HA, o controle da doença representa um desafio complexo para o sistema de saúde. No entanto, é possível reduzir esses números por meio de mudanças comportamentais saudáveis e melhorias no estilo de vida. Esse controle pode ser alcançado com abordagens metabólicas e ações que promovam uma melhor qualidade de vida, resultando em menos complicações, hospitalizações e mortes (Stopa, 2019).

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2023, a prevalência de hipertensão

autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2023 (Silva *et al.*, 2022). A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando, em 2023, a 60,9% entre os adultos com 65 anos e mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo (Brouwers *et al.*, 2021).

A HA constitui uma das principais causas de óbitos prematuros em todo o mundo, afetando principalmente indivíduos de baixa condição socioeconômica. Possui uma progressão clínica lenta e assintomática, e quando não controlada, impacta negativamente a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, resultando em diversas restrições e obstáculos para as atividades diárias, bem como o surgimento de sintomas clínicos (Costa, 2020).

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2022) apontam que a HA mata 300 mil brasileiros anualmente, são 820 mortes por dia, 30 por hora ou uma a cada 2 minutos, 35% da população adulta brasileira ou o equivalente a 36 milhões de indivíduos têm hipertensão. Destes, somente 50% sabem que são hipertensos, apenas metade realiza tratamento e somente 10% dos que realizam tratamento têm o controle adequado da pressão arterial.

No Brasil, essa taxa varia de 38% a 39,6%, acarretando custos elevados para o sistema de saúde e impactos significativos nas questões sociais, principalmente devido às suas complicações e sequelas. Em contraste, em países desenvolvidos, observa-se uma média de controle consideravelmente superior. Nos Estados Unidos, por exemplo, entre os anos de 1988 e 2008, o país conseguiu dobrar o percentual de controle (de 27,3% para 53,5%), enquanto no Canadá, entre 1992 e 2009, houve um aumento de cinco vezes, passando de 13,2% para 64,6%, refletindo avanços significativos na detecção e no tratamento da doença (Dantas; Roncalli, 2019).

Esse cenário alarmante também é apresentado pelo Ministério da Saúde (2019, p. 1):

Trinta e quatro mortes por hora, 829 óbitos por dia e mais de 302 mil óbitos em todo ano de 2017. Esse é o retrato das doenças cardiovasculares no Brasil (infarto, AVC e outras enfermidades), que têm como principal fator de risco a hipertensão arterial, a “pressão alta” como é popularmente conhecida, que afeta pelo menos um a cada quatro adultos no país. Os dados preliminares são do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Em 2010, no Estado do Maranhão as DCNT como as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas foram responsáveis por 57% do total das mortes prematuras, na faixa etária de 30 a 69 anos. Em 2018, as DCNT corresponderam a 55% dos óbitos registrados, com elevação de 25% na análise entre os anos de 2010 a 2018. As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) corresponderam a 49,7% das ocorrências, seguidas das Neoplasias (30,5%), Diabetes Mellitus (13,6%) e das Doenças respiratórias crônicas

(6,2%). Esses números mostram a tendência de elevação na mortalidade por DCNT no Maranhão (SIM/SES/MA, 2019).

A Hipertensão Arterial e as outras doenças hipertensivas registraram de 2010 a 2018 no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 96.426 hospitalizações, com aumento de 10,3% de 2010 para 2018, destas 61,1% foram no sexo feminino e 55,9% na faixa etária de 60 anos e mais, e o aumento dos registros de internações ocasiona custos médicos e socioeconômicos elevados no entanto, esses números poderiam ser minimizados já que a HA deveria ter o tratamento adequado com resolução de 60 a 80% das condições clínicas efetivadas pela atenção básica. De maneira geral, as elevadas taxas de internações demonstram a falta de controle dos níveis pressóricos, refletindo na qualidade de vida dos indivíduos e nos gastos em saúde, principalmente os custos com doenças cardiovasculares que têm a hipertensão arterial como seu principal fator de risco (SIM/SES/MA, 2019).

Em um estudo transversal conduzido por Souza *et al.* (2014), com o propósito de avaliar o controle da PA em 383 pacientes cadastrados no programa HIPERDIA em 15 unidades básicas de saúde na cidade de Novo Hamburgo - RS, verificou-se que mesmo entre os pacientes hipertensos que faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, os níveis de pressão arterial não estavam satisfatórios. Apenas 33,7% apresentavam pressão arterial controlada, com uma taxa maior entre as mulheres (37,6%) do que entre os homens (25%), além de uma adesão insuficiente ao tratamento. No entanto, os pacientes demonstravam conhecimento sobre a importância da adoção de práticas saudáveis de estilo de vida.

Em uma meta-análise brasileira cujo objetivo foi descrever o manejo habitual da HA na atenção primária à saúde para fins de avaliação e subsequente desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao manejo da hipertensão, foram analisados 11 estudos conduzidos no Brasil. Esta análise revelou que os indivíduos hipertensos realizavam, em média, 2,6 consultas médicas por ano e a taxa de controle da pressão arterial variava de 43,7% a 67,5% (Picon *et al.*, 2017).

Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde controladas. Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos (Bodenheimer; Laing, 2007), vez que estudos demonstraram que, nos Estados Unidos, a duração média de uma consulta médica de adultos é de 16,2 minutos e a de crianças é de 14,2 minutos (Ferris *et al.*, 1998; Mechanic *et al.*, 2001). Na Inglaterra, o tempo médio da consulta médica é de 8 minutos (Howie *et al.*, 1999).

Em outra pesquisa realizada na região Oeste de São Paulo em 2011, na qual 440 pacientes hipertensos atendidos na atenção primária à saúde foram entrevistados e tiveram sua pressão arterial medida com um dispositivo validado, constatou-se que o controle da HA foi de 45,5%. Este controle associou-se a fatores como idade mais jovem, menor tempo de doença, experiência prévia de tratamento para HA, menor interrupção do tratamento, conhecimento sobre a importância de exercícios físicos, consistência na tomada de medicamentos, menor número de drogas anti-hipertensivas prescritas, histórico de doenças cardíacas, prática regular de exercícios físicos e menor incidência de sintomas depressivos (Pierin *et al.*, 2019).

4.1.5 Fatores de Risco

Destacam-se como fatores de risco para a hipertensão arterial a genética, idade avançada, sexo, etnia, sobrepeso e/ou obesidade, ingestão elevada de sódio, sedentarismo, ingestão de álcool excessiva e tabagismo, além de fatores socioeconômicos, incluindo menor escolaridade, condições de habitação inadequadas e baixa renda familiar (Silva, 2017).

4.1.6 Atenção Primária à Saúde e Hipertensão

É essencial que os profissionais de saúde conheçam e estejam atentos aos sinais e aos sintomas da HAS para identificar os casos, propor uma terapêutica adequada e realizar um acompanhamento efetivo dos pacientes, a fim de evitar ou minimizar complicações. O diagnóstico da HAS não requer o uso de tecnologia sofisticada e pode ser facilmente realizado na Atenção Básica. O tratamento é baseado em mudanças nos hábitos de vida e no uso de medicamentos, na maioria dos casos de baixo custo e disponíveis na rede pública de saúde (Brasil, 2021).

A adesão ao tratamento da HAS é essencial para reduzir as altas taxas de complicações cardiovasculares. Portanto, é importante que os profissionais compreendam essa importância na prática clínica, realizando uma avaliação sistemática dos pacientes hipertensos no sistema de saúde (Santos *et al.*, 2021).

Contribuir para o aumento do conhecimento por meio da educação em saúde e promover uma maior interação entre a equipe de saúde e o paciente podem favorecer uma maior adesão ao tratamento. Opções recentemente aplicadas, como a combinação de medicamentos

anti-hipertensivos em doses fixas, o suporte farmacêutico e o autogerenciamento da pressão arterial, também têm contribuído para uma melhor adesão ao tratamento (Santos *et al.*, 2021).

É importante ressaltar a importância dos profissionais da Atenção Básica no desenvolvimento dessas estratégias de ação, com o objetivo de prevenir a doença, realizar o diagnóstico precoce e acompanhar e controlar a HAS. Além disso, eles devem priorizar uma abordagem centrada na pessoa, envolvendo não apenas o indivíduo, mas também sua família e cuidadores, na implementação de ações individuais e coletivas (Brasil, 2021).

A prevenção, o controle e o tratamento da hipertensão arterial exigem o envolvimento de ações integradas e coordenadas entre o sistema de saúde, indivíduos e comunidade. Partindo desse ponto de vista de organização do sistema e de oferta de serviços, a expansão da Estratégia de Saúde da família a partir dos anos 2000 representou um passo significativo na redução das iniquidades em saúde e na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde na atenção primária a saúde (Macinko, 2018).

Nesse contexto, destaca-se a importância da ESF, que desempenha um papel fundamental na realização de medidas preventivas e no controle de complicações relacionadas à HAS. No entanto, é crucial que as ESF estejam preparadas para organizar e sistematizar a assistência, garantindo o acesso dos pacientes hipertensos aos serviços de saúde disponíveis. Isso inclui consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, avaliação de medidas antropométricas, além do atendimento em saúde bucal e encaminhamentos para outras especialidades, quando necessário, visando prevenir ou tratar lesões em órgãos-alvo (Carvalho Filha; Nogueira; Viana, 2014).

A APS é a porta principal de entrada do Serviço Único de Saúde (SUS), ela é a ordenadora da Rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado, é, portanto, primordial e possui um modelo de atenção que a diferencia dos outros serviços de saúde pois trabalha com uma população adscrita e com a longitudinalidade, acompanha o indivíduo ao longo de sua vida, e por trabalhar com uma população finita, possibilita criar um vínculo maior com o indivíduo, com sua família e seu ambiente (Brasil, 2018).

A APS está inserida em um modelo de saúde que possui uma grande capacidade em responder de forma contínua, sistematizada e equânime a maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo. A fim de assegurar uma atenção integral que compreende também a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde. Assim, observa-se a necessidade de um olhar mais atento a APS para que os sistemas fragmentados de atenção à saúde sejam

substituídos por redes organizadas de saúde para que seja prestada uma assistência contínua e integral a toda população (Brasil, 2022).

Isso se reflete, por exemplo, em relação às questões regionais, tendo em vista as diferenças econômicas tanto em regiões de uma mesma cidade ou, de forma mais abrangente, diferentes regiões do país. A esse respeito, é relevante considerar, por exemplo, áreas rurais de difícil acesso, que impõem barreiras tanto para os serviços de locomoção envolvidos em atividades que levam os profissionais de saúde às residências quanto a procura dos cidadãos por assistência médica, seja ela no tratamento preventivo ou em casos mais graves, como acidentes ou fatores de outra natureza. Tal fato não é uma exclusividade do Brasil, como afirma Franco, Lima e Giovanella (2021, p. 2):

Quadros de maiores iniquidades em saúde rural são observados em países em desenvolvimento. O Brasil, não obstante a expansão da APS no território nacional, ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais. A imprecisão do que é rural contribui para que a dívida de universalidade em saúde para com as áreas rurais permaneça ignorada. A ausência de abordagens mais claras sobre contextos rurais resultou na indefinição de perspectivas de ação nessas áreas, restritas à face agrária, sem expressar a realidade rural contemporânea. A recente revisão da classificação de urbano e rural realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a densidade demográfica e a acessibilidade a centros urbanos, indicou que 45% dos municípios apresentam baixo grau de urbanização, colocando luz na importância dos espaços rurais no território nacional.

Como se percebe nas constatações das autoras, inicialmente há uma perspectiva relacionada à compreensão do que é “rural” para, de maneira geral, gerir fundos e ações para que a APS chegue a essas localidades. Ao estabelecer tal relação, Franco, Lima e Giovanella (2021) indicam que a APS também é influenciada por compreensões a respeito de determinados fatores que, a seu turno, estabelecem o que deve ou não ser feito para o aprimoramento e a democratização de tais atendimentos. Sendo assim, é possível afirmar que, além da questão rural abordada pelas autoras, fatores como área de risco, regiões com pouco acesso à educação, entre outros, também afetam o acesso à APS, posto que as definições presentes nos documentos que regem as ações definem, em grande medida, quantidade de profissionais, dinheiro investido, capacidade de hospitais e de postos de saúde, entre outros locais e atos relacionados à saúde.

Assim, as estratégias para que o acesso à APS seja ainda maior precisam, de forma geral, considerar contextos não apenas em comparação a outros, mas também como realidades próprias que, em muitos casos, podem não ser contemplados por uma definição mais abrangente. Tal necessidade dialoga, portanto, com o estudo de casos específicos de dada região, pois disso podem emergir compreensões pertinentes e necessárias à atuação de profissionais da saúde em diferentes contextos.

4.2 Tratamento para a hipertensão arterial sistêmica

O tratamento da hipertensão arterial pode modificar a sua evolução, sendo os seus principais objetivos a redução das taxas de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e renais, proporcionando consequentemente, uma melhor qualidade de vida às pessoas com hipertensão arterial. O que requer uma abordagem terapêutica abrangente para seu controle eficaz, realizado com medidas farmacológicas e não farmacológicas, além da importância da adesão contínua ao tratamento. Portanto, o tratamento adequado dos pacientes com HAS requer uma abordagem ampla, que abrange a detecção precoce da elevação da pressão arterial, uma avaliação precisa do risco cardiovascular e a implementação de estratégias terapêuticas eficazes para reduzir tanto o risco absoluto quanto o remanescente. Todos os pacientes hipertensos podem se beneficiar ao adotar estilos de vida saudáveis de maneira constante. Adicionalmente, a maioria deles, em algum momento, precisará de um ou mais medicamentos anti-hipertensivos sendo os mais comuns: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores AT1 (receptor de angiotensina II do tipo 1) de angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB) (Santos, 2019).

4.2.1 Tratamento Farmacológico

O uso de medicamentos desempenha um papel fundamental no controle da HA, tornando essencial o acompanhamento contínuo e o apoio da Atenção Primária à Saúde (Costa, 2020). Um estudo realizado com adultos e idosos em Teresina-PI revelou que 77,62% dos hipertensos não aderiam adequadamente ao tratamento medicamentoso para a Hipertensão Arterial Sistêmica. O esquecimento e o atraso no horário das medicações foram as principais causas de adesão inadequada ao tratamento (Carvalho *et al.*, 2012).

No Brasil, são escassos os estudos de base populacional que estimem a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos, sendo informação necessária para otimizar o tratamento e atingir as metas de controle da pressão arterial. A prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo mensurada por métodos indiretos em estudos brasileiros foi de 44,4%. Países desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá, mostraram cenário melhor, porém ainda fora do desejável, cujas prevalências de adesão estão em torno de 68% e 67%, avaliadas pela escala Morisky de oito e quatro itens, respectivamente (Irvin *et al.*, 2018).

Apesar dos esforços observados nos últimos anos, os resultados de alguns estudos não apontaram melhora significativa na prevalência de adesão ao tratamento quando se comparou o período de 2001 a 2010 com o recorte histórico de 2011 a 2021. A partir dos anos 2000, a prevenção de DCNT ganhou visibilidade, principalmente em países em desenvolvimento. Com isso, diversos programas e políticas nacionais foram criados, como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), o Caderno de Atenção Básica e as Diretrizes e Recomendações ao Cuidado Integral de DCNT, direcionados à atenção primária em saúde, a fim de melhorar o tratamento e a prevenção dessas doenças.

Essas iniciativas trouxeram importantes avanços no manejo das doenças crônicas, porém fragilidades são observadas, como aconteceu no Sul do país, a partir da avaliação do HIPERDIA, em que se observaram profissionais relatando número de atribuições muito inferior ao estabelecido em protocolo, carência de rastreamento dos pacientes e não prescrição de medidas não farmacológicas (Carvalho Filha; Nogueira; Viana, 2014).

Segundo a OMS, um paciente apresenta adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo quando faz uso de 80% ou mais dos medicamentos prescritos (NCD - RisC, 2021). A adesão é um fenômeno complexo, influenciado por fatores associados à doença, ao tratamento, ao paciente e ao sistema de saúde, e pode ser medida de forma direta, por meio da análise de metabólitos do medicamento ou de marcadores biológicos na urina/sangue, ou indiretos, por intermédio de entrevistas, instrumentos de autorrelato, diários ou contagem de comprimidos (Barroso *et al.*, 2020).

Uma revisão integrativa identificou cinco grandes grupos de fatores que interferem na adesão ao tratamento da HAS. O primeiro grupo refere-se ao regime terapêutico, que envolve o uso de múltiplos medicamentos, diferentes doses e conhecimento inadequado sobre a terapia. O segundo grupo destaca os aspectos socioeconômicos e demográficos do paciente, como sexo masculino, idade avançada, baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade. O terceiro grupo aborda a relação entre o paciente, os serviços de saúde e os profissionais de saúde. O quarto grupo enfoca os aspectos psicossociais e culturais, uma vez que os hipertensos geralmente têm dificuldade em realizar mudanças no comportamento relacionadas aos hábitos de vida. Por fim, o quinto grupo aborda o apoio familiar e social, indicando que familiares ou cuidadores com conhecimento sobre a HAS podem contribuir para uma maior adesão do paciente ao tratamento (Soares *et al.*, 2021).

As classes de medicamentos utilizadas no tratamento da hipertensão arterial incluem os diuréticos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), os bloqueadores dos canais de cálcio e os betabloqueadores. Os diuréticos, como a hidroclorotiazida, são frequentemente indicados como primeira linha de tratamento devido à sua eficácia na redução da pressão arterial e na prevenção de complicações cardiovasculares. Os IECA, como o enalapril, e os BRA, como o losartana, atuam no sistema renina-angiotensina-aldosterona, promovendo vasodilatação e controle da pressão arterial, sendo particularmente indicados para pacientes com comorbidades, como diabetes e insuficiência cardíaca. Os bloqueadores dos canais de cálcio, como a amlodipina, são eficazes na redução da resistência vascular periférica, enquanto os betabloqueadores, como o propranolol, agem diminuindo a frequência cardíaca e a demanda miocárdica por oxigênio, sendo indicados em casos específicos, como pós-infarto do miocárdio (Sociedade Brasileira De Cardiologia, 2020; Williams Et Al., 2018).

4.2.2 Tratamento Não Farmacológico

Segundo Brasil (2021), as medidas não farmacológicas envolvem mudanças no estilo de vida e a adoção de hábitos mais saudáveis. A sua aplicação mostrou-se eficaz na redução da pressão arterial e dos fatores de risco cardiovasculares.

É recomendado a todos os hipertensos com objetivo de controlar fatores de risco modificáveis e melhorar a adesão a longo prazo. Medidas de alimentação e nutrição Controle de peso: manter o índice de massa corporal (IMC) $< 25 \text{ kg/m}^2$ para pacientes até 65 anos e IMC $< 27 \text{ kg/m}^2$ para pacientes com mais de 65 anos. Se excesso de peso, orientar a perda de peso saudável. Redução do consumo de sal: A recomendação de ingestão de sódio diária para hipertensos é de 2000 mg, ou seja, 5 gramas de sal. No máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g + 2g de sal dos próprios alimentos. Moderação no consumo de álcool: limitar o consumo de álcool a 1 dose/dia para as mulheres e pessoas de baixo peso e 2 doses/dia para homens. Cessação do tabagismo: o tabagismo aumenta o risco para doenças cardiovasculares e pode dificultar ações no manejo dos pacientes hipertensos. A prática de atividade física e/ou exercícios físicos, reduz os níveis pressóricos (Brasil, 2021).

A recomendação para todos os hipertensos deve ser “Pratique atividade física”: andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, no mínimo 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em

5 a 7 dias da semana. Contudo, para maiores benefícios, as recomendações de exercício físico devem ser individuais (Brasil, 2021).

A decisão do melhor tratamento para o usuário hipertenso deve levar em consideração, além dos valores da hipertensão arterial, a presença ou não de lesões em órgãos alvos e de riscos cardiovasculares associados, as condições de vida da pessoa, as doenças associadas e o entendimento que elas têm do seu problema de saúde (Brasil, 2018).

As equipes de saúde que atuam na atenção primária devem adotar o princípio do "cuidado centrado no paciente". Nesse modelo, o indivíduo assume um papel central nas ações de cuidado, que são adaptadas às suas necessidades específicas. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os pacientes no desenvolvimento de conhecimento, habilidades, competências e confiança necessárias para que possam gerenciar sua própria saúde e tomar decisões informadas de maneira mais eficaz (Brasil, 2020).

4.3 Qualidade de vida em pacientes hipertensos

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL Group) define o termo qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1995). Este mesmo grupo desenvolveu um instrumento por meio de um estudo multicêntrico, com base na suposição de que a construção do conceito de qualidade de vida é subjetiva, envolvendo percepções individuais, dimensões multidimensionais e elementos positivos e negativos do indivíduo. Inicialmente, foi criado o instrumento World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-100), composto por cem perguntas distribuídas em seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). Posteriormente, surgiu a necessidade de desenvolver um instrumento mais conciso para uso em estudos epidemiológicos, resultando na versão abreviada com 26 questões (o WHOQOL-Bref), elaborado pela OMS (Fleck, 2000).

Um estudo conduzido por Pereira, Teixeira e Santos (2012), com o objetivo de apresentar as principais abordagens, conceitos, classificações propostas e avaliação da qualidade de vida, ressalta a ausência de uma definição amplamente aceita para qualidade de vida. Há uma dualidade no conceito, onde para muitos autores é sinônimo de saúde ou ausência

de doença, enquanto para outros é mais abrangente, incorporando bem-estar físico, funcional, emocional e mental, juntamente com condições e fatores relacionados à saúde. Os autores também destacam que, embora saúde e qualidade de vida sejam frequentemente usados como sinônimos, são conceitos distintos, embora intimamente relacionados.

No contexto da qualidade de vida de pacientes hipertensos, existem instrumentos que podem auxiliar na medição da qualidade de vida desses pacientes, como o Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL), traduzido e validado para o português - Brasil em 2008. Este questionário consiste em 16 questões divididas em dois componentes: Estado Mental e Manifestações Somáticas, onde os usuários respondem às perguntas usando uma escala de frequência do tipo Likert. A pontuação máxima para o Estado Mental é de 27 pontos e para as Manifestações Somáticas é de 21 pontos. Quanto mais próximo de zero for o resultado, melhor será a qualidade de vida do paciente. O MINICHAL também inclui uma pergunta sobre como o paciente avalia o impacto da hipertensão e seu tratamento em sua qualidade de vida (Schulz *et al.*, 2008).

O MINICHAL é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de indivíduos hipertensos e é amplamente utilizado na literatura mundial. De acordo com Neto *et al.*, (2019), a qualidade de vida dos pacientes hipertensos está diretamente relacionada ao controle da pressão arterial, sendo essencial a adoção de hábitos de vida saudáveis, como as Modificações no Estilo de Vida (MEV). No entanto, para muitos pacientes hipertensos e serviços de saúde, a adoção desses comportamentos ainda é um desafio. Além disso, outros fatores podem dificultar o controle da hipertensão e, conseqüentemente, comprometer a qualidade de vida desses pacientes, como nível de escolaridade, aspectos socioeconômicos, aceitação da doença e do tratamento, custo dos medicamentos, duração do tratamento e efeitos adversos dos medicamentos, falta de informação e dificuldades de acesso a medicamentos e/ou serviços de saúde, entre outros. Um estudo transversal observacional realizado em Arapiraca, Alagoas, avaliou a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial na cidade nos anos de 2019-2020, utilizando o MINICHAL, e constatou que os usuários hipertensos apresentavam boa qualidade de vida, porém com baixa adesão ao tratamento não medicamentoso, o que pode afetar negativamente o autocuidado desses pacientes (Ribeiro; Silva, 2020).

Em outro estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em Maringá, Paraná, utilizando o MINICHAL, evidenciou-se que os indivíduos hipertensos com melhor qualidade de vida são aqueles com controle pressórico mais adequado. Os pacientes acompanhados pelas ESF do estudo apresentaram boa qualidade de vida e, quando analisados os valores

pressóricos, estes mostraram-se adequados em comparação ao valor de referência (Laqui *et al.*, 2019). Portanto, para melhorar a assistência à saúde prestada na APS, é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a qualidade de vida e condições de saúde dos usuários hipertensos. Nesse sentido, ferramentas que auxiliam na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e na identificação de fatores de gravidade e risco para eventos cardiovasculares são essenciais. O enfermeiro pode empregar essas ferramentas para embasar a tomada de decisões e melhorar a assistência prestada, buscando incentivar rotineiramente mudanças no estilo de vida que são fundamentais para o controle da doença e, consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos (Ferreira *et al.*, 2021; Soutello *et al.*, 2015).

4.4 Fisiologia e Prognóstico da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é uma condição multifatorial caracterizada pelo aumento sustentado da pressão arterial, resultante de uma complexa interação entre fatores genéticos, ambientais e fisiológicos. O sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) desempenha um papel crucial na regulação da pressão arterial, por meio da conversão da angiotensina I em angiotensina II, que é um potente vasoconstritor e estimulador da liberação de aldosterona, levando à retenção de sódio e água, aumentando o volume intravascular e a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020; WILLIAMS *et al.*, 2018). Além disso, o sistema nervoso simpático também tem um papel importante na fisiopatologia da hipertensão, pois sua hiperatividade pode levar à vasoconstrição periférica e à elevação da pressão arterial (Chobanian *et al.*, 2014).

Os vasos sanguíneos também sofrem alterações estruturais e funcionais com o tempo em resposta à hipertensão sustentada. A disfunção endotelial, caracterizada pela redução na biodisponibilidade de óxido nítrico e pelo aumento do estresse oxidativo, contribui para o aumento da rigidez arterial e para a progressão da doença hipertensiva (Virani *et al.*, 2021). Ademais, a resistência periférica aumentada, causada pelo estreitamento luminal das artérias de pequeno calibre, contribui significativamente para a manutenção dos níveis elevados de pressão arterial (Kario *et al.*, 2019).

O prognóstico da hipertensão arterial está diretamente relacionado ao grau de controle da pressão arterial e à presença de comorbidades associadas, como diabetes mellitus, dislipidemia e doença renal crônica. Pacientes com hipertensão não controlada estão sob maior

risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, sendo que a redução sustentada da pressão arterial está associada a uma diminuição significativa da morbimortalidade cardiovascular (Williams et al., 2018). A abordagem terapêutica inclui mudanças no estilo de vida, como adoção de uma dieta equilibrada, rica em frutas, verduras e pobre em sódio, prática regular de atividade física e controle do estresse, além do uso de medicamentos anti-hipertensivos quando necessário (Sociedade Brasileira De Cardiologia, 2020).

Portanto, a compreensão da fisiologia da hipertensão arterial e a avaliação do prognóstico são essenciais para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e tratamento, visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e à redução das complicações associadas à doença.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

5.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada nos territórios de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família, UBS Salobro (Figuras 1, 2 e 3), localizada na Rua Berenice Castelo, Nº 458, bairro Salobro, em Caxias – MA, no período de abril a Julho de 2024. O bairro Salobro está localizado as margens da BR-316, na Zona Oeste da cidade de Caxias e possui 30 ruas e vias. Foi fundada há 43 anos e atende a uma população atualmente de 5.179 pessoas e tem 1.513 famílias cadastradas. Possui duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família e é a sexta UBS do município a funcionar em horário estendido pelo Programa Saúde na Hora. Oferta serviços de saúde que abrange áreas da zona urbana e zona rural (11 Povoados), o mais distante fica a 24km de distância da UBS. Tem horário de funcionamento de 7h às 22h de segunda a sexta-feira.

Figura 1 - Unidade Básica de Saúde Salobro



Fonte: Google

Tabela 2 – Tipo de imóvel

Descrição	Quantidade
Domicílio	1.932
Comércio	32
Terreno Baldio	89
Ponto Estratégico (cemitério, borracharia, ferrovelho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande Porte	08
Escola	03
Creche	01
Delegacia	01
Estabelecimento Religioso	12
Outros	46

Fonte: elaborada pela autora (2024)

Tabela 3 – Material predominante na construção das paredes externas

Descrição	Quantidade
Material predominante na construção das paredes externas	
Alvenaria com revestimento	1.124
Alvenaria sem revestimento	388
Taipa com revestimento	86
Taipa sem revestimento	214
Madeira Aparelhada	0
Material Aproveitado	1
Palha	4
Outro Material	0
Não informado	303

Fonte: elaborada pela autora (2024)

Tabela 4 - Condições de Moradia/Localização, Tipo de domicílio, Situação de moradia/posse e uso da terra e Tipo de acesso ao domicílio.

Descrição	Quantidade
Condições de Moradia/Localização	
Urbana	1.386
Rural	542
Não Informado	195
Tipo de domicílio	
Casa	1.866
Apartamento	1
Cômodo	4
Outro	3
Não Informado	250
Situação de moradia / Posse e uso da Terra	
Próprio	1.634
Financiado	1
Alugado	150
Arrendado	1
Cedido	110
Ocupação	1
Situação de Rua	0
Outra	28
Não informada	87
Tipo de acesso ao domicílio	
Pavimento	1.149
Chão batido	623
Fluvial	0
Outro	7
Não informado	341

Fonte: elaborada pela autora (2024)

Tabela 5 – Abastecimento de água, Água para consumo e Disponibilidade de energia elétrica

Descrição	Quantidade
Abastecimento de água	
Rede encanada até o domicílio	1.710
Poço/Nascente no domicílio	96
Cisterna	0
Carro Pipa	0
Outro	18
Não Informado	300
Água para consumo	
Filtrada	1.180

Fervida	33
Clorada	213
Mineral	4
Sem tratamento	370
Não informado	320
Disponibilidade de energia elétrica	
Sim	1.758
Não	34
Não Informado	331

Fonte: elaborada pela autora (2024)

Tabela 6 – Forma de escoamento do banheiro ou sanitário e destino do lixo

Descrição	Quantidade
Forma de escoamento do banheiro ou sanitário	
Rede coletora de esgoto ou pluvial	168
Fossa Séptica	1.356
Fossa Rudimentar	90
Direto para um rio, lago ou mar	7
Céu aberto	173
Outra Forma	18
Não Informado	308
Destino do lixo	
Coletado	1.227
Queimado/Enterrado	364
Céu aberto	201
Outro	3
Não Informado	325

Fonte: elaborada pela autora (2024)

Tabela 7 – Animais no domicílio, Pessoas com deficiência e Renda familiar

Descrição	Quantidade
Animais no domicílio	
Sim	938
Não	1.182
Gato	488
Cachorro	712
Pássaro	65
Outros	169
Pessoas com deficiência	
Auditiva	36
Física	99
Intelectual/cognitiva	61
Outras	27
Visual	89
Famílias-renda familiar	
1/4 de salário mínimo	161
Meio salário mínimo	295
Um salário mínimo	800
Dois salários mínimos	280
Três salários mínimos	26
Quatro salários mínimos	4
Acima de 4 salários mínimos	1
Não informado	162

Fonte: elaborada pela autora (2024)

Tabela 8 – Distribuição de pessoas por faixa etária e sexo

Faixa etária	masculino	feminino	total
Menos de 1 ano	23	26	49
1 ano	35	34	69
2 anos	39	47	86
3 anos	31	37	68
4 anos	49	46	95
5 a 9 anos	218	222	440
10 a 14 anos	213	243	456
15 a 19 anos	228	243	471
20 a 24 anos	196	218	414
25 a 29 anos	161	200	361
30 a 34 anos	146	209	355
35 a 39 anos	147	227	374
40 a 44 anos	155	209	364
45 a 49 anos	121	171	292
50 a 54 anos	94	130	224
55 a 59 anos	97	133	230
60 a 64 anos	81	135	223
65 a 69 anos	70	101	171
70 a 74 anos	75	94	169
75 a 79 anos	45	60	105
80 anos ou mais	58	105	163

Fonte: elaborada pela autora (2024)

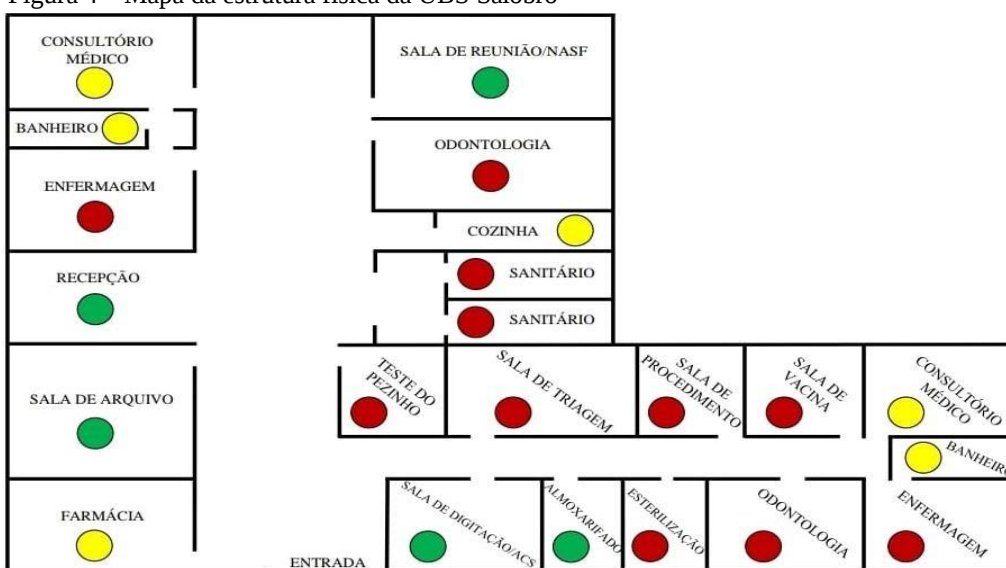
5.2.2 Descrição física da unidade básica de saúde UBS Salobro

A Unidade Básica de Saúde Salobro possui as seguintes repartições:

- Uma recepção composta por um (a) recepcionista para a recepção, o direcionamento dos pacientes de acordo com a demanda e entrega de resultados de exames, além de um computador para agendamento das consultas;
- Cinco consultórios destinados às consultas médicas, consultas de enfermagem e acolhimento;
- Uma Farmácia: onde há o armazenamento e distribuição de medicamentos;
- Uma sala de marcação de exames e consultas com especialistas via SISREG;
- Uma sala de triagem e administração de medicação;

- Uma sala para realização de coleta do Teste do Pezinho e Testes rápidos;
- Sala de vacinas;
- Um arquivo onde estão os prontuários físicos;
- Uma cozinha;
- Uma Sala de Reuniões;
- Quatro banheiros – dois para funcionários e dois para pacientes;
- Dois almoxarifados: onde estão armazenados os materiais e suprimentos médicos e administrativos;
- Dois consultórios de odontologia: tendo apenas um ativo;
- Uma sala dos ACS;
- Uma sala para Esterilização de Materiais.

Figura 4 – Mapa da estrutura física da UBS Salobro



Fonte: elaborada pela autora (2024)

5.2.3 Recursos humanos

A UBS Salobro possui uma equipe multiprofissional, atualmente, formada por 38 funcionários e seu quadro de profissionais está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos da seguinte forma as equipes:

Duas médicas generalistas, duas enfermeiras, duas dentistas, quatro técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem dois auxiliares de saúde bucal, uma recepcionista,

um funcionário para agendar os exames, um auxiliar administrativo, um auxiliar operacional de serviços diversos, três vigias e 11 ACS.

5.2.4 Equipes de apoio

É composta por três residentes, uma de enfermagem, uma de fisioterapia e uma de farmácia.

- Equipe eMulti: é formada por: uma nutricionista, uma psicóloga e uma psiquiatra.
- A Equipe Saúde na Hora é composta por: uma enfermeira, uma médica, uma recepcionista e uma técnica de enfermagem.
-

5.2.5 Serviços de saúde que a unidade de saúde oferta a população

Podemos observar na tabela 9 que a UBS Salobro contempla grande parte dos serviços que são preconizados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a cidade de Caxias, vem contribuindo para a mudança do modelo de atenção vigente e implementação das Redes de Atenção à Saúde por meio da Planificação da Atenção à Saúde. A Planificação da Atenção a Saúde vem sendo um importante instrumento de gestão, planejamento e organização tanto da APS quanto a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e tem como objetivo apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela desenvolve a competência das equipes de atenção à saúde, qualificando o serviço, mudando o seu “modus operandi”, integrando os profissionais dos diversos níveis de atenção e contribuindo para a recuperação da satisfação dos usuários, razão de ser de todo sistema de saúde.

Tabela 9- Comparação entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que a UBS Salobro oferece

MINISTÉRIO DA SAÚDE	UBS SALOBRO
Atenção a Saúde	SIM
Recursos Humanos	SIM
Técnicos	SIM
Médicos Clínicos	SIM
ACS	SIM
Enfermeiras	SIM

Auxiliares de enfermagem	SIM
Programa de educação continuada	SIM
Programa de saúde bucal	SIM
Programa de saúde mental	SIM
Dentista	SIM
Psicólogo	SIM
Cuidado a domicílio	SIM
Técnico em saúde bucal	SIM
Ações de vigilância	SIM
Fisioterapia	SIM
Educação permanente	SIM
Apoio matricial	SIM
Programa Telenordeste	SIM
Promoção a saúde	SIM
Vacina	SIM
Curativo	SIM
Outros procedimentos de enfermagem	SIM
Dispensação (distribuição) de medicamentos	SIM
Acolhimento	SIM
Marcação de consultas especializadas e exames complementares	SIM
Atendimento aos casos agudos e encaminhamento responsável para urgência/emergência;	SIM
Avaliação e monitoramento dos encaminhamentos para atenção secundária priorizados pelas equipes;	SIM
Realização de plano terapêutico individual e familiar	SIM
Programa de Saúde na Escola (PSE)	SIM
Programa de Saúde da Família (PSF)	SIM

Fonte: elaborada pela autora (2024)

5.2.6 Caracterização geral do município de Caxias – MA

A Cidade de Caxias está situada na Mesorregião do Leste Maranhense e na Microrregião de Caxias, o município possui uma área de 5.150,647 km², e está a 360 quilômetros da capital do Estado do Maranhão, São Luís. O município apresenta uma densidade

demográfica de 30,95 hab./km² e uma taxa de urbanização de 76,27%. Caxias ocupa um lugar de destaque na rede Urbana Maranhense, é o 5.º município mais populoso do Estado (São Luís, Imperatriz, São José de Ribamar e Timon) e a 6.ª maior economia, considerando o PIB Municipal de 2012. A população da cidade de Caxias é de 156.970 pessoas no Censo de 2022 (IBGE, 2022).

Figura -5 Localização do município de Caxias



Fonte: GOOGLE maps

Caxias é um dos três municípios maranhenses considerados sede de macrorregião pelo Estado do Maranhão, por cumprirem uma série de requisitos definidos pelo Plano Diretor de Regionalização. Tem como foco estratégico a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que se baseia nos principais eixos relacionados à Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle da Tuberculose, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, eliminação da Hanseníase, Saúde Bucal, Cobertura de Ações Básicas (consultas e visitas domiciliares) e do Programa de Saúde da Família (PSF) são fundamentos importantes do Plano Municipal de Saúde.

Segundo o IBGE (2010) cerca de 76,39% da população reside na zona urbana, sendo que a incidência de pobreza no município e o percentual dos que estão abaixo desse nível é de 58,44% e 48,97% respectivamente. Na educação destacam-se os seguintes níveis escolares: Educação Infantil (9,18%); Educação de Jovens e Adultos (11,04%); Educação Especial (0,87%); Ensino Fundamental do 1º ao 9º ano (63,04%); Ensino Médio do 1º ao 3º ano (15,85%), segundo informações do IMESC (Instituto maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos) (2010). O analfabetismo atinge mais de 30% da população da faixa etária acima de sete anos (IBGE, 2010). No censo de 2000, o estado do Maranhão teve o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil e Caxias obteve IDH de 0,613.

5.2.7 Cenário atual da APS de Caxias-MA

O Programa Saúde da Família como estratégia estruturante do sistema municipal de saúde tem produzido resultados positivos nos principais indicadores da área relacionados às populações assistidas pelas equipes médicas e visa promover ações intersetoriais e interdisciplinares, a participação dos atores e a administração. Possui 38 Unidades Básicas de Saúde, 27 estão localizadas na zona urbana e 11 na zona rural, com 100% de cobertura em Equipes de Estratégia da Família e 98 % da população cadastrada. Dispõe de: 56 equipes de ESF, 49 Equipes de Saúde Bucal, 1 Equipe Prisional, 1 Equipe de saúde Consultório de Rua, 4 Equipes eMulti ampliada e 16 Unidades com Programa Saúde na Hora. A cidade conta com 44 estabelecimentos públicos de atendimento e 24 privados (IBGE, 2010). O PSF vem se adequando a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, a partir de seu ambiente físico e social, com procedimentos que facilitam a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. A relação entre profissionais da saúde e população em Caxias é 1/101 habitante, segundo o IMESC (2010).

5.3 Critérios de inclusão e não inclusão

Os critérios de inclusão adotados foram indivíduos com diagnóstico de HAS em tratamento anti-hipertensivo ou não, atendidos na Unidade Básica de Saúde do bairro Salobro pelas Equipes de Saúde da Família I e II, com idade maior de 18 anos, de ambos os sexos, que estavam cadastrados na Unidade Básica de Saúde e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de não inclusão foram usuários que não estavam cadastrados na Unidade Básica de Saúde e as pessoas que não corresponderam à solicitação para colaborar com a investigação.

5.4 População e Amostra

Na Unidade Básica de Saúde existe uma população cadastrada de 1.513 famílias, sendo uma população de 5.179 pessoas, e desses 1.137 usuários são hipertensos, de acordo com os dados obtidos das fichas de cadastro individual do E-SUS preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, com a cobertura de 100% da área.

Para o cálculo amostral foi utilizado o Software Statistica 10.0 no modo Power Analysis and Sample Size Estimation para estimar seus resultados. O número amostral total foi de 577 pessoas, calculado com base no total de pessoas com HAS cadastradas na UBS (1.137). A amostragem probabilística deu-se por seleção aleatória simples, por meio de sorteio, a partir de busca nas fichas de cadastros individual do E-SUS fornecidos pelos Agentes Comunitários de saúde do território para identificação dos usuários com hipertensão em planilhas de acompanhamento, o que garantiu a todos os participantes a mesma probabilidade de ser sorteado.

Participou deste estudo um total de 300 usuários com hipertensão arterial, tendo em vista que dos usuários cadastrados na UBS: 51 usuários eram cadastrados como hipertensos, mas desconheciam o seu diagnóstico de HAS e não faziam uso de medicação para hipertensão; 88 usuários já falecidos; 38 usuários não foram encontrados em seu domicílio no período da coleta e 92 usuários residiam na zona rural em áreas de difícil acesso e não compareceram a UBS mediante solicitação do ACS. Totalizando assim um número inferior ao tamanho amostral total estimado.

5.5 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com os usuários, com o objetivo de identificar quais são os desafios reais enfrentados pelos pacientes hipertensos para a realização (adesão) do tratamento (farmacológico e não farmacológico) e a realização dos acompanhamentos na unidade. O roteiro apresentou quatro núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS; c) percepção sobre a melhoria na assistência fornecida pelos profissionais e d) dificuldades na adesão ao tratamento. (APÊNDICE 1 – adaptado de Minayo 1999).

5.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2024 e foi dividida em etapas quantitativas e qualitativas, para facilitar o andamento da pesquisa.

Essas etapas foram:

Etapa 01 - O processo de sensibilização:

A pesquisa teve início em reunião de equipe com a pesquisadora e os profissionais da unidade de saúde da UBS, onde foram apresentadas as informações sobre a pesquisa, expectativas e objetivos. Houve discussões entre as equipes sobre a HAS por meio da vivência na assistência prestada ao usuário com hipertensão arterial, seguida de avaliação de dados em prontuários e registros informativos dos pacientes hipertensos, utilizando-se o método de Planejamento Estratégico Situacional.

Conforme descreve Jorge Bernard (2012), o planejamento é procedimento permanente, reflexivo, estratégico e acima de tudo, fortalecido por regras estabelecidas, normas bem definidas as quais devem ser seguidas para alcançar os objetivos almejados.

Etapa 02- Seleção da amostra:

As pessoas selecionadas foram convidadas a participar de uma entrevista direcionada a usuários com hipertensão arterial pela pesquisadora, nas instalações da UBS e por meio de visitar domiciliar, onde foi respondido um questionário com perguntas diretas que se enquadraram nos objetivos da pesquisa. Essa etapa fomentou a percepção do usuário e a inclusão efetiva dele em seu tratamento, facilitando assim a interação do usuário com a unidade.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e da garantia do anonimato e da privacidade de todos, explicou-se que as informações divulgadas a partir da pesquisa não comprometeriam a ética e a moral dos participantes, posteriormente assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma permaneceu com o entrevistado e a outra, com o pesquisador. (Apêndice 4).

De forma a registrar os dados e posteriormente realizar a transcrição dos mesmos, as entrevistas foram gravadas. Portanto, foi instalado no celular o aplicativo “Gravador de Voz Fácil”, do *Play Store* (Android 8.1 Oreo). As transcrições das entrevistas gravadas foram feitas na íntegra considerando a fidelidade e qualidade dos dados fornecidos, sempre mantendo as informações e identidades dos usuários em sigilo. Cada entrevista transcrita estava em um documento, identificado por um cabeçalho com o nome da UBS, Município, iniciais dos (as) entrevistados (as) e do (a) pesquisador (a).

Etapa 03 Estratificação de Risco Cardiovascular:

Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular pelas médicas da UBS utilizando o escore de Framingham de todos os usuários com hipertensão que ainda não tinham sido estratificados. O Escore de Framingham se sobressai por ser uma ferramenta, com boa praticidade e fácil utilização para estimar o RCV podendo ser utilizado em larga escala dentro

da APS com finalidade de se obter uma melhor estimativa de saúde cardiovascular dos acompanhados nas unidades de saúde, possibilitando investigação e implementação de ações de promoção e prevenção a saúde podendo fornecer um melhor prognóstico de curto a longo prazo e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência prestada (Santos, Cunha e Duailibe; 2023).

Este Escore classifica os indivíduos de acordo com o RCV da seguinte forma: indivíduos com baixo risco têm 10%, ou menos, de chance de desenvolver DCV em 10 anos; os de risco intermediário têm de 10 a 20% e os de alto risco mais de 20%.

Etapa 04 Análise e Planejamento:

Foram traçadas ações dentro da unidade que aconteceram da seguinte forma:

- 1 - Análise dos questionários aplicados para identificação da dificuldade dos usuários.
- 2 - Realização de roda de conversa com a equipe multiprofissional para discussão sobre as dificuldades de adesão ao programa, encontradas nas visitas domiciliares e sugestões e discussão de forma de abordagem nos domicílios para busca ativa dos usuários. E abordando, também, a importância do acolhimento e demanda espontânea, dentre outros assuntos relacionados aos obstáculos pertinentes que a equipe encontrou como barreira para a realização das ações.

Etapa 05 -Reflexão e Avaliação:

Realização de roda de conversa com a equipe onde foram analisados os dados, as ações realizadas e sobre ajustes no preenchimento no sistema das informações encontradas e sugestões nas ações em educação continuada em saúde. Utilizou-se como referência o Ciclo PDSA. O ciclo Plan-Do-Study-Act (Figura 4), ideal para implementar melhorias e testar soluções, mostrando-se uma ferramenta valiosa para organizações, sempre priorizando resultados e o conhecimento adquirido ao longo do percurso (Costa, 2019).

Ciclo PDSA



Fonte: Google

5.7 Aspectos éticos e legais

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12/12/2012 no âmbito do Comitê de Ética em Pesquisa (APÊNDICE 3).

5.8 Análise dos dados

Iniciou-se a pesquisa com a análise estatística, os dados foram tabulados no software Microsoft Office Excel®, versão 2010, (*Microsoft Corporation, Redmond, United States of America*) e organizados, processados e analisados pelo STATA versão 14.2. *software do Centers for Disease Control and Prevention – CDC de Atlanta – Estados Unidos*. As variáveis categóricas foram expressas na forma de frequências absoluta e relativa, enquanto as variáveis contínuas foram expressas em média, desvio padrão, amplitude (as paramétricas) e mediana (as não paramétricas). As análises estatísticas envolveram: análises descritivas; teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar o padrão de normalidade das variáveis contínuas; *qui-quadrado* e Kruskal-Wallis para testar as relações entre a adesão terapêutica e outras variáveis independentes.

Na segunda etapa, os áudios foram transcritos e analisados em seu conteúdo e categorias segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação (Minayo, 2012; Bardin, 2011). Para análise do conteúdo das entrevistas, utilizou-se a técnica qualitativa chamada de análise do conteúdo (Minayo, 2010). De posse da análise seguiu os seguintes passos: CATEGORIZAÇÃO, INFERÊNCIA, DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO.

➤ *Categorização*: operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricadas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico.

➤ *Inferência*: realizada a partir do conhecimento do pesquisador sobre o contexto do material a ser analisado.

➤ Descrição: envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, buscando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo.

➤ Interpretação: realizar uma síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

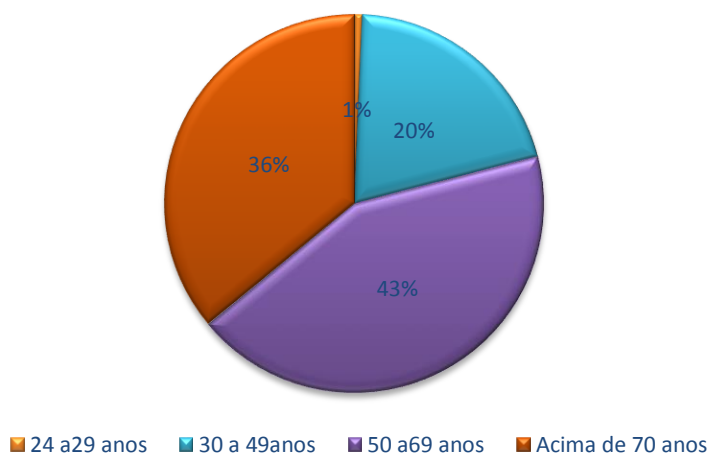
6.1 Dados Quantitativos

A análise e discussão dos resultados possibilitou evidenciar aspectos importantes da vivência dos pacientes com hipertensão arterial. Nesse sentido, apresentamos a seguir dados referentes à caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa, seguidos da descrição das percepções e práticas dos pacientes hipertensos no território da APS.

Ao analisar as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, verificou-se o predomínio de adultos com idades entre 24 e 96 anos, predominando indivíduos na faixa etária de 50 a 69 (43%), mulheres - 219 (73%) e de cor/raça parda 193 (64,3%), casados 176 (59%), religião católica – 232 (77,3%), sem escolaridade com predominância do analfabetismo – 118 (39,3%), aposentados e com renda familiar entre um e dois salários mínimos- 203 (67,7 %) dos entrevistados. As características socioeconômicas desfavoráveis também são uma realidade na população estudada e representa grande parte da população. A demanda entre homens e mulheres por atendimento médico no SUS, permanece sem equilíbrio, embora a distância entre os gêneros venha diminuindo ao longo dos anos dispostos nos gráficos (1, 2, 3, 4 e 5).

Na análise sobre a faixa etária dos usuários entrevistados, evidenciou maior prevalência entre indivíduos de 50 a 69 anos. O envelhecimento e a hipertensão arterial têm uma associação direta, atuando geralmente como preditor de outras doenças. Grande parte das doenças prevalentes na população de idosos se associa ou se originam com a hipertensão arterial e representam um considerável fator de risco. Quando o controle da pressão alta não é alcançado, a qualidade de vida deste idoso é afetada diretamente, acometendo a cognição, o comportamento e o social deste indivíduo (Queiros et al., 2020).

Gráfico 1 - Dados referentes a idade dos participantes

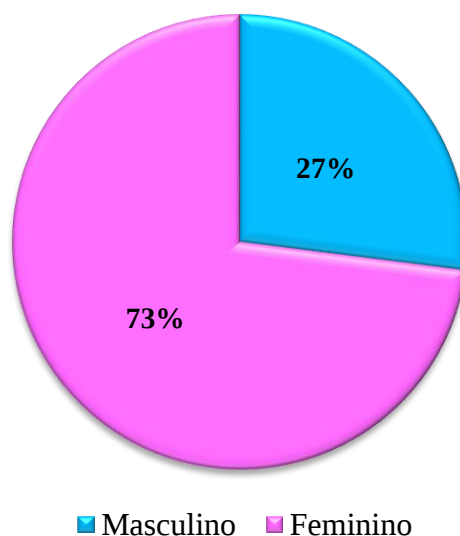


Fonte: elaborado pela autora (2024).

Estudos mostram que a prevalência da hipertensão arterial é de 32% entre os adultos em geral, podendo ultrapassar os 50% em pessoas com 60 anos ou mais, sua incidência aumenta significativamente com o avanço da idade. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde evidenciou que a prevalência de HA é de 44,4% entre os indivíduos de 60 a 64 anos, 52,7% entre os de 65 a 74 anos e 55,5% entre aqueles com 75 anos ou mais. Em um estudo realizado no Tibet, foi observado um aumento progressivo nessa taxa, variando de 19% na faixa etária de 40 anos a 78,1% na faixa etária acima de 70 anos. No entanto, as taxas de conhecimento sobre o diagnóstico, tratamento e controle da HA foram consideradas baixas. No Brasil, a realidade da hipertensão arterial ainda é pouco conhecida, com estudos regionais indicando uma prevalência de aproximadamente 30% na população adulta (Malta et al, 2017; Nobre et al, 2013).

Levramento da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), com dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Ministério da Saúde, mostram que enquanto mais de 312 milhões de homens já foram atendidos em 2022, as mulheres ultrapassaram 370 milhões. Essa diferença também fica evidente nos atendimentos específicos. Neste ano, houve mais de 1,2 milhão de atendimentos femininos por ginecologistas, mas a procura dos homens por urologistas foi de apenas 200 mil atendimentos. Segundo Weichmann et al. (2013), a prevalência de mulheres em grupos de convivência é explicada devido ao seu maior interesse no cuidado com a saúde, preocupação que ocorre menos frequentemente entre os homens.

Gráfico 2 - Dados referentes ao sexo dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

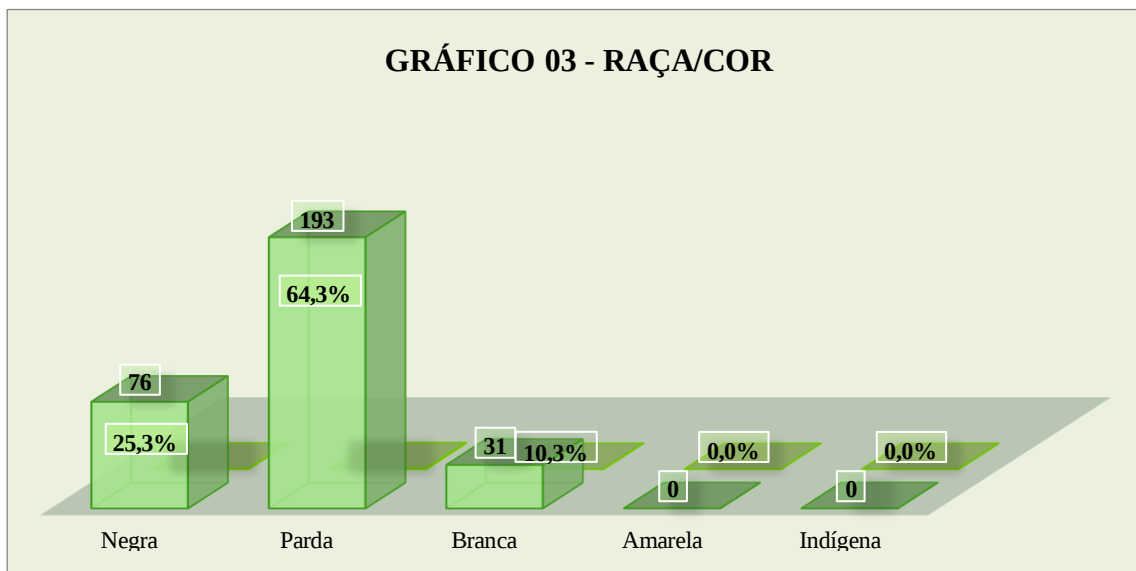
Uma justificativa é o contexto histórico, social e cultural que persiste na sociedade brasileira, sendo que os programas de saúde, em geral, são voltados para as mulheres, crianças e idosos, indicando uma falha no acolhimento ao público masculino e suas demandas na atenção primária à saúde. Além disso, o estereótipo do homem considerado um ser "mais forte" ainda persiste atualmente, fazendo-o acreditar que possuem maior resistência às doenças, não necessitando de cuidados preventivos (Couto et al., 2010).

Ressalta-se ainda a pouca visibilidade dos homens nas políticas e nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde, que tem maior oferta de serviços voltados para as mulheres. Apesar de lançada em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem enfrenta dificuldades em incorporar suas práticas e se depara com deficiências do sistema nesse atendimento. Para tanto, ela enfatiza a necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde e recomenda a necessidade da implementação efetiva e ampliação de ações de prevenção e promoção de saúde que incluam os homens, para diminuir-lhes a mortalidade prematura, bem como a atenção às especificidades de cada sexo no controle de tabagismo e de consumo de risco de álcool.

Em relação aos dados referentes à raça/cor e escolaridade, neste estudo, ocorreu a predominância da cor parda com o analfabetismo, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra

de Domicílios Contínua (PNAD Contínua,) em 2022 entre as pessoas pretas ou pardas com 15 anos ou mais de idade, 7,4% era analfabeta, mais que o dobro da taxa encontrada entre as pessoas brancas (3,4%).

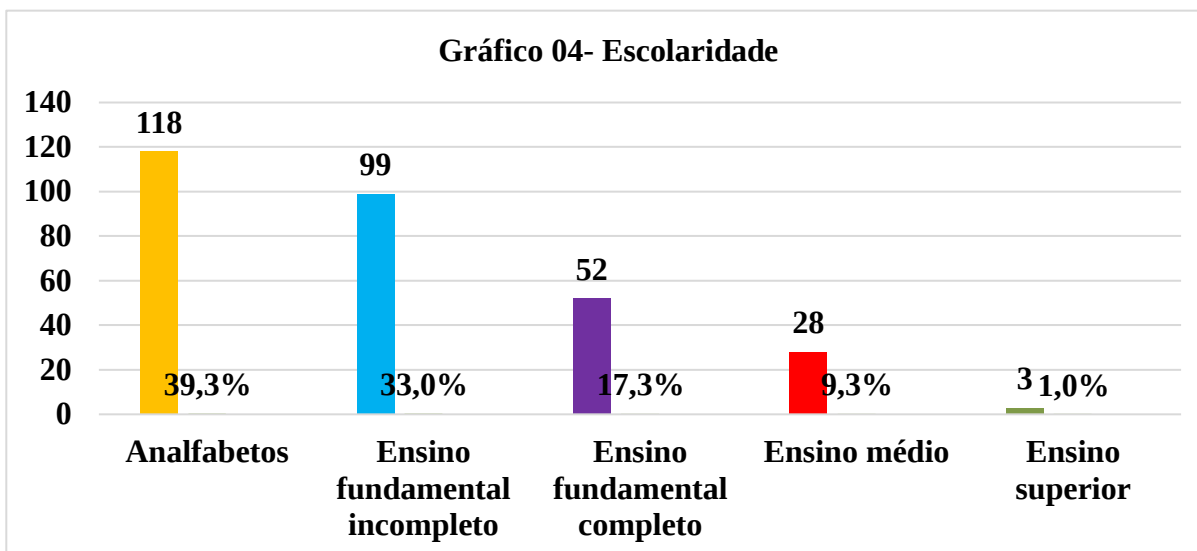
Gráfico 3: Dados referentes a cor referida dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

No grupo etário de 60 anos ou mais, a taxa de analfabetismo dos brancos alcançou 9,3%, enquanto entre pretos ou pardos ela chegava a 23,3%. Na análise por sexo, a taxa de analfabetismo de mulheres com idade de 15 anos ou mais, em 2022, foi de 5,4%, enquanto a de homens foi de 5,9%. Entre os idosos, a taxa das mulheres foi de 16,3%, ficando acima da dos homens (15,7%). A taxa de analfabetismo para as pessoas de 15 anos ou mais reflete ainda as desigualdades regionais: o Nordeste tem a taxa mais alta (11,7%) e o Sudeste, a mais baixa (2,9%). No grupo dos idosos (60 anos ou mais) a diferença é maior: 32,5% para o Nordeste e 8,8% para o Sudeste.

Gráfico 4 - Dados referentes à escolaridade dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

No Brasil, a proporção de pessoas com 25 anos ou mais que terminaram pelo menos a educação básica obrigatória – ou seja, concluíram, no mínimo, o ensino médio – chegou a 53,2% em 2022, ultrapassando pela primeira vez a metade da população, marca que havia sido alcançada em 2019. Entretanto, para as pessoas pretas ou pardas, esse percentual foi de 47,0%, enquanto entre as brancas a proporção era de 60,7%, uma diferença de 13,7 p.p.

O analfabetismo segue uma trajetória de declínio, mas mantém uma característica estrutural: quanto mais velho o grupo populacional, maior a proporção de analfabetos. O que indica que as gerações mais novas estão tendo maior acesso à educação e sendo alfabetizadas ainda crianças, enquanto permanece um contingente de analfabetos, formado principalmente, por pessoas idosas que não tiveram acesso à alfabetização na infância/juventude e permanecem analfabetas na vida adulta.

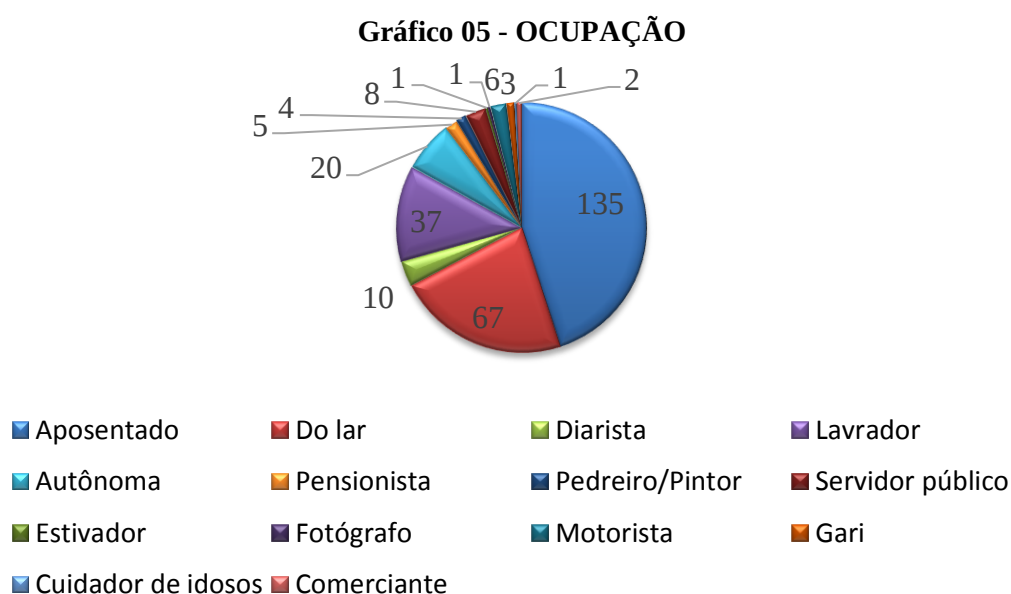
A pesquisa Vigitel 2018 destaca ainda que as pessoas com menor escolaridade são as mais afetadas. Do público com menos de oito anos de estudo, 42,5% disse sofrer com a doença; com 9 a 11 anos de estudo, 19,4%; e 12 ou mais, 14,2%. É necessário ressaltar que a baixa escolaridade constitui fator de risco para o controle da HAS uma vez que contribui para uma maior dificuldade de entendimento das orientações e aquisição de hábitos de vida saudáveis Silva (2019).

A renda familiar dos usuários participantes desse estudo apresentou uma predominância entre 1 a 2 salários-mínimos, confirmando o que aponta o IBGE (2022) sete em cada dez trabalhadores tinham renda de até dois salários mínimos no 3º trimestre deste ano. A pesquisa aponta ainda, que, 97,575 milhões de trabalhadores no país, 67,19% recebiam até dois

salários mínimos, ou seja, R\$ 2.424, por mês totalizando 65,565 milhões de trabalhadores nesta situação. Entre os lares mais pobres, é os que recebem até R\$ 1.908, quase um quarto da renda (24,3%), vindo de aposentadorias, pensões e programas sociais.

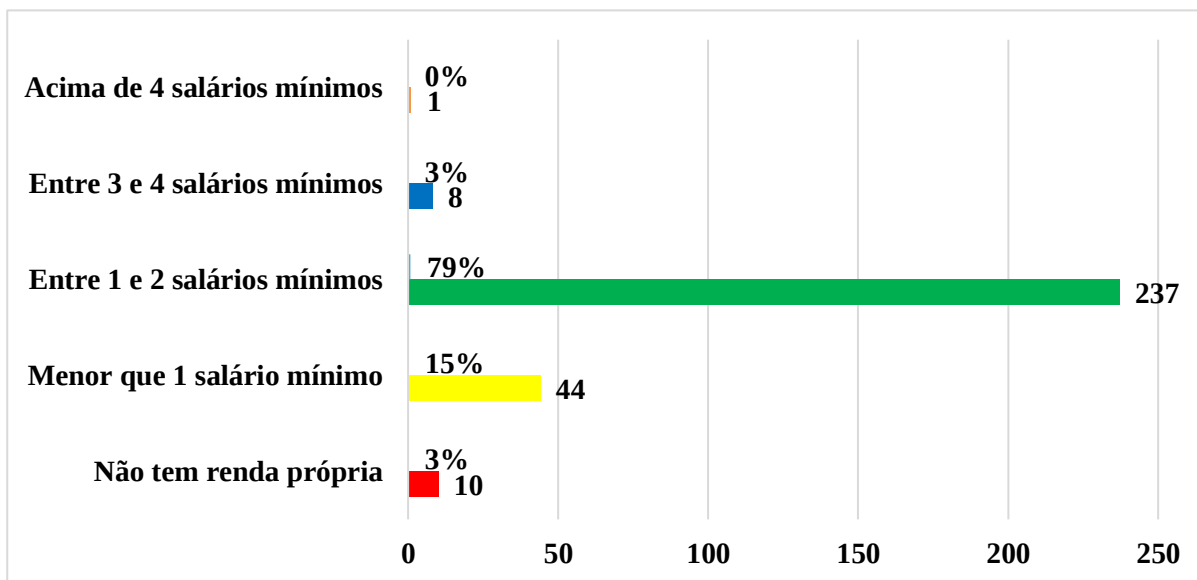
Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 14,7% da população brasileira tinha, desta forma, rendimentos provenientes de aposentadoria ou pensão em 2019, resultado ligeiramente acima do registrado no ano anterior (14,6%). O IBGE mostrou que, em média, aposentadorias e pensões representavam 20,5% dos rendimentos da população brasileira em 2019, mesmo percentual de 2018.

Gráfico 5- Dados referentes a ocupação dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

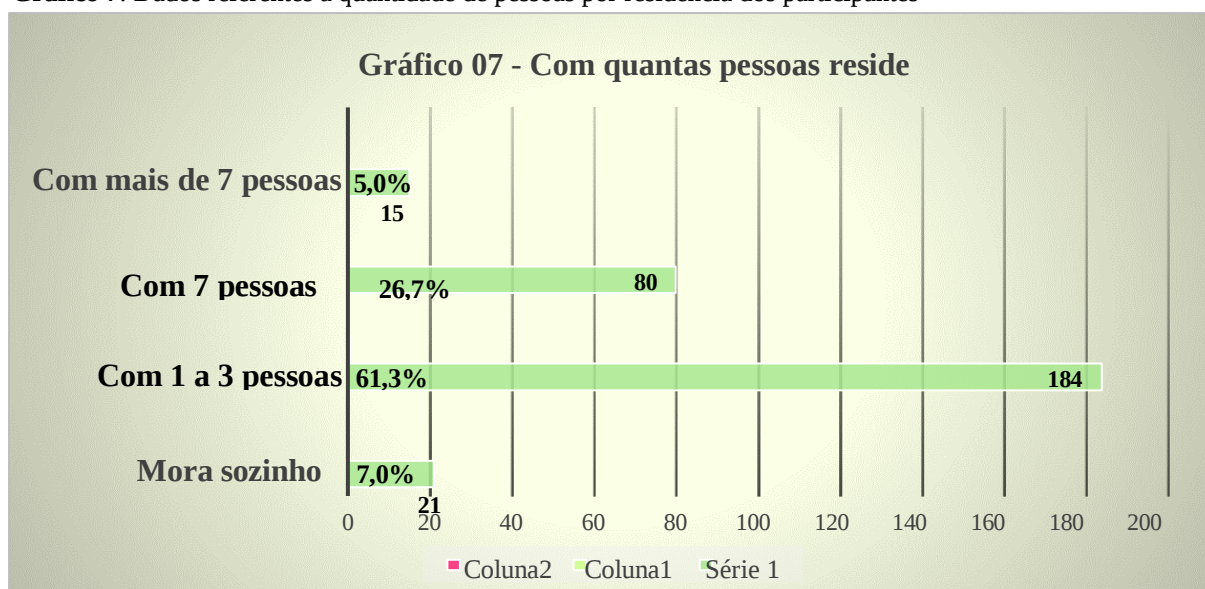
A condição socioeconômica dos portadores de HAS e o fato de nem sempre haver medicamentos disponíveis nos serviços de saúde públicos para controle da doença hipertensiva, são um dos principais obstáculos capazes de inviabilizar o comportamento adequado para o controle da doença, favorecendo assim a suscetibilidade do usuário hipertenso ante a HAS e a não adesão às medidas terapêuticas recomendadas (Becho et al 2017).

Gráfico 6: Dados referentes a renda familiar dos participantes

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

As dificuldades financeiras que as pessoas enfrentam se refletem diretamente no âmbito familiar trazendo incerteza, insegurança e medo. Quando a situação envolve o hipertenso, pode acarretar graves problemas relacionados à aquisição de medicamentos, realização de exames, adesão a hábitos saudáveis e mesmo distúrbio emocional, levando a um descontrole da pressão arterial. A família representa, para a maioria das pessoas, uma importante fonte de apoio e segurança, permitindo troca de amor, afeto, respeito e valor (Costa, 2008). A organização familiar e suas interações influenciam diretamente no sucesso do tratamento da hipertensão arterial.

Outro dado interessante que podemos analisar é o número de moradores por domicílio. A análise dos participantes da pesquisa face a distribuição de habitantes por moradia revelou que 184 (63%), das famílias eram compostas por 1 a 3 pessoas por domicílio. As famílias brasileiras estão ficando menores e seus domicílios têm cada vez menos membros. É o que indicam os primeiros resultados do Censo Demográfico 2022, divulgado pelo IBGE. Os domicílios brasileiros tem, na média, menos de três pessoas: hoje, são 2,79 moradores por residência. Em 2010, quando foi realizado o último Censo, eram 3,31. Entre as unidades da federação (UF), o Piauí teve a maior proporção da população residindo em domicílios do tipo “casa” (95,6%), seguido de perto pelo Tocantins (95,3%) e Maranhão (95,1%).

Gráfico 7: Dados referentes a quantidade de pessoas por residência dos participantes

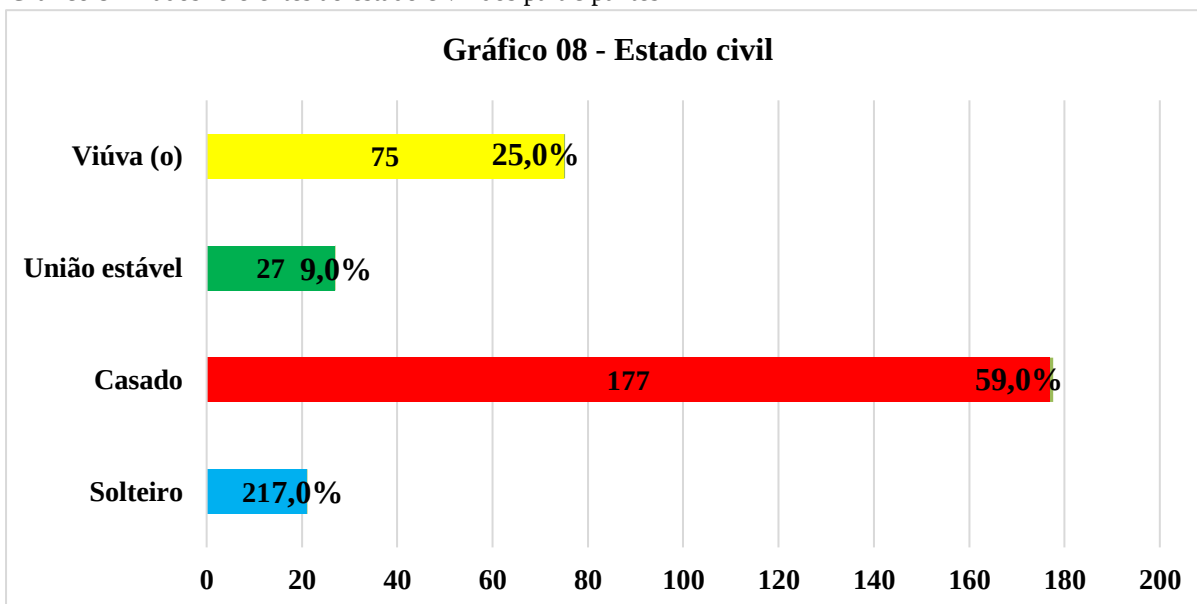
O IBGE classifica como domicílio: O local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal. Os critérios essenciais para definir a existência de mais de um domicílio em uma mesma propriedade ou terreno são os de separação e independência, que devem ser atendidos simultaneamente. Entende-se por separação quando o local de habitação for limitado por paredes, muros ou cercas e coberto por um teto, permitindo a uma ou mais pessoas, que nele habitam, isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia. Por independência, entende-se quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas (Censo Demográfico 2010, Resultados Preliminares, 2011).

Neste contexto, a família é apresentada além de um espaço em que se proporciona proteção e no qual seus membros se sentem pertencentes a um grupo unido por laços de amor e afeto, também tem sido definida como um sistema de saúde para os seus integrantes. Quando se sente fragilizada por uma situação de doença, ela utiliza conhecimentos culturais e valores, crenças e práticas para guiar suas ações tendo em vista a manutenção do bem-estar de seus habitantes. Diante disso, o envolvimento da família, voltado para a colaboração no controle da pressão arterial do hipertenso, além de ser essencial, ainda se constitui um desafio, pois a sua ausência é capaz de desestruturar todo o plano de tratamento elaborado para este paciente.

O estado civil com maior prevalência na pesquisa foi casado/união estável. Os indivíduos que vivem uma relação matrimonial quase sempre recebem mais cuidados do que

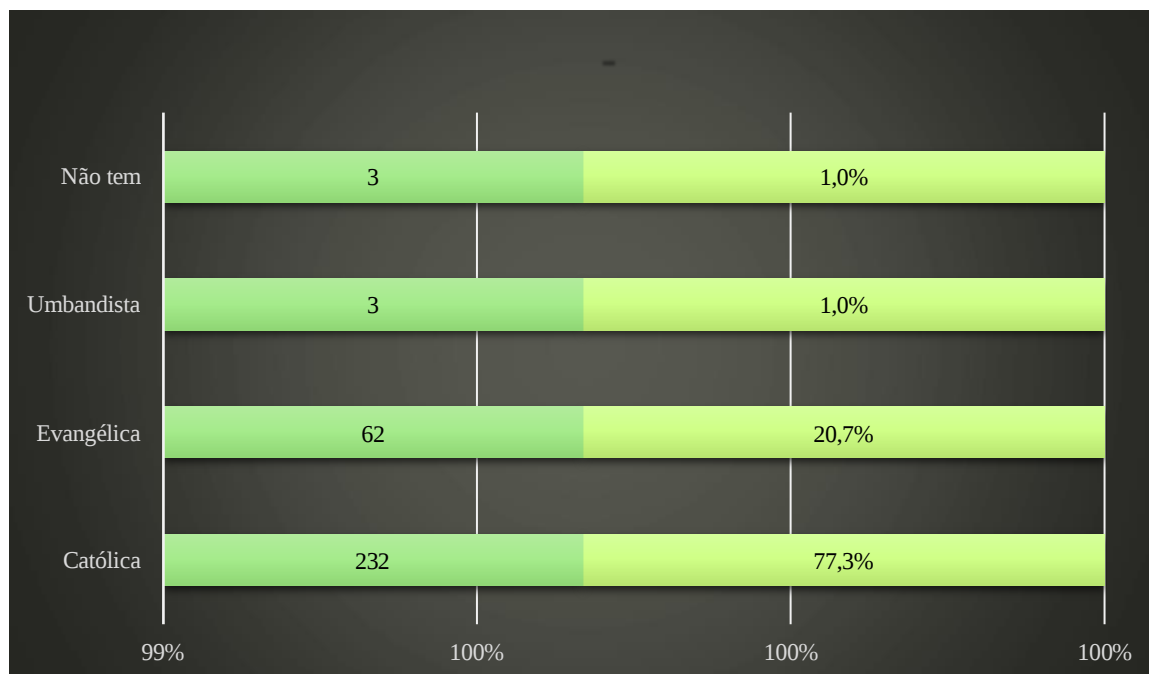
os viúvos e os solteiros e podem ter mais condições para cuidar do outro e sentirem-se assistidos. Várias pesquisas apontam que a presença de uma relação familiar estável e uma situação financeira satisfatória leva as pessoas a cuidarem melhor da sua própria saúde, o que faz do apoio familiar um fator facilitador para o tratamento (Ribeiro et al 2015).

Gráfico 8 - Dados referentes ao estado civil dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Ao analisarmos a prevalência de usuários que informaram ser católicos 232 (77,3%) neste estudo, as estimativas dos dados estatísticos disponíveis, no Censo de 1991 e a pesquisa por amostra do Data - Folha de 1994, permitiram afirmar que a configuração mais aparente da realidade social das religiões no Brasil atual, apresenta um quadro semelhante onde cerca de 75% dos brasileiros se declaram católicos, cerca de 15% se declaram evangélicos, cerca de 5% se dizem sem religião e os demais 5% declaram professar uma miríade de confissões religiosas, com predominância de espíritas e umbandistas (Camurça, 2001).

Gráfico 9 - Dados referentes a religião dos participantes

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Apoiados, portanto, nas crenças sabe-se que a religiosidade e a espiritualidade podem auxiliar na prevenção de cardiopatias e até mesmo neoplasias. Nos casos em que as enfermidades já se encontram instaladas, foram relatados alívio dos sintomas e aumento da sobrevida do paciente. Uma das explicações para o fenômeno é que, ao encontrar um propósito para a vida humana, a religião auxilia os pacientes no enfrentamento das doenças e na aceitação do estado de impermanência. Ao chegar ao consultório médico para relatar algum tipo de sintoma, a maioria dos pacientes não apenas busca um diagnóstico concreto mas também um tratamento. Na falta de uma explicação científica, busca-se na fé, na religião ou em alguma instância espiritual um conceito suprafísico capaz de aliviar a ansiedade e fornecer uma esperança de cura. No Brasil, uma pesquisa conduzida na Universidade Federal de Juiz de Fora por Alexander Moreira-Almeida, Ilana Pinsky, Marcos Zaleski e Ronaldo Laranjeira, publicada na Revista de Psiquiatria Clínica em 2010, aponta que 83% da população consideram a religião um aspecto muito importante na própria vida e apenas 5% decidiram não ter qualquer tipo de vínculo religioso.

O conjunto de evidências contidas na Diretriz de Prevenção Cardiovascular, de 2019, indica que as vivências religiosas e espirituais são capazes de proporcionar aspectos positivos na saúde dos praticantes, reduzindo o nível de prevalência de doenças cardiovasculares pelo fomento a comportamentos saudáveis. Diversos estudos constataram que aqueles que frequentavam mais os serviços religiosos e tinham condutas espirituais e religiosas para

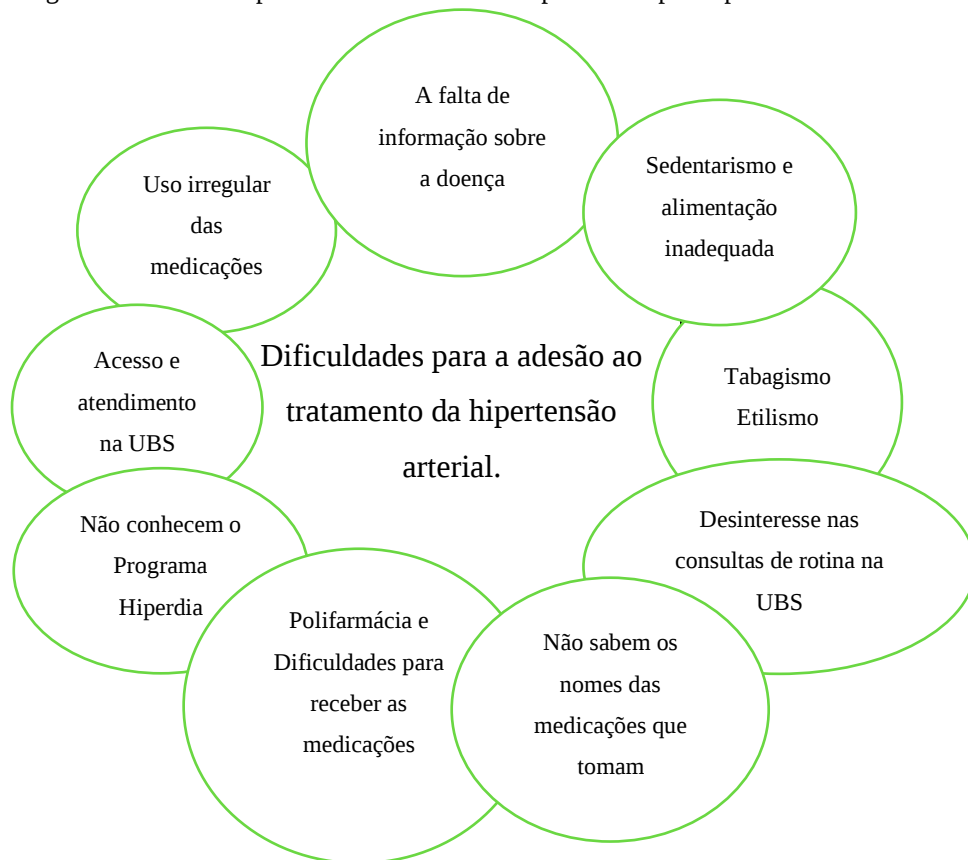
enfrentar momentos estressantes apresentavam menores níveis de pressão arterial e menor prevalência de desenvolverem hipertensão arterial (HA). Notou-se também que, aqueles com maior religiosidade, possuíam menor risco de ter diabetes em decorrência de uma melhor dieta ou adesão ao tratamento (Thiengo, 2019).

Em termos metodológicos, a relação entre religião, espiritualidade e saúde ainda estão “engatinhando”, pesquisas têm se tornado mais frequentes e abrangentes, as mais recentes, no entanto, têm investigado relações de marcadores biológicos (cortisol, sistema nervoso autônomo, imunológico, cardiovascular) com base em aspectos religiosos e espirituais. São vários exemplos que comprovam essa relação: na obesidade — estudos apontam o papel da religiosidade na perda e manutenção do peso corporal, contribuindo, principalmente, com mudança de hábitos alimentares, estilo de vida e autopercepção; no sistema imunológico — quando aplicada em hospitais, a religiosidade é capaz, inclusive, de reduzir a interleucina 6 e outros marcadores inflamatórios associados a doenças osteomusculares, cardiovasculares, depressão e estresse. E os resultados até o momento indicam um futuro promissor quando se fala na intervenção da fé na qualidade de vida dos pacientes (Jornal da USP, Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Purdue University, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Departamento de Psiquiatria — Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2020).

6.2 Dados referentes à pesquisa qualitativa

Nesta etapa, está descrita a análise das falas dos participantes da pesquisa seguindo o roteiro estruturado, as falas foram organizadas de acordo com as temáticas que as respostas abordaram. Essas temáticas foram nomeadas em categorias, que revelaram dificuldades dos participantes para a adesão tanto ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. As categorias elaboradas a partir das temáticas das falas foram esquematizadas na Figura 5 para facilitar a compreensão do fenômeno estudado.

Figura 5 - Categorias elaboradas a partir das temáticas das respostas dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Categoria 1: Compreensão sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e conhecimento do Programa Hiperdia

Ao serem questionados sobre a hipertensão arterial 93(31%) dos usuários entrevistados informaram saber o que é HAS e informaram pelo menos dois fatores de risco associados à hipertensão e 207(69%) relataram que tem a doença, mas não sabem realmente o que é, utilizando automaticamente a palavra “pressão alta”, afirmaram pouca informação sobre a patologia e referiram a alimentação inadequada como fator principal ao aparecimento da patologia.

Falas

- “Eu só sei que tenho a pressão alta, mas não sei o que é” P3.
- “É um problema no coração” P1
- “É quando a gente se alimenta errado e o colesterol fica alto” P7
- “Ah! Não sei não...” P23.
- “É quando nosso coração trabalha colocando muita força e tem dificuldade e bombear o sangue pelo corpo” P91
- “A dra me falou, mas não entendi não”... P127
- “Só sei que é grave, mas não sei direito o que é” P46.

A associação entre o nível de escolaridade e o conhecimento pôde ser observada entre aquelas com maior percentual de conhecimento em sujeitos de escolaridade de nível médio e superior. O desconhecimento sobre a HAS, dos fatores de risco e a resistência de alguns pacientes ao tratamento são ainda mais preocupantes quando se constata que a doença cardiovascular é a mais séria complicação da hipertensão arterial e a principal causa de mortes no Brasil. O conhecimento que o indivíduo possui a respeito da doença tem influência na forma como o mesmo lida com essa condição patológica. Diversos estudos indicam que o conhecimento a respeito de sua patologia pode criar condições para mudança nos fatores que possibilitam a melhora ou a piora do estado clínico do paciente. Esse conhecimento é fruto das experiências de vida de cada paciente e têm relação considerável com as crenças, pensamentos, sentimentos e valores próprios do indivíduo (Barreto; Reiners; Marcon, 2014; Péres; Magna; Viana, 2003).

Estudos apontam que o conhecimento dos pacientes sobre uma doença influencia na forma como os mesmos conduzem o próprio tratamento. As atitudes do paciente hipertenso em relação à hipertensão arterial refletem a relação de conhecimento e aceitação que o mesmo estabelece desde o momento em que o mesmo tem ciência da doença. Não obstante, as percepções do indivíduo hipertenso sobre os sintomas e sobre o que é hipertensão arterial podem favorecer a identificação de situações de risco, a prevenção de complicações e o autocuidado. Essas atitudes e conhecimentos, quando identificados precocemente pelo profissional de saúde, podem subsidiar condições que identifiquem os fatores e situações que impeçam a adesão ao tratamento ou até mesmo mudança no tratamento por parte dos profissionais de saúde (Araújo-Girão *et al.*, 2015; Barreto; Reiners; Marcon, 2014; Bezerra; Lopes; Barros, 2014; Leão e Silva *et al.*, 2013; Péres; Magna; Viana, 2003).

O paciente quando possui conhecimento sobre a doença torna-se mais confiante em realizar o autocuidado, adere melhor ao esquema terapêutico preventivo, atingindo um melhor nível de saúde. Concluindo-se que a falta de conhecimento adequando contribui para a baixa adesão ao tratamento (Soares *et al.*, 2017).

Dos pacientes entrevistados apenas 81 (27%) conhecem o Programa Hiperdia, outras 219 (73%) afirmam não ter ciência sobre o programa. Desse modo, vê-se o quanto são necessários investimentos na capacitação dos profissionais, visando superar os diversos problemas apontados na escassez de informações prestadas durante os atendimentos, buscando uma postura mais ativa dos mesmos, aumentando a responsabilização/implicação com relação aos casos atendidos e desenvolvendo ações em consonância com os princípios do SUS para que

aconteçam avanços em relação aos problemas relacionados ao cuidado das pessoas com hipertensão arterial.

O tipo de formação e as concepções dos profissionais a respeito da doença, do doente e do tratamento têm grande influência nas taxas de adesão e vários estudos apontam os problemas relacionados às dificuldades dos profissionais para estabelecer uma boa relação terapêutica, tais como: comunicação inadequada e insuficiente; falta de confiança; falta de vínculo; abordagem de forma imprópria (desatenção e indelicadeza); hierarquização das relações; comportamentos de pressão e ameaça; comportamentos paternalistas, entre outros (Gama, 2017).

Falas

- “O que é isso”?... P28
- “É o cadastro que a gente faz na farmácia para receber o remédio de graça?” P15
- “Acho que é um programa que faz tempo a gente vinha para a UBS para assistir as palestras” P73
- “Estou sabendo agora no momento da entrevista” P89
- “Eu nunca participei, ninguém me falou antes” P35.
- “É muito importante o acompanhamento regular na UBS com vários profissionais porque a gente pode esclarecer nossas dúvidas” P21
- “Venho para as consultas porque uma amiga me falou que se eu não estiver cadastrada no Programa, não posso receber meus remédios na farmácia sem pagar”. P55

Um dos maiores desafios para as equipes de saúde é melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida de hipertensos, a fim de evitar gastos em saúde e reduzir a mortalidade e complicações relacionadas à doença. Diante do exposto, é possível observar a presença constante de pacientes com diagnóstico de HAS atendidos na UBS e que desconhecem, o HIPERDIA, Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes. Os hipertensos que participarem e se envolverem com atividades realizadas na UBS com certeza se sensibilizarão da importância da prevenção para se ter uma vida mais saudável no futuro.

O HIPERDIA foi criado em 2002, sendo implantado pelo Ministério da Saúde a partir do Plano de Reorganização de Atenção a Hipertensão e Diabetes, é um programa informatizado que possibilita cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e ou Diabetes Mellitus (DM) vinculados às unidades ou equipes da Atenção 35 Básica do SUS, gerando informações para os profissionais, para os gestores em todas as esferas e para o Ministério da Saúde (DATASUS, 2017). O programa tem como objetivos realizar o cadastro, acompanhamento e o

monitoramento de forma contínua a qualidade clínica e a situação da doença e seus agravos. A partir disso, o programa permite conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do DM, orienta os gestores públicos na tomada de decisões para a adoção de estratégias de intervenção gerais e pontuais e fornece informações sobre aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos por meio do Programa de Assistência Farmacêutica à HAS e ao DM (DATASUS, 2017).

Percebe-se ainda, que há o desconhecimento da maioria dos usuários com hipertensão e por parte de alguns profissionais sobre o HIPERDIA, devido as suas limitações, destaca-se ainda a falta de planejamento das equipes, trabalhando com agendas superlotadas e sem programação para as atividades em grupo com equipe multiprofissional e paciente hipertensos, além de medicamentos insuficientes fornecidos pela farmácia básica.

Categoria 2: Acesso ao atendimento e vínculo com a UBS

Do total de 300 entrevistados, 190 (63,3%) relataram não ter utilizado, mediante procura espontânea, consultas médicas disponíveis na AB nos seis meses anteriores a entrevista, 110 (36,7%) dos usuários com hipertensão, afirmaram estar realizando suas consultas rotina e verificação de pressão arterial com frequência na UBS.

Ao verificar a pressão arterial dos usuários constatou-se que 127 deles estavam com a pressão arterial dentro dos limites de normalidade e 173 usuários apresentavam aumento nos valores da pressão arterial. Foram considerados com controle de PA os que tinham valores menores que 140x90mmHg e aumento de pressão arterial a partir de 140x90mmHg.

- “Ah! Nem me lembro... tem tanto tempo que não vou ao postinho” P35.
- “Eu consulto no serviço particular... os exames são mais rápidos” P97.
- “Tem poucos dias, vou com frequência” P122.
- “De 6 em 6 meses vou pra consulta, gosto de ficar fazendo o acompanhamento regular” P4
- “Em fevereiro desse ano só trocar a receita e aproveitei para verificar a pressão” P22
- “Só vou quando sinto alguma coisa” P9
- “Não gosto muito de ir para posto consultar não, demora muito o atendimento e a gente tem que fazer as coisas em casa” P93.
- “Vou quase todos os dias” P10
- “Tenho que vim de 6 em 6 meses para renovar a receita” P77
- “Comecei a vim para o posto depois que tive uma infecção no dedo do meu pé e teve que ser amputado” P48
- “Só vou para o posto quando estou doente” P135
- “Vou uma vez no ano” P57
- “Raramente eu vou” P129
- “Quem mora na zona rural é mais dependioso pra vim, sempre” P17
- “Não gosto de ir pro posto, vão me obrigar a tomar remédio e fazer exame” P12

A partir das falas dos entrevistados, considerou-se a não utilização das consultas quando o indivíduo referiu não ter comparecido nos últimos seis meses, no mínimo, a uma consulta médica de rotina na AB, conforme recomenda os Cadernos de Atenção Básica – HAS do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Apesar de se reconhecer a importância das consultas de rotina, disponíveis na AB mediante procura espontânea, para o adequado controle da pressão arterial, o que podemos observar na realidade da prática assistencial brasileira é uma baixa utilização dos serviços de saúde de maneira regular e preventiva por parte dos usuários (Barreto, 2018).

É importante levar em consideração que o fato de pessoas com HAS não utilizarem, no mínimo, uma consulta de rotina durante o período de seis meses, configura-se como um importante problema de saúde pública. Essa situação pode ser vista e entendida a partir de dois prismas. Os profissionais de saúde podem estar prestando a assistência em desacordo com os protocolos do Ministério da Saúde que vão desde o excesso de atividades ou por não considerarem a devida importância aos agendamentos de consultas a pessoas com condições crônicas, o que pode refletir em limitada explicação aos pacientes sobre a necessidade de acompanhamento individual e sistemático. Deste modo, boa parte das pessoas com HAS, por não estarem suficientemente esclarecidas e convencidas, não reconhece a necessidade e

tampouco buscam pela assistência. Por outro lado, durante as entrevistas observou-se por parte de alguns usuários mostrarem-se desinteressados ao comparecimento de suas consultas de rotina na UBS, mesmo que devidamente orientados pela Equipe sobre a relevância do comparecimento a unidade de saúde para o adequado acompanhamento de sua doença, deixando de procurar o atendimento, por vontade própria ou devido a algum impedimento/problema. No entanto, um olhar mais atento deve ser dado aos usuários que residem na zona rural assistidos pela UBS, visto que comparecem menos aos serviços de saúde relatando dificuldades de transporte para locomoção.

Os moradores de comunidades rurais avaliam pior sua própria saúde quando comparados à população urbana, mas procuram menos pelo serviço de saúde. Isso pode estar relacionado a uma menor oferta de serviços nas proximidades rurais, exigindo dos usuários gastos financeiros para deslocamentos (Arruda; Maia; Alves, 2018). Apesar dos avanços da Atenção Primária à Saúde, sobretudo na ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e no acesso da população aos serviços de saúde (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018), permanece o desafio de garantir o direito e o acesso à saúde da população rural.

Um estudo realizado no nordeste brasileiro evidenciou que o comparecimento dos indivíduos com HAS às consultas de rotina na Atenção Básica representava fator de proteção para o adequado controle da pressão arterial. Enquanto, que um estudo de coorte conduzido na Alemanha junto a 410 indivíduos com HAS identificou que, após um ano de acompanhamento por meio de consultas de rotina na AB, o controle da hipertensão arterial dos pacientes passou de 59% para 74% (Weltermann, 2014). Assim sendo, considera-se que realizar o adequado acompanhamento aos indivíduos com HAS, terá reflexos diretamente na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso o que, por sua vez, tem potencial para controlar adequadamente os níveis pressóricos.

Avaliar o atendimento é de extrema importância à qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde. Todos têm direito a respeito e dignidade. A qualidade no atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e demonstrar compreensão, e assim ajudá-lo a descobrir opções para seu problema. A atenção e o ouvir são imprescindíveis para uma relação de respeito mútua. A Política Nacional de Atenção Básica assegura que o acesso e o acolhimento, onde a equipe da unidade deve receber e ouvir a comunidade, acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva diminui danos e sofrimentos desta, reconhece a corresponsabilidade do cuidar e assim torna os sujeitos protagonistas na melhoria da qualidade da saúde. Desse modo, com uma assistência humanizada será possível evidenciar características

do processo de trabalho das equipes de saúde, com atribuições que é para todos os membros, e assim gerar o funcionamento correto da atenção básica (Do Amaral, 2020).

Nessa perspectiva, objetivou-se analisar a qualidade no atendimento ao usuário com hipertensão arterial prestado pela Unidade Básica de Saúde-UBS Salobro através da avaliação obtidas por eles durante a entrevista. As opções fornecidas aos usuários foram: excelente, boa, regular e necessita de melhoria. 21 (7%) responderam excelente, 222 (74%) relataram está bom o atendimento fornecido, 35 (11,7%) atribuíram ser regular e 22 (7,3%) informaram que o atendimento necessita de melhoria.

Falas
-“Precisa melhorar o atendimento na recepção, passar as informações corretas...melhorar o acolhimento” P7
-“Melhorar o atendimento, os funcionários tem que ser mais atentos a prioridade dos idosos” P22
-“Que pudesse ter mais treinamento sobre alimentação saudável” P35
-“ Para mim está tudo bem, não tenho nada para reclamar”P45
-“Sou sempre bem tratada na UBS, não tenho dificuldade com atendimento” P17
-“Ter nosso remédio da pressão no posto, a gente chega aqui toda vez e fala que já acabou”P1
- “O profissional olhar para o paciente e não só para a pressão”P5
-“Agilidade nas trocas de receitas” P44
-“Não tem queixas em relação ao atendimento quando vou ao posto”P2
-“Ter visita dos agentes de saúde” P7
-“ Realizar mais visitas da médica, para os hipertensos que não podem vim consultar”P55
-“Atendimento muito demorado, podia ser mais rápido” P34
-“Melhorar a marcação dos nossos exames, deixa aqui passa mais de mês”P18
- “Os resultados dos nossos exames custam demais para chegar no posto” P57
- “Pra mim tá bom, se não tivesse esse negócio de medir a pressão eu já tinha batido as botas” P 107
-“ A médica podia ouvir mais a gente, a gente quase não pode falar na consulta”P55
-“ Nem sei dizer, eu não muito lá, mas se a médica visitasse a gente era bom” P70

Foi possível perceber que as variáveis que vão contribuir para o aumento de satisfação dos usuários e aumentar a procura pelos serviços são: o acolhimento, o tempo de espera, privacidade, o respeito por parte da equipe e o tratamento mais pessoal, a oferta de medicamentos, agilidade na marcação de consultas e exames, e as visitas domiciliares por

equipe multidisciplinar. Percebe-se, portanto que muitos desses problemas podem ser resolvidos melhorando a qualidade do acesso a UBS de forma que inclua a todos, além de capacitações para as equipes multidisciplinares e estimular adesão dos usuários ao Programa de HIPERDIA.

As equipes de saúde que atuam na atenção primária devem adotar o princípio do "cuidado centrado no paciente". Nesse modelo, o indivíduo assume um papel central nas ações de cuidado, que são adaptadas às suas necessidades específicas. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os pacientes no desenvolvimento de conhecimento, habilidades, competências e confiança necessária para que possam gerenciar sua própria saúde e tomar decisões informadas de maneira mais eficaz (Brasil, 2020).

Categoria 3: Auto cuidado para o tratamento farmacológico

É essencial que o hipertenso reconheça seu papel ativo no tratamento anti-hipertensivo. Essa conscientização desperta um interesse pelo autocuidado, levando-o a entender que ele é o principal agente no combate à sua doença. Ao fazer a análise desses dados, pôde-se observar que 129 (43%) relatam não saber os nomes de suas medicações, porque têm dificuldades na leitura ou porque fazem uso de várias medicações, afirmam ainda se basearem na tomada das medicações pelas cores das caixas ou cartelas dos remédios e 171 (57%) dos entrevistados falaram os nomes de suas medicações corretamente sem auxílio de suas receitas.

Falas

- “ Não, só se eu olhar na receita” P18
- “ Não porque a Drª trocou meu remédio recente e ainda não aprendi o nome dele” P32
- “ Sei olhando as caixas dos remédios, de cabeça é difícil...” P155
- “ Não, eu tomo muitos remédios e fica difícil eu saber o nome de todos” P179
- “ Eu não sei ler, mas vejo as caixas e sei qual tomar porque a moça da farmácia colocou os horários pra mim”P68
- “ Eu sei pelas cores dos comprimidos” P117
- “Sim, eu sei o nome do meu remédio” P46
- “ Eu sei sim, tem que aprender né...” P75
- “Faz tanto tempo que tomo esse remédio que não tem como eu não saber o nome” P1

Ao serem questionados sobre o uso correto de suas medicações de acordo com a prescrição médica, 104 (25%) dos entrevistados afirmaram que não estão fazendo uso correto de suas medicações usando na maioria de suas falas a palavra esquecimento, ausência de sintomas e falta da medicação. Foi observado ainda durante a entrevista que alguns relatos foram a substituição de uma medicação por outra por conta própria, parou de tomar porque a médica prescreveu a medicação por uma genérica ou diminui a dose da medicação e tomada em horários diferentes do que foi prescrito. Em um dos relatos a paciente não aceita ter hipertensão e suspendeu o uso de sua medicação. Os demais, 196 (75%) afirmam está fazendo uso regular de seus medicamentos.

Falas

- “Não tomo todos os dias não, eu sempre verifico em casa e dá 10 ou 11, aí tomo de 3 em 3 dias” P32
- “Sim, no começo eu esquecia, mas agora não...”P45
- “ Parei de tomar umas que são caras, nem falei pra drª ainda”P78
- “ Eu parei de tomar, não sentia nada...”P110
- “Eu além de não enxergar direito, não sei ler e tenho que esperar alguém vim me dar o remédio”P55
- “ Eu tomo meus remédios todos os dias, já tive dois AVC”P84
- “ Sim, não esqueço não”P127
- “ Não tomo todos os dias não, só quando eu sinto alguma coisa”P48
- “Eu parei de tomar aquele branquinho porque eu urinava muito”P77
- “ Eu perdi a receita e quando fui comprar esse mês, a farmácia não me vendeu e estou 3 dias sem tomar”P4
- “ A drª me passou uma genérica e eu não sabia que era a mesma que eu tomava antes e não fui comprar”P88
- “ Drª me passou duas vezes, mas eu só toma uma”P5
- “ Eu tomo meus remédios todos os dias, às vezes esqueço é o horário deles”P125
- “ Quando minha pressão tá alta, eu tomo chá e melhora”P79
- “ Quando eu vou tomar minhas cervejas eu não tomo não”...P75

A hipertensão arterial, quando não tratada de forma adequada, pode acarretar graves consequências a alguns órgãos alvos vitais. A adesão ao tratamento da hipertensão arterial vem se mostrando um grande desafio para a saúde pública e a condução da abordagem à pessoa hipertensa precisa levar em consideração seus múltiplos fatores que estão relacionados não

apenas à doença, mas também ao sujeito doente, aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, à terapêutica (medicamentosa ou não) e aos fatores socioeconômicos (Galvão; Soares, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2020), a ausência de sintomas e o fato da hipertensão ser uma doença crônica são aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento, um outro aspecto sobre o abandono do tratamento envolve a falta de compreensão sobre a doença e informações sobre a necessidade de tratamento continuado, efeitos adversos, interação com álcool e outras drogas, manutenção da conduta terapêutica ao normalizar a pressão e ao esquecer de tomar as doses.

Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25% a 50% e os fatores que estão relacionados com a adesão do paciente ao tratamento, ressalta a falta de conhecimento sobre a doença e motivação para tratar uma doença crônica; o baixo nível socioeconômico; aspectos culturais (crenças inadequadas adquiridas no seu contexto familiar); baixa autoestima; relacionamento ineficaz com a equipe de saúde; tempo prolongado de atendimento; dificuldades no acesso aos serviços de saúde (consultas); custo dos medicamentos, bem como seus efeitos indesejáveis, os quais interferem na adesão ao tratamento e consequentemente, na qualidade de vida (Bezerra *et al.*, 2014).

Essa percentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se ao estilo de vida, incluindo hábitos como a dieta, o sedentarismo, o tabagismo, o etilismo, entre outros fatores que podem estar associados são fatores demográficos, clínicos e comportamentais, além de fatores psicológicos e sociais. Por outro lado, a não adesão medicamentosa possui relação não somente com ingerir o medicamento prescrito, mas também como a forma como o paciente conduz o tratamento, sendo influenciada por várias dimensões (Bezerra, et al., 2014).

Ressalta-se aqui, que a equipe multiprofissional possui papel fundamental na adesão do paciente ao tratamento farmacológico e não farmacológico, pois é essa equipe que acompanha, orienta e realiza avaliação periódica da adesão das medidas propostas. Constatando a falta ou piora dos valores pressóricos, o paciente deverá iniciar precocemente a terapia farmacológica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Categoria 4: Auto percepção de saúde e dificuldades para manter a saúde em dia

O acompanhamento cuidadoso das patologias associadas ao paciente com hipertensão arterial, não apenas melhora o controle da pressão arterial, mas também reduz o risco de

complicações graves e promove melhor qualidade de vida. Ao serem questionados sobre sua condição de saúde atual, em relação à auto declaração de hipertensão, os 300 participantes afirmaram já ter sido diagnosticados com HAS, 161 (53,7%) entrevistados referiram ter outras comorbidades além da Hipertensão arterial, 139 (46,3%) negaram ter outras comorbidades.

Dentre as comorbidades associadas a hipertensão o Diabetes Mellitus tipo 2, foi a mais citada neste estudo. Esses dados vão de encontro à literatura que demonstram alta prevalência de hipertensão e diabetes entre as doenças crônicas não transmissíveis. Um estudo retrospectivo realizado entre 2014 e 2015, demonstrou que a hipertensão (38,6%) e o diabetes (13,6%) foram as duas doenças crônicas mais mencionadas por usuários maiores de 18 anos nos serviços de APS no Brasil (Guibu et al., 2017).

Falas

- “ Eu sou hipertensa e diabética”P171
- “ Eu sou hipertenso e tenho problema nos rins” (IRC)P166
- “Eu sou hipertensa e estou fazendo tratamento de câncer no útero P58
- “Tenho pressão alta, diabetes e ainda tenho obesidade”P15
- “ Tenho pressão alta e estou vindo consultar com a psicóloga...depressão”P56
- “Sou hipertensa, diabética, tomo remédio pra arritmia cardíaca, em 2015 tive que fazer uma cirurgia (ponte safena)”P84
- “Sou sequelado de AVC, tive 3 nos últimos 2 anos”P50
- “Tenho pressão alta e tomo remédio para a tireóide” P100
- “Tenho pressão alta e o drº falou que meu coração está crescendo”P55
- “Tenho pressão alta e artrose”P2
- “Sou hipertenso e ainda tenho glaucoma”P177
- “ Estou com pressão, tenho diabetes e a Drª ainda me encaminhou para a nutricionista porque estou muito acima do peso”P47
- “ Sou hipertenso e tenho obesidade... Drª falou que estou quase com diabetes”P68

A hipertensão arterial (HA), a obesidade e o (DM) são doenças crônicas não transmissíveis que vêm aumentando ao longo dos anos na população mundial, levando à alta mortalidade, incapacidade funcional prematura e redução da qualidade de vida. Estima-se que em 2025 haverá 2,3 bilhões de adultos no mundo acima do peso e 700 milhões de indivíduos obesos. No Brasil, a prevalência de obesidade aumentou expressivamente, saltando de 11,8% em 2006

para 20,3% em 2019, ou seja, um crescimento de 72% em 13 anos, HA e o DM, têm prevalência na população brasileira de 24,5% e 7,4%, respectivamente (Brasil, 2021).

É preocupante o aumento da obesidade e sobrepeso da população mundial. O acúmulo excessivo e anormal de gordura é considerado atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema de saúde pública, medidos pelo índice de massa corporal (IMC) de 30 kg/m² ou mais para obeso e igual ou superior a 25 kg/m² para sobrepeso. Essas doenças ocasionam grande risco à saúde da população para enfermidades como diabetes, doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas e de algumas neoplasias (World Health Organization, 2021).

Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 30% dos brasileiros com mais de 60 anos têm hipertensão e diabetes, que são causadoras da maioria dos episódios de AVC e infarto. A associação de hipertensão arterial e diabetes contribuem de forma significativa para o aumento de todas as doenças cardio-cerebrovasculares, tais como o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral (derrames), insuficiência cardíaca e doença renal. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente e consequentemente aumento da quantidade de medicamentos diários. São duas das doenças crônicas que mais preocupam os profissionais da saúde em todo o mundo. Ambas são consideradas “assassinas silenciosas”, por não apresentarem maiores sintomas até o momento em que coloca em risco a vida do portador (Brasil, 2020).

Observa-se neste estudo, o aumento da prevalência de DCNT em pessoas de diferentes faixas etárias e padrão socioeconômico, com hábitos de vida inadequados, como a má alimentação, sedentarismo e uso de álcool e cigarros. Desta forma, a ingestão de alimentos in natura e, de forma variada e equilibrada, traz efeito preventivo ou controlador das DCNT, ao contrário do consumo de alimentos ultraprocessados que podem aumentar diretamente o risco de desenvolvê-las (Martins; Faria, 2018).

A pessoa com HAS, além das dificuldades que a própria doença impõe, também precisa se adaptar a um novo estilo de vida, pois se trata de uma doença que requer um cuidado diário com medicação, alimentação e prática de atividade física e a partir do diagnóstico será inevitável uma busca pelo próprio bem-estar, tendo em vista diversos fatores modificáveis que farão parte de sua rotina para que obtenha assim uma qualidade de vida relacionada a sua condição de saúde (Laqui *et al.*, 2019).

Quando questionados se as mudanças de hábitos de vida e o uso correto de suas medicações eram importantes para o controle adequado da hipertensão arterial 217 (72,3%) afirmaram que sim, e 83(27,7%) disseram que apenas fazendo o uso correto de suas medicações conseguiam manter o controle dos níveis pressóricos.

Falas

- “ Sim, a gente toma os remédios mas se não comer uma alimentação saudável não vai adiantar nada” P29
- “ Eu tomo só os meus remédios e minha pressão tá boa” P55
- “ Sim, a drª falou na consulta que o fumo faz muito mal... Eu fumo, sei que não está certo, mas o vício sabe como é difícil de largar” P57
- “ Sim, eu tomo meu remédio e faço caminhada” P79
- “Tomando os remédios da forma certa a gente consegue baixar a pressão, eu pelo menos não tenho tempo de fazer atividade física por causa da correria do trabalho” P82
- “Sim, a drª já falou para parar de beber”. eu ainda não consegui largar a bebida, eu sei que a bebida prejudica a saúde” P107

O tratamento da hipertensão arterial não envolve apenas a utilização de medicamentos, é preciso também investir na modificação do estilo de vida. Sendo assim, são necessárias mudanças em alguns hábitos e costumes, em relação à alimentação, ao uso de tabaco e de bebida alcoólica, bem como a prática de exercícios físicos. Mudar o hábito de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui (Kini, 2018). Dos entrevistados 179 (59,7%) responderam que receberam orientação sobre alimentação saudável e importância da realização de exercícios físicos para o controle da hipertensão, 121 (40,3%) negaram que receberam informações sobre este assunto.

Falas

- “Não, nunca me falaram nada”P10
- “Eu sabia que fazer exercício físico é importante, mas não sabia que ajudava a baixar a pressão”P29
- “Sim, a drª já me falou na consulta”P55
- “Sim, a nutricionista já até passou a minha dieta, só não sei se vai dar pra fazer certo”P79
- “Sim, na igreja”P7
- “Sim, eu também vendo livros medicinais que fala sobre a hipertensão e que o sal, faz aumentar a pressão” P76
- “Na consulta a drª já me falou, mas eu gosto muito de comida com gordura, cozidão e fritura”P14
- “Sim, depois que comecei a fazer caminhada me sinto melhor... tenho mais disposição”P65
- “Sim, eu faço Zumba no CRAS” P37

Donato et al., (2021) trazem em seu estudo que os fatores de risco modificáveis como o consumo abusivo de álcool, tabaco, alta ingestão de sal e a inatividade física estão associados ao desenvolvimento de DCNT e como eles podem interferir negativamente na saúde das pessoas. Diversos estudos evidenciam os benefícios dos alimentos funcionais na prevenção e tratamento de DCNT. Dias, Imas e Lima Junior (2020), afirmam que uma alimentação variada e equilibrada, a base de frutas, verduras, legumes e fibras podem auxiliar na prevenção de DCNT.

Santos, Silva e Soares (2021), também afirmam que a diminuição da ocorrência de comprometimento na saúde dos idosos com doenças cardiovasculares está relacionada com um conjunto de fatores modificáveis que incluem melhorar o hábito alimentar, reduzir o consumo de sódio, açúcar e gorduras, diminuir a ingestão de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo. Outro exemplo que traz impacto positivo da intervenção nutricional foi retratado no estudo de Magalhães, Goulart e Prearo (2018) que descreveu sobre a importância do cuidado com a alimentação dos idosos com doença renal crônica, trazendo satisfação em relação ao estado de saúde e a diminuição do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, repercutindo na melhora da qualidade de vida.

Sabe-se, portanto, que os comportamentos e hábitos saudáveis e adequados dos indivíduos devem estar relacionados à prevenção de DCNT e à busca de qualidade de vida (QV). Ao falar em qualidade de vida, esta deve englobar os hábitos diários, que podem ser prejudiciais à saúde, como o sedentarismo, uso nocivo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e estresse, que são considerados fatores de risco que diminuem a qualidade de vida, estando associados às doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Souto, 2020).

Dos entrevistados 91(30,3%) negam dificuldades em cuidar de sua saúde e afirmam realizar atividade física citando com mais frequência a caminhada, e 209 (69,7%) negam realizar atividade física e afirmaram dificuldades em cuidar da saúde envolvendo a prática de atividade física, consumo de alimentos saudáveis, cessação do tabagismo e etilismo e alguns atribuíram o aumento de pressão arterial ao estresse devido a correria do dia a dia, como podemos observar por meio das falas de alguns entrevistados.

Falas

- “Desde que descobri a pressão alta, como frio de sal e com pouca gordura, só não gosto de fazer exercício físico”P44
- “Parar de fumar, largar o vício é difícil”P148
- “Me alimentar melhor, com a correria a gente acaba comendo coisas que não pode”P 298
- “O complicado é parar a cervejinha no final de semana” P39
- “Eu tomo meus remédios certinho e faço minha caminhada... aqui a aculá a gente come com um pouquinho a mais de sal” P98
- “A minha dificuldade é com a alimentação saudável, porque a gente nem sempre tem dinheiro para comprar” P74
- “Perder peso, mas não tá fácil não” P51
- “Diminuir o meu estressesou muito ansiosa”P91
- “Dormir bem, preciso de remédio para conseguir dormir”P63
- “Não tenho condição financeira para comprar tanto remédio”P205
- “Eu vou pra zumba duas vezes na semana”P21
- “Eu faço caminhada todos os dias, depois que comecei me sinto mais disposta”
- “Sou muito sedentária, sei que é errado, mas chego do trabalho cansada..”P11

Uma pesquisa para estimar as tendências globais de atividade física ao longo do tempo foi realizada por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde (2018), com quase 2 milhões de participantes, e mostrou que mais de um quarto (1,4 bilhões) da população adulta mundial não estava praticando atividade física suficiente em 2016, o que leva ao risco de desenvolver ou de agravar doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, demência e alguns tipos de câncer.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2020), todos os pacientes hipertensos devem ser orientados à adoção de hábitos de vida saudáveis, pois fatores como tabagismo, excesso de peso, dieta não saudável e atividade física insuficiente implicam no aumento do risco cardiovascular e são alvos de intervenções para o controle da HA, por isso, o acompanhamento por uma equipe multiprofissional, torna-se indispensável para que o paciente realize e mantenha as Modificações do Estilo de Vida.

O tabagismo corresponde a uma das principais causas evitáveis de mortes precoces e de desigualdades em saúde no mundo. Estimativas apontam que anualmente 7,2 milhões de pessoas morrem em todo o mundo em decorrência de doenças associadas ao fumo, e estas mortes concentram-se entre os mais vulneráveis e em países em desenvolvimento (INCA, 2015).

Dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2019), do Ministério da Saúde, 9,8% da população brasileira acima dos 18 anos é fumante e a relação entre o uso do tabaco e a hipertensão arterial provém de uma complexa interação entre fatores hemodinâmicos, sistema nervoso autônomo e múltiplos mediadores vasoativos, no qual, a nicotina gera ativação do sistema nervoso simpático e provoca aumento da frequência cardíaca e dos níveis pressóricos (Sousa, 2015).

Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) a hipertensão afeta um em cada quatro brasileiros, e no ano de 2017 foi responsável por 302 mil óbitos que estão relacionados a complicações dessa DCNT, que frequentemente se associa a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo e tabagismo, assim como pode ser evidenciado no presente estudo (Brasil, 2020).

A presença de fatores de risco modificáveis nos usuários assistidos também foi avaliada, e observou-se que 115 (38,3%) dos participantes dessa pesquisa já fizeram uso do tabaco em algum momento da vida, sendo 30 (26%) tabagistas, 85 (74%) ex-tabagistas e 185 (61,7%) afirmam que nunca foram tabagistas, evidenciando a necessidade de ações educativas para sensibilizar a população acerca dos malefícios oriundos do hábito de fumar e dos benefícios decorrentes da cessação tabágica, mostrando-se imprescindíveis no enfrentamento das implicações oriundas do tabagismo e consequentemente das DCNT.

Foi realizado a estratificação de risco cardiovascular pelas médicas da UBS utilizando o escore de Framingham de todos os usuários com hipertensão que ainda não tinham sido estratificados. Dos 300 usuários com hipertensão arterial a estratificação ficou da seguinte forma: 58 tinham risco cardiovascular baixo, 64 risco cardiovascular intermediário e 178 risco cardiovascular alto.

Dentre os principais fatores de risco destaca-se também o consumo de álcool. Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso excessivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes, sendo que na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes é atribuíveis ao mesmo (OMS, 2019). Uma pesquisa feita por Laranjeira em 2010 mostrou que 17,6% das pessoas com idade igual ou superior a 15 anos passaram por episódios de ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (Hamczyk *et al.*, 2020).

Em um estudo epidemiológico populacional, foi demonstrado que o consumo leve a moderado de álcool em 30 dias esteve relacionado com elevação significativa da pressão arterial em indivíduos que consumiam menos de dois drinques ao dia em comparação com abstinências (Moraes, 2014). A bebida alcoólica exerce uma ação aguda após o consumo, sendo responsável

pelo desenvolvimento de hipertensão arterial em longo prazo. O Consumo crônico e elevado de bebida alcoólica aumenta a pressão arterial (PA) e estima-se que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 a 5 mmHg (Barroso *et al.*, 2021).

Visto que, neste estudo 66 (27%) dos usuários afirmam etilismo e 67(21%) se declaram ex-etilistas, a maioria referindo início ainda na juventude, faz-se necessário que esses pacientes sejam acolhidos pela equipe de enfermagem, abordando a temática com grupos de hipertensos, onde deverão ser orientados sobre a importância da redução do consumo da bebida alcoólica para aumento da eficácia do tratamento medicamentoso, prevenindo também outros agravos relacionados ao consumo etílico.

O sedentarismo e a inatividade física também citada por alguns participantes da pesquisa, consideradas como dificuldades que os impedem de ter a saúde em dia, são prevalentes no mundo todo e estão fortemente associados ao aumento da mortalidade e ao desenvolvimento de DCNT como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, câncer, dislipidemia e obesidade. Em contrapartida, a prática de atividade física regular está relacionada à prevenção de DCNT, à melhora das incapacidades advindas do envelhecimento, aumento da capacidade funcional, cognitiva e psicossocial, à diminuição de sintomas ansiosos e à melhora da qualidade de vida (Sedentary, 2017).

É reconhecido por vários estudos que a falta de atividade física é um fator de risco modificável importante para as DCNT, a OMS e os estados-membros determinam, como uma das nove metas globais de sua prevenção e tratamento, a redução relativa de 10% na prevalência do sedentarismo até 2025. A atualização recente da Organização Mundial de Saúde recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade aeróbica com intensidade moderada a vigorosa por semana para os adultos, incluindo aqueles com doenças crônicas ou incapacidades. Recomenda-se também uma média de 60 minutos por dia para crianças e adolescentes. Quando o nível de atividade física executado é insuficiente para cumprir essas atuais recomendações é considerado “inatividade física” (OMS, 2018).

Portanto, torna-se de fundamental importância o monitoramento dos níveis de sedentarismo da população acompanhada pela UBS para acompanhar o avanço em direção a essa meta global de atividade física, assim como para discernir populações de alto risco e avaliar a eficácia da política.

Além dos outros fatores de risco para DCV abordados nesta pesquisa, o estresse citado por muitos pacientes como dificuldade enfrentada para manter sua saúde em dia, nos faz refletir como as condições psicossociais também são de extrema relevância, já que o corpo e a mente

estão sempre conectados, e que ambos podem desencadear condições que venham a afetar o sistema cardiovascular. Estão incluídos nos fatores de risco psicossociais: transtornos ansiosos; transtornos mentais, que podem estar relacionados entre si (Mesa-Vieira, 2021).

Esses fatores podem gerar dificuldade de adesão ao estilo de vida saudável, de acesso às orientações e a tratamentos específicos, uma vez que a maioria dos indivíduos com transtornos ansiosos e submetidos a estresse podem vir a ter maior dificuldade em adquirir comportamentos adequados para uma boa qualidade de vida. Com isso, geram-se também alterações biológicas sobre a atividade endócrina, autonômica, hemostática e inflamatória (Gomes, 2016).

A situação torna-se ainda mais preocupante, quando se estima que nos próximos anos, haverá mais mortes e incapacidades por DCNT, como doenças cardíacas, câncer e diabetes, devendo-se ao estilo de vida inadequado de grande parte da população, como sedentarismo, obesidade e estresse, o que demonstra a necessidade de prevenir esses fatores por meio de Educação em Saúde.

6.3 Elaboração de estratégias para a melhoria do atendimento aos usuários hipertensos

➤ Incentivou-se a visita domiciliar do ACS priorizando os usuários hipertensos que pouco compareciam a UBS para realizar suas consultas de rotina ou os que nunca compareciam a UBS. Tendo em vista que no trabalho da equipe de saúde, a visita domiciliar é uma ferramenta de grande importância, sendo os agentes comunitários de saúde os principais responsáveis por criar o elo entre paciente e equipe de saúde. É por meio dessa aproximação com as famílias que os profissionais reconhecem as necessidades de saúde delas e reforçam os vínculos.

➤ Ficou estabelecida entre a equipe a priorização de visita domiciliar mensal dos ACS a todos os hipertensos com estratificação de risco cardiovascular alto e os que não fazem uso regular de suas medicações e a organização da rotina de agendamentos das consultas aos hipertensos segundo o risco cardiovascular (RCV) da seguinte forma:

Score menor que 10% (baixo risco) - consulta anualmente com médica/ enfermeira e dentista)
Score entre 10-20% (risco intermediário) - consulta uma vez ao ano com o médico e dentista e a cada seis meses com a enfermeira.

Score maior que 20% (alto risco) - consulta a cada 4 meses com a médica, 3 meses com a enfermeira e anual com a dentista.

- Otimização da agenda para que todos os dias tenha vaga disponível caso compareça o usuário hipertenso ou com agudização de sua condição crônica.
 - Foi criada uma planilha em excel por um dos ACS, para acompanhamento das consultas dos hipertensos por todos os profissionais da UBS (Anexo).
 - Confecção de cartilhas com orientações sobre a patologia, e atividades diárias, que auxiliam no tratamento da hipertensão (APÊNDICE 4). E, também, orientações para acompanhamento no programa hiperdia. Além de estimular todos os pacientes ao retorno periódico.
 - Realização de palestras em grupos, abordando a fisiopatologia da doença, sinais e sintomas, complicações e importância do acompanhamento pela equipe assistida, e direcionamento de autocuidado.
 - Foram realizadas orientações educativas e para mudanças de hábitos de vida individual e em grupo por toda equipe em consultório durante as consultas e em sala de espera. Nas orientações foi abordado o autocuidado, que levará a diminuição de muitas intervenções médicas. E através da cartilha contruída pela equipe se estimulou a educação em saúde deste usuário para que ele tenha resultados mais adequados no seu tratamento e melhora da sua qualidade de vida.
- Associado a isso, nessa etapa do trabalho ocorreu o incentivo aos profissionais da equipe para a realização de um plano de cuidados possibilitando ao paciente maior conhecimento e controle da sua condição orientando sobre monitoramento dos seus sintomas, fazer o uso regular das medicações e traçar metas de mudanças de estilo de vida.
- Pactuou-se em equipe promover Rodas de Conversa com os usuários hipertensos mensalmente por toda equipe multiprofissional.

7. PRODUTO TÉCNICO

A produção técnica resultante deste projeto de pesquisa foi uma “cartilha educativa”, que se trata de um produto do Eixo 1- Produtos e Processos (se caracteriza pelo desenvolvimento de produto técnico ou tecnológico, passível ou não de proteção, podendo gerar registros de propriedade de patentes, produção intelectual ou direitos autorais). As cartilhas educativas são definidas como materiais impressos que têm a função de ensinar e reforçar as orientações verbalizadas, além de fornecer informações importantes a respeito dos cuidados, fatores de riscos, prevenção e tratamento medicamentoso e não medicamentoso utilizados nas enfermidades.

Este produto técnico evidencia o alto impacto de potencialidade em termos de sua aplicação, pois são ferramentas que complementam as informações fornecidas aos pacientes pelos profissionais, possibilitando maior conhecimento e controle de sua condição clínica e será replicado à medida que houver necessidade de estimular a adesão ao acompanhamento do paciente na Unidade Básica de Saúde, já que o uso de materiais educativos como estratégia para a educação em saúde parte do princípio de que quanto mais uma pessoa sabe sobre sua doença mais apta e motivada ela estará para mudar seus comportamentos e aderir ao seu tratamento. As cartilhas foram confeccionadas e entregues ao paciente ou ao seu cuidador após leitura dinâmica em roda de conversas com os profissionais da equipe e na abordagem durante a visita domiciliar.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos desafios enfrentados pela comunidade em relação à adesão ao tratamento da hipertensão arterial, pode-se identificar que a falta de conscientização sobre a gravidade da hipertensão arterial, bem como as barreiras socioeconômicas e culturais, têm sido os principais obstáculos para a adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento constitui peça fundamental para se conseguir a redução dos altos índices de morbimortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo necessária a adoção de ações efetivas capazes de diminuir a progressão da hipertensão arterial, e a equipe multidisciplinar constitui-se como uma ferramenta importante para a promoção da saúde por proporcionar conhecimento aos pacientes hipertensos, tornando-os comprometidos em melhorar os seus hábitos de vida e incentivar o autocuidado, além de buscar sua autonomia, promovendo uma melhor qualidade de vida e reduzindo o risco de complicações relacionadas à doença.

Nesse contexto, o presente estudo possibilitou o reconhecimento dos fatores que contribuem para a não adesão dos pacientes ao tratamento e a equipe pôde realizar um planejamento de assistência e manejo dessas dificuldades de forma a sanar a longo prazo as necessidades dos pacientes e buscar melhorar a adesão dos pacientes e consequentemente sua qualidade de vida.

As ações que serão mantidas para que se consiga minimizar e até extingui-las serão: Roda de conversa com os pacientes na sala de espera e apresentação da cartilha para todos os novos assistidos. Além de reuniões periódicas com a equipe para conversa sobre os pacientes e também para estímulo dos pacientes como participantes no Programa HIPERDIA.

Desta forma, espera-se que em um futuro próximo seja realizado uma nova análise dos assistidos para saber o quanto houve de melhoria no acesso a unidade e também na inter-relação paciente-profissional e se a adesão deles está melhor.

9. REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al.* Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, 2019. DOI 10.20947/S0102-3098a0104. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepop/a/49VLVL4QXF8f6QYjJ9p6yMB/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdades no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.

BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. Disponível em: **ARTIGO. Ciência da Saúde Coletiva**, v. 23, n.3. mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016>

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S.; REINERS, A. A. O. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2014.

BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 114-120, 2016.

BARROS *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** V.115, 516-658. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizesbrasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 10/06/2024.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2020. DOI 10.36660/abc.20201238. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 22 jun. 2024.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p 516-658-, 2021.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 550-555, 2014.

BODENHEIMER T.; LAING B. The teamlet model of primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 5, p. 457-461, 2007.

BRASIL, M. da S. VIGITEL Brasil 2019. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_ris

BRASIL. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade (ABESO). **Conceitos de obesidade e sobrepeso**. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>. Acesso em: 2 jun. 2024.

BRASIL. **Lei 7.498: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. [S. l.: s. n.], 25 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 91 p. ISBN 978-85-334-2648-1.

BROUWERS, S. et al. Arterial hypertension. **The Lancet**, v. 0, n. 0, 18 maio 2021.

CARVALHO FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L.T; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saude Debate**, v. 38 (Esp.), p. 265-278, 2014.

CHOBANIAN, A. V. et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, v. 42, n. 6, p. 1206-1252, 2014. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>. Acesso em: 24 jan. 2025.

Clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). [S. l.]: SES/SP, 2011. co.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024. BRASIL, P. da R. **2012 e 2014**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2020121, nov 2020. Disponível

COSTA, K. de M. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 4906–4912, 4 dez. 2020. DOI 10.5205/1981-8963-v11i12a22996p4906-4912-2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22996>. Acesso em: 28 jul. 2024.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. **Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família**. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>. Acesso em: 10 jul. 2024. **crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo**,

DANTAS, R. C. de O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 295– 306, jan. 2019. DOI 10.1590/1413-81232018241.35362016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SPzQTQ6dJjYvgf8w7czq8MQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

de vida de idosos hipertensos e diabéticos no município de Ituiutaba-MG. Revista de

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **População residente**. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Acesso em: 14 jun. 2023.

DIAS, S. S.; SIMAS, L.; LIMA JUNIOR, L. C. Alimentos funcionais na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. **Boletim De Conjuntura (BOCA)**, v. 4, n. 10, p. 54–61, 2020. doi: 10.5281/zenodo.4023172.

DO AMARAL GIORDANI, J. M. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, 2020.

DONATO, T. A. A. *et al.* Exame ocupacional periódico: oportunidade de diagnóstico e monitoramento de doença crônica não transmissível em homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 11, e00298320, 2021. doi: 10.1590/0102-311X00298320. em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>>. Acesso em: 10 Mar.2021.

FERRIS, T. G. *et al.* Changes in daily practice of primary care for children. **Arch.Pediatr.Adolesc. Med.**, v. 152, p. 227-233, 1998.

FRANCO, C. M., LIMA, J.G., GIOVANELLA, L. Primary healthcare in rural areas: access, organization, and workforce in an integrative literature review. **Cadernos de Saúde Pública** 2021; 37(7): e00310520 doi: 10.1590/0102-311x00310520.

GAMA, C. A. P.; GUIMARÃES, D. A.; ROCHA, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 3, 2017.

GERALDO, M. C. H. M. *et al.* Política de educação popular: práticas na estratégia saúde da família. **J Nurs UFPE on line**, v. 13, e243335, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243335>.

GOMES, C. M.; CAPELLARI, C.; PEREIRA, D. S. G. *et al.* Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 351-359, mar./abr. 2016. doi: 10.1590/0034-7167.2016690219i.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2024.

Guimarães HOA, Neto JFM, Aguiar GEC (2023) **ARGUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DOS CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL DE janeiro de 2022 A setembro de 2023 E O EXERCÍCIO FÍSICO COMO MITIGADOR DA PATOLOGIA**. Revista de Patologia do Tocantins, 10(3):. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2023v10n3p193>.

HAMCZYK, M. R. et al. Biological Versus Chronological Aging: JACC Focus Seminar. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 75, n. 8, p. 919–930, 2020. doi: 10.1016/j.jacc.2019.11.062.

HOWIE JG et al. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 319: 738-743, 1999.

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8979>. Acesso em: 1 jun. 2024.
IJS Ribeiro, RNO Boery, CA Casotti, IV Freire, EN Boery

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010. Cidades. Disponível em: Acesso em: 10 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2020. Cidades. Disponível em: Acesso em: 13 out. 2023.

IRVIN, MR, Shimbo D, Mann DM, Reynolds K, Krousel-Wood M, Limdi NA, Lackland DT, Calhoun DA, Oparil S, Muntner P. Prevalence and correlates of low medication adherence in apparent treatment-resistant hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2018; 20(6):1080. jul. 2022.

KARIO, K. et al. Managing hypertension beyond blood pressure control: a consideration of blood pressure variability in Asian patients. *Hypertension Research*, v. 42, n. 7, p. 952-960, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41440-019-0236-3>. Acesso em: 24 jan. 2025.

KINI, V.; HO, P. M. Interventions to Improve Medication Adherence: **A Review**. *JAMA*, v. 320, n. 23, p. 2461-2473, 2018.

LAQUI, V. D. S. et al. Qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 13, n. 5, p. 1327-1337, 2019. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238242p1327-1326-2019>.

LUNA, R. L. **História da Cardiologia**: Aspectos Históricos da Hipertensão no Brasil. 2019. SBC. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/03/>. Acesso em: 79 27 jun. 2024.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018. DOI 10.1590/0103-11042018s102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jul. 2024.

MAGALHÃES, F. G.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Impacto de um programa de intervenção nutricional com idosos portadores de doença renal crônica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2555-2564, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018238.23972016.

MARANHÃO. Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento. Plano Plurianual – PPA 2020- 2023 do Governo do Maranhão – São Luís 2019.

MARTINS, P. F. A. M.; FARIA, L. R. C. F. Alimentos ultraprocessados: uma questão de saúde pública. **Comunicação & Saúde**, v. 29, n. 1, p. 14-17, 2018. doi: 10.51723/ccs.v29iSuppl1.161.

Medicina e Saúde de Brasília, v. 8, n. 3, p. 285-292 2019. Disponível em:

MESA-VIEIRA, C. et al. Psychosocial Risk Factors in Cardiac Rehabilitation: Time to Screen Beyond Anxiety and Depression. **Global Heart**, v. 16, n. 1, p. 16, fev. 2021. doi: <https://doi.org/10.5334/gh.896>.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2014.

Ministério da Saúde. **Hipertensão afeta um a cada quatro adultos no Brasil**. 2019. Governo do Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-evigilancia-sanitaria/2019/04/hipertensao-afeta-um-a-cada-quatro-adultos-no-brasil>. Acesso em: 14jul. 2024.

MORAIS, H. C. C. et al. Fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis entre estudantes universitários. **Revista Rene**, v. 19, p. 1-8, 2018. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193487>.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). **Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019**: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021; 398(10304):957-980.

OLIVEIRA, C. D. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em sacerdotes. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 13, n. 3, p. 640-646, 2019. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236336p640-646-20196>.

OLIVEIRA, J. H.; SOUZA, M. R.; MORAIS NETO, O. L. **Enfrentamento das doenças**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Perfis de países com doenças não transmissíveis**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>.

PICON, R. V.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; FUCHS, F. D.; OLINTO, M. T. A.; CHOUDHRY, N. K.; FUCHS, S. C. Hypertension Management in Brazil: Usual Practice in Primary Care—A Meta-Analysis. **International Journal of Hypertension**, , p. e1274168, 2 jul. 2017. DOI 10.1155/2017/1274168. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2017/1274168/>. Acesso em: 17 jul. 2024.

PIERIN, AMG et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 1, p. 11-8, mar. 2019.
Qualidade de vida de hipertensos atendidos na atenção primária à saúde

QUEIROZ, M. G., Aquino, M. L. A. de, Brito, A. D. L., Medeiros, C. C. M., Simões, M. O. da S., Teixeira, A., & Carvalho, D. F. de. (2020). Hipertensão arterial no idoso - doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa / Arterial hypertension in the elderly - prevalent disease in this population: an integrative review. *Brazilian Journal of Development*, 6(4), 22590–22598. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-428>

RÊGO, A. da S.; HADDAD, M. do C. F. L.; SALCI, M. A.; RADOVANOVIC, C. A. T. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, out. 2018. DOI 10.1590/1983- 1447.2018.20180037. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wfkj87RK74CcFCWS4QQCZD/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2024.

SÁ, G. G. D. M. et al. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186>.

SANTOS, Elisangela Milhomem; CUNHA, Laísa Cristina Camões; DUAILIBE, Lucas Milhomem. Estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham na atenção primária em saúde. **Seven Editora**, 2023.

SANTOS, M. L.; SILVA, T. M.; SOARES, L. R. Doenças crônicas não transmissíveis e saúde do idoso: um foco nos fatores relacionados à prevenção das doenças cardiovasculares. **Siepex**, v. 1, n. 10, 2021.
Saude Debate, 39: 432-440, 2015

SCHULZ, R. B.; ROSSIGNOLI, P.; CORRER, C. J.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; TONI, P. M. de. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 2, p. 139–144, fev. 2008. DOI 10.1590/S0066- 782X2008000200010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xHP9TmCPMQhd3FWk5Q3Wsfb/?lang=pt>. Acesso em: 12jul. 2024.

SEDENTARY BEHAVIOUR RESEARCH NETWORK. Disponível em: <www.sedentarybehaviour.org>. Acesso em: 22 jul. 2024.

SILVA, A. K. C.; DE REZENDE, A. A. A.; CALÁBRIA, L. K. **Fatores de risco e hábitos**

SILVA, B. V. et al. Management of arterial hypertension: Challenges and opportunities. **Clinical Cardiology**, v. 45, n. 11, p. 1094–1099, nov. 2022.

SILVA, T. *et al.* Método de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. **Archives of health investigation**. 2017;6(4):155-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i4.2023>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SNOW, W. M. *et al.* Alcohol use and cardiovascular health outcomes: a comparison across age and gender in the Winnipeg Health and Drinking Survey Cohort. **Age and Ageing**, v. 38, p. 206–212, 2009.

SOARES, J. D. *et al.* Atuação do enfermeiro na mudança do estilo de vida de pessoas com hipertensão: revisão narrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p.e20101119152–e20101119152, 22 ago. 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i11.19152. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19152>. Acesso em: 18

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: Acesso em: 24 jan. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 24 jan. 2025.

SOUTO, C. N. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. **Brazilian Journal of Development**, v. 3, n. 4, p. 8169-8196, 2020. doi: 10.34119/bjhrv3n4-077.

STOPA, S. R.; CESAR, C. L. G.; SEGRI, N. J.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, 22 out. 2018. DOI 10.1590/0102-311x00198717. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102311X2018001005010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun. 2024.

THIENGO, P. C. da S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, mar. 2019. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>. Acesso em: 13 abr. 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>.

VIRANI, S. S. *et al.* Heart disease and stroke statistics—2021 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, v. 143, n. 8, p. e254-e743, 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000950>. Acesso em: 24 jan. 2025.

WELTERMANN, B. M. *et al.* Hypertension management in primary care: how effective is a telephone recall for patients with low appointment adherence in a practice setting? **Wiener Klinische Wochenschrift**, v. 126, n. 19, p. 613-618, 2014.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, 2018. Disponível em: Acesso em: 24 jan. 2025.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>. Acesso em: 24 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hypertension. Key facts. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Acesso em: 25 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva, 9 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 22 jun. 2024.

YAMADA, A. T. T.; LAVRAS, C.; DEMUNER, M. S. (Orgs.). **Manual de Orientação**

APÊNDICES

APÊNDICE 1:

QUESTIONÁRIO “ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAXIAS - MARANHÃO”.

PERFIL DO ENTREVISTADO

Número id: _____ Data Entrevista: __/____/____

Entrevistador _____ Localidade _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

Qual a sua idade? _____ Nascimento __/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino.

Profissão? _____

QUESTÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

2. ESCOLARIDADE:

- [1] Sem escolaridade
- [2] Fundamental incompleto
- [3] Fundamental completo
- [4] Médio incompleto
- [5] Médio completo
- [6] Superior incompleto
- [7] Superior completo

3. ESTADO CIVIL

- [1] solteiro(a)
- [2] casado(a)
- [3] União estável
- [4] viúvo(a)
- [5] Desquitado/ Separado.

4. RENDA FAMILIAR BRUTA

- [1] não tem renda própria.
- [2] menor que 1 salário-mínimo
- [3] entre 1 e 2 salários-mínimos
- [4] entre 3 e 4 salários-mínimos
- [5] entre 5 e 6 salários-mínimos
- [6] 7 salários-mínimos ou mais

5. COM QUANTAS PESSOAS VOCÊ MORA?

- [] Mora sozinho(a)
- [] Com 1 a 3 pessoas
- [] com 4 a 7 pessoas
- [] Com 8 a 10 pessoas
- [] Com mais de 10 pessoas

6. COR DA PELE REFERIDA

- [1] negro
- [2] pardo
- [3] branco
- [4] amarelo
- [5] Indígena

7. RELIGIÃO

- [1] Católica
- [2] Evangélica
- [3] Umbandista
- [4] Kardecista/Espírita
- [5] Outra: _____

8. ATIVIDADE FÍSICA

- [1] Sim
- [2] Não

Qual: _____

QUESTÕES ESPECÍFICAS

1. QUAL É A SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL?

- [1] Hipertenso
- [2] Diabético
- [3] outra: _____

2. QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ ESTEVE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA VERIFICAR SUA PRESSÃO ARTERIAL?

- [1] Menos de 6 meses
- [2] Mais de 6 meses

3. VOCÊ ESTÁ CIENTE DO PROGRAMA HIPERDIA?

- [1] Sim
- [2] Não.
- [3] Se sim, você está participando do programa? _____

4. COMO VOCÊ FICOU SABENDO SOBRE O PROGRAMA HIPERDIA?

- [1] Por meio da Unidade Básica de Saúde
- [2] de amigos
- [3] Familiares

5. VOCÊ CONHECE OUTRAS PESSOAS NA SUA COMUNIDADE QUE TÊM HIPERTENSÃO? SE SIM, ELAS ESTÃO SENDO ACOMPANHADAS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

- [1] SIM
- [2] NÃO

6. VOCÊ SABE O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL?

- [1] SIM
- [2] NÃO

7. VOCÊ SABE O/OS NOMES DAS MEDICAÇÕES QUE ESTÁ USANDO PARA HIPERTENSÃO?

[1] SIM

[2] NÃO

Quais as medicações em uso:

8. VOCÊ ESTÁ TOMANDO OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO MÉDICO REGULARMENTE?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] Se não, por quê? _____

9. VOCÊ TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA TOMAR AS MEDICAÇÕES?

[1] SIM

[2] NÃO

Qual? _____

10. PARA O CONTROLE ADEQUADO DA HIPERTENSÃO VOCÊ ACREDITA QUE PRECISA DE MUDANÇAS DE HÁBITOS DE VIDA E USO CORRETO DA MEDICAÇÃO ANTI-HIPERTENSIVA?

[1] SIM

[2] NÃO

11. VOCÊ FUMA E/OU BEBE? SE PAROU, QUAL FOI O TEMPO DE CONSUMO?

[1] SIM

[2] NÃO

Parou há quanto tempo?

12. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES QUE VOCÊ ENFRENTA PARA MANTER SUA SAÚDE EM DIA?

13. VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIOS FÍSICOS ADEQUADOS PARA O SEU CASO?

14. QUAL É A SUA FREQUÊNCIA DE CONSULTAS COM O MÉDICO OU ENFERMEIRO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

15. COMO VOCÊ AVALIA A QUALIDADE DO ATENDIMENTO QUE TEM RECEBIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE?

[1] Excelente

[2] Boa

[3] Regular

[4] Necessita de melhoria

16. O QUE PODERIA SER FEITO PARA MELHORAR O ATENDIMENTO E CUIDADO COM PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE?

APÊNDICE 2:

RELAÇÃO DE ESTRATIFICAÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS.

ESTRATIFICAÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS								CONSULTA DO MÊS			CONSULTA DO ANO		LISTA COMPLETA	
Nº	NOME	NASC.	ID	HAS	DM	RISCO	MEDICAÇÃO	RISCO FAMILIAR	FUMA?	AVAL. ODONTO	D.U.C.	RETORNO	DIAS SEM ATEND.	OBS
1	CLEONICE CELESTINO PEREIRA	10/01/1973	50	SIM	SIM	ALTO	ENALAPRIL METFORMINA INSULINA		NÃO	SIM	11/07/2023	11/01/2024	0	
2	ANTONIO CARLOS	25/05/1975	48	SIM	NÃO	BAIXO	LOSARTANA 50 MG		NÃO		12/11/2022	12/05/2023	173	
3	RAIMUNDO GOMES DE OLIVEIRA	25/11/1954	68	SIM	NÃO	BAIXO			SIM		06/01/2023	06/07/2023	118	
4	RAIMUNDA DE SOUSA	05/07/1964	59	SIM	SIM	INTERMEDIÁRIO	LOSARTANA METFORMINA		NÃO	02/06/2021	26/06/2023	45286	0	
5	JOSÉ MANOEL DA COSTA	08/09/1941	82	SIM	NÃO	ALTO	LOSARTANA HIDROCLORTIAZIDA		NÃO		12/07/2023	45303	0	

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA” sob responsabilidade da Pesquisadora KELLY EMANUELLE DE SOUSA ARAUJO SANTOS, do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFMA, do Departamento de Medicina I, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Maranhão. Essa pesquisa tem por objetivo identificar os hipertensos não controlados e os fatores relacionados às baixas taxas de adesão ao tratamento, além de desenvolver estratégias para aumentar a adesão, tanto ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico, melhorando a atenção à saúde de hipertensos atendidos na Atenção Primária no município de Caxias-Maranhão.

Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário com um roteiro de entrevista semiestruturado, com o objetivo de identificar quais são os desafios reais enfrentados pelos pacientes hipertensos para a realização (adesão) do tratamento (farmacológico e não farmacológico) e a realização dos acompanhamentos na unidade. E em um segundo momento será realizado rodas de conversa com os participantes e também da equipe multiprofissional para explicar a fisiopatologia da doença, sinais e sintomas, complicações e importância do acompanhamento pela equipe assistida, e direcionamento de autocuidado. Entregando material confeccionado pela pesquisadora para estimular os pacientes a adesão e continuidade do tratamento. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução CNS nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Considera-se como “Risco da pesquisa a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente”. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Sendo assim, esta pesquisa traz risco de dano físico tipificado como baixo risco, que é a possibilidade de interpretação equivocada das orientações prestadas pela equipe; e riscos de dano de natureza psicológica tipificados como risco mínimo, como: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, medo de não saber responder ou de ser identificado, constrangimento ao se expor durante a roda de conversa. Há, ainda, um risco que é comum a todas as pesquisas com seres humanos e que deve ser evitado: o risco de quebra de sigilo e de divulgação de dados confidenciais. Para evitar ou minimizar a possibilidade de ocorrência dos riscos acima mencionados, providências serão tomadas no sentido de realizar a explicação detalhada de todas as orientações, perguntando sempre se há

alguma dúvida e sempre estando a disposição para quaisquer esclarecimentos. Além de minimizar desconfortos, garantindo local seguro e receptivo e deixando os pacientes à vontade para falar nas rodas de conversa, bem como liberdade para não responder às questões que o paciente julgar constrangedoras. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento, assegurando-lhe a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima e de prestígio social ou financeiro. Em caso de dano físico ou psicológico, será assegurado atendimento médico / psicológico adequado, custeados pela equipe de pesquisa, não devendo sobrecarregar o SUS. Os benefícios que você terá ao participar é que a presente pesquisa apresenta relevância social e científica na medida em que propõem a investigação sobre os desafios na adesão ao tratamento de HAS seja de forma farmacológica ou não farmacológica e auxiliar todos os assistidos com orientação sobre suas patologias e também auxiliar para a adesão e manutenção no tratamento possa ser efetivo, promovendo o engajamento do paciente na promoção da sua saúde, além de contribuir com a literatura acadêmica acerca dessa temática. Espera-se, ainda, que este estudo traga informações importantes sobre o controle da pressão arterial, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa identificar os pacientes que não fizeram adesão, quais foram seus desafios e também os auxiliar a aderirem e permanecer realizando o tratamento, a fim de reduzir o risco de complicações cardiovasculares. Além disso, o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos e disponibilizar o(s) produto(s) da pesquisa para a comunidade. O participante, portanto, terá proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, em decorrência de sua participação na pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o (a) Sr. (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, o (a) Sr. (a) tem a garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma. Os pesquisadores responsáveis por este estudo estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail conforme descrito em CONTATOS.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é composto de duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante de pesquisa, e deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a

participar da pesquisa (ou por seu representante legal), assim como pelo pesquisador responsável ou membro da equipe.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Seguem os números telefônicos e *e-mails* através dos quais o participante poderá entrar em contato com o pesquisador:

Pesquisador Principal: KELLY EMANUELLE DE SOUSA ARAUJO SANTOS
(horário comercial ou emergencial) Telefone: (99) 98141-1930.

Coordenador do Projeto: Erika Martins Pereira (horário comercial)

Telefones: (98)32728504 / (98) 982061444

Email: erika.mp@ufma.br / profsaude@ufma.br

Instituição executora: Universidade Federal do Maranhão – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Departamento de Medicina I – Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFMA.

Praça Gonçalves Dias nº 21 Centro - CEP 65020-240

Fone: (98) 32729608

SÃO LUÍS – MARANHÃO CNPJ: 06.279. 103/0001-19

Data ____/____/____

Cidade: _____

Participante ou representante legal
(assinatura)

Pesquisador responsável ou
membro da equipe
(assinatura)

APÊNDICE 4

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AOS HIPERTENSOS



KELLY EMANUELLE DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

ORIENTADORA: Dr^a ERIKA MARTINS PEREIRA

CO-ORIENTADORA: Dr^a MARIA DO CARMO LACERDA BARBOSA

Cartilha: **Orientações a Hipertensos**

Este trabalho de Conclusão do Mestrado é fruto do Programa de Pós-Graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Orientador(a): Dr^a Erika Martins Pereira

Co-orientadora: Dr^a Maria do Carmo Lacerda Barbosa

Caxias-MA
2024

SUMÁRIO

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL	03
2. EPIDEMIOLOGIA	04
3. COMO O CORAÇÃO FUNCIONA	06
4. SINAIS E SINTOMAS	09
5. FATORES DE RISCO	11
6. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO	14
7. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	15
7. PREVENÇÃO	16
8. TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA	17
9. TERAPIA MEDICAMENTOSA	20
10. CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	21
11. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	22
12. ADESÃO AO TRATAMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	30

03

HIPERTENSÃO ARTERIAL

O QUE É
HIPERTENSÃO
ARTERIAL?



A hipertensão arterial, popularmente conhecida como pressão alta (PA), é uma doença cardiovascular crônica que possui como característica principal os níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. E é medida em milímetros de mercúrio.

Uma pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial se mantém frequentemente maior ou igual a 140/90 mmHg.



Ao medir a pressão arterial se determinam duas pressões:

04

Quando o coração se
contrai temos uma
pressão máxima
(sistólica)

MÁXIMA

Quando ele se dilata
temos uma pressão
mínima (diastólica)

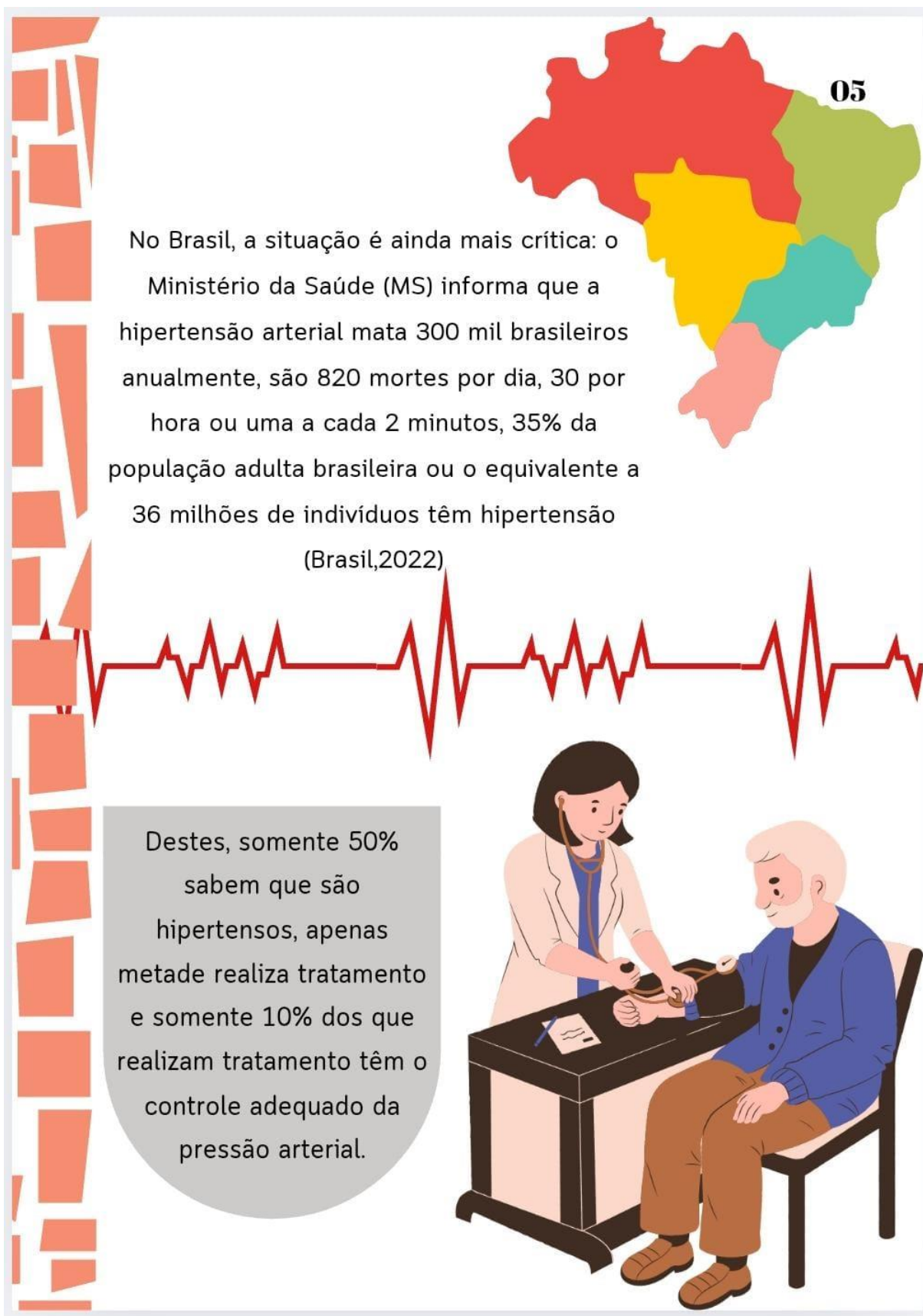
MÍNIMA



EPIDEMIOLOGIA



Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS,2022), estima-se que, no mundo, mais de um bilhão de adultos, entre 30 e 79 anos, têm hipertensão arterial. Dessa faixa etária, 46% (quase a metade) desconhece possuir a doença.



06

COMO O CORAÇÃO FUNCIONA?



O coração trabalha como uma bomba que projeta o sangue para frente quando se contrai (sístole ou máxima), esvaziando-o e levando ao enchimento das artérias através da aorta. Em outro momento, o sangue volta através das veias cavas para o coração, enchendo-o novamente e fazendo-o relaxar (diástole ou mínima).



Vou explicar melhor!

Estes dois momentos, de saída e entrada do sangue no coração, é o que mantém a pressão nas artérias.

Na fase sistólica o coração contrai e a pressão sanguínea aumenta, enquanto na fase diastólica o coração relaxa e a pressão sanguínea diminui.



07

O sangue circula pelo corpo humano graças ao efeito
impulsor do coração...



...Que funciona como se fosse uma bomba.

O coração trabalha em dois tempos:



QUANDO SE DILATA
ENCHE DE SANGUE

08



**QUANDO SE CONTRAI
EXPULSA O SANGUE**

É devido a esses movimentos de contração e dilatação que o sangue circula permanentemente pelos vasos sanguíneos (artérias e veias).

**QUANDO A PRESSÃO ESTÁ ALTA,
QUER DIZER QUE O CORAÇÃO ESTÁ
FAZENDO MUITA FORÇA PARA
CONTRAIR E RELAXAR.**



09

Sinais e Sintomas da Hipertensão arterial:

A hipertensão é uma doença que costuma ser assintomática (SEM SINTOMAS). Geralmente, os sintomas surgem quando ela está em um estágio avançado ou muito descontrolada.
COMO:

Dor de cabeça na região nuchal
Tontura, sensação desagradável



Enjôos



Ver tudo escuro
com estrelinhas



Diminuição da
libido sexual (prazer)



Cansaço em médios e grandes esforços

10



Palpitações (arritmias cardíacas)



Palidez de mucosa



PA $\geq$ 140x90 mmHg



Taquipnéia (Aumento da frequência respiratória)



II

Fatores de risco

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), os principais fatores de risco são:



GENÉTICA: Essa doença é herdada dos pais em 90% dos casos, mas existem vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles:

OBESIDADE: A obesidade geral e a obesidade abdominal foram associadas ao aumento do risco de hipertensão arterial. A diminuição do excesso de peso é o cuidado não-medicamentoso que mais promove a diminuição da pressão arterial.



TABAGISMO E CONSUMO DE ÁLCOOL: O tabagismo e o consumo excessivo de álcool estão associados à maior prevalência de hipertensão.

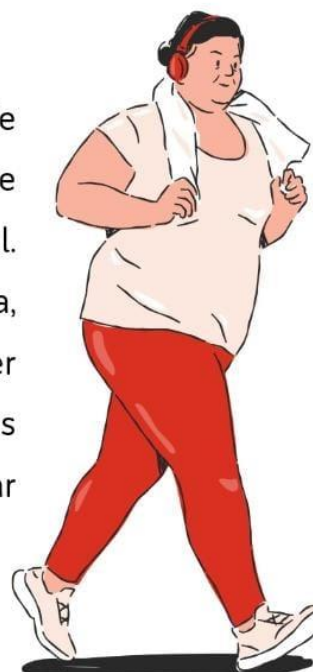
12

ALIMENTAÇÃO: Uma alimentação saudável é muito importante para o controle da hipertensão. Inclua frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras e açúcares. A carne vermelha e os carboidratos devem ser consumidos com moderação, dando preferência à carne magra e aos carboidratos integrais.



INGESTÃO DE SÓDIO: Cuidado com o excesso de sal na alimentação. A ingestão recomendada é de até 2 g/dia. É importante lembrar que o sal está presente em vários alimentos enlatados e embutidos.

SEDENTARISMO: A ausência de atividade física também está diretamente associada à hipertensão arterial. Exercícios aeróbicos, como caminhada, corrida, ciclismo ou natação, podem ser praticados por 30 minutos em 5 a 7 dias por semana. Que tal começar a praticar algum exercício?



13

IDADE: A partir dos 60 anos de idade, as artérias diminuem a elasticidade, aumentando a chance de desenvolver hipertensão arterial.

DIABETES: O aumento da concentração de glicose no sangue causa um aumento no volume sanguíneo, pois as moléculas de glicose, ao entrarem na corrente sanguínea, carregam a água, elevando a pressão hidrostática.



FATORES AMBIENTAIS: Condições como estresse, ansiedade, depressão e trabalho excessivo podem provocar aumento da pressão arterial de forma sustentada.

Critérios para o Diagnóstico

O diagnóstico deve ser traçado a partir da medida da pressão arterial (PA) em consultas com médico e enfermeiro, da obtenção de história pessoal e familiar, da realização de exame físico e da investigação clínica e laboratorial. E por meio da avaliação das possíveis lesões de órgão-alvo (LOA) e o risco cardiovascular (SBC,2020).

Classificação	PA sistólica		PA diastólica
Pressão arterial normal	< 129 mmHg	e	< 84mmHg
Pré-hipertensão	130-139mmHg	e/ou	85-89mmHg
Hipertensão Arterial			
- estágio 1	140-159mmHg	e/ou	90-99mmHg
- estágio 2	160-179mmHg	e/ou	100-109mmHg
- estágio 3	≥ 180mmHg	e/ou	≥ 110mmHg

Estratificação de Risco:

A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença cardiovascular nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco e na classificação inicial através da história clínica, exames físicos e exames complementares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

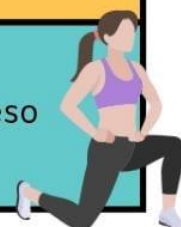
FR, presença de LOA ou doença	PA (mmHg)			
	Pré-hipertensão PAS 130 - 139 PAD 85 - 89	Estágio 1 PAS 140 - 159 PAD 90 - 99	Estágio 2 PAS 160 - 179 PAD 100 - 109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥ 3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

É IMPORTANTE "quantificar o risco do paciente hipertenso, ou seja, SABER a probabilidade de determinado indivíduo desenvolver DCV (DOENÇA CARDIOVASCULAR) em um determinado período de tempo é parte essencial do processo para nortear estratégias preventivas e de tratamento" (SBC, 2020).

PREVENÇÃO:

A HAS é uma doença de causas genéticas, sociais e ambientais. As principais formas de prevenção, segundo Vital (2019) são:

Prática de exercícios físicos na rotina;	Utilizar medicamentos apenas quando houver indicação médica.
Hábitos alimentares saudáveis, com consumo de verduras, legumes, frutas, leguminosas, carnes brancas e fibras.	Evitar consumir muito sal, carnes vermelhas, gorduras, alimentos processados, doces e embutidos.
Realizar acompanhamento médico frequente.	Verificar a pressão arterial sempre que possível
Buscar formas de relaxamento	Controle de peso



TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA:

O tratamento não medicamentoso compreende parte essencial do tratamento a pessoa com HAS e tem como principal objetivo a redução da mortalidade e morbidade cardiovasculares por meio da mudança do estilo de vida, controle de peso, orientações nutricionais, prática de atividade física, cessação do tabagismo, controle do estresse, entre outros. (LOPES; MORAES,2012).



Para todos os hipertensos -
recomendação
populacional
PRÁTICA REGULAR DE
EXERCÍCIOS FÍSICOS- É
FUNDAMENTAL PARA O
CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Fazer, no mínimo, 30 minutos/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 minutos) ou acumulada (2 x 15 minutos ou 3 x 10 minutos) em 5 a 7 dias da semana.

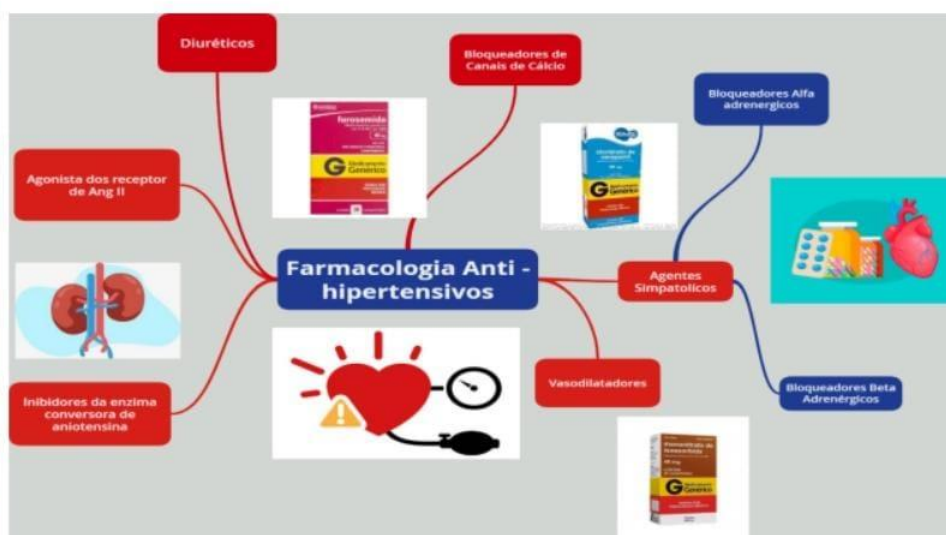
18

TREINAMENTO AERÓBICO:

Pelo menos 3 vezes/semana (ideal 5 vezes/semana).	Pelo menos 30 minutos (ideal entre 40 e 50 minutos).
Andar, correr, dançar, pedalar, nadar. 	Intensidade moderada definida por: maior intensidade conseguindo conversar (sem ficar ofegante) e sentir-se entre ligeiramente cansado.



TERAPIA MEDICAMENTOSA:



O tratamento medicamentoso da HAS é indicado após o diagnóstico de níveis elevados e sustentados de PA, exclusão do efeito do avental branco (EAB), estratificação de risco cardiovascular, avaliação de hipertensão arterial secundária e implementação de tratamento não-medicamentoso.

Seu objetivo é reduzir a morbimortalidade cardiovascular. Assim, os anti-hipertensivos devem reduzir tanto a pressão arterial como os eventos associados.

**NÃO ESQUEÇA DE TOMAR SUAS
MEDICAÇÕES DIARIAMENTE E NO
HORÁRIO CERTO!!!**



20

**Que consequências
a hipertensão arterial
não tratada pode trazer?**



INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

DOENÇA RENAL CRÔNICA

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

A pressão alta sem tratamento adequado pode causar lesões no coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos e a morte prematura.



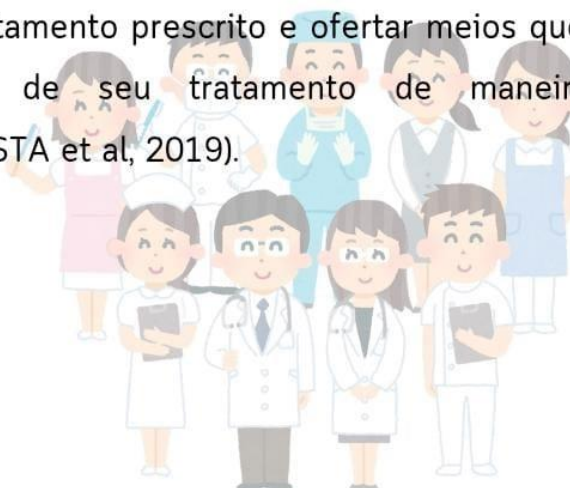
21

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e de incapacidade no mundo, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como um dos principais fatores de risco.

Portanto, ter o controle da pressão arterial é essencial para a prevenção de lesões em órgãos. Além da dificuldade do controle, muitos pacientes apresentam a doença de forma assintomática, fazendo com que ela seja subdiagnosticada e não tratada. (MOURA, 2020)

**ACOMPANHAMENTO COM
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

A equipe multiprofissional tem o papel de ajudar o paciente no processo de adaptação que envolve o paciente aceitar fazer o tratamento prescrito e ofertar meios que possibilitem realização de seu tratamento de maneira adequada. (DALLACOSTA et al, 2019).



E QUAL A FUNÇÃO DE CADA PROFISSIONAL DA EQUIPE?

22



Agente Comunitário de Saúde

Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitas de serem portadores de HAS.	Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.	Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naquele sem queixa.
Realizar visita domiciliar para identificar, cadastrar e acompanhar as pessoas da comunidade.	Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra.
Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.	



23

Auxiliar/Técnico de enfermagem

Orientar a comunidade sobre hipertensão arterial.	Agendar e reagendar as consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.
Acolher o usuário com hipertensão que procura a Unidade de Saúde.	Realizar a aferição da pressão arterial, verificação da altura, peso, circunferência da cintura e quadril e cálculo do índice de massa corporal.
Investigar sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientar sobre a doença, uso regular de medicamentos prescritos.	Registrar anotações de seu atendimento e técnicas realizadas na ficha do paciente com hipertensão.



Enfermeira (o)



24

Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário	Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos
Solicitar, durante a consulta de enfermagem os exames laboratoriais.	Realizar a avaliação dos sintomas, sinais vitais (pressão arterial, batimentos cardíacos, temperatura, frequência respiratória), medicações em uso e hábitos de vida.
Orientar em relação ao comprometimento do paciente ao tratamento tanto nos aspectos medicamentosos quanto não medicamentosos.	Definir o intervalo de retorno nas consultas de enfermagem e encaminha os pacientes para o atendimento médico quando necessário



25

Médico(a)



Avaliar os sintomas, os hábitos de vida, as medicações em uso.

Realizar o exame físico completo, interpretar os exames complementares realizados e estabelecer o que deve ser feito.

Realizar a prescrição de medicações e de medidas não medicamentosas.

Solicitar exames complementares e o agendamento das consultas de retorno, com a definição do intervalo e para qual profissional será feito o retorno.

Encaminhar quando necessário para atendimento em pronto-socorro ou internação .



26

Fisioterapeuta

Desenvolve estratégias preventivas para aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da pressão arterial, da prática regular do exercício físico e das mudanças dos hábitos alimentares prevenindo comorbidades.



Medidas de prevenção e reabilitação de possíveis problemas como consequência da hipertensão (JARDIM et al, 2017).

Nutricionista

Prescrever dietas, resguardando aspectos socioeconômicos e culturais.



Realizar educação nutricional individual e em grupo.

Realizar consulta de nutrição: avaliação nutricional e de hábitos alimentares.

Dentista

Orientar ao paciente a importância da manutenção da saúde bucal.	Realizar atividades educativas sobre saúde bucal na comunidade.
Realizar atendimento odontológico baseado em protocolo direcionado ao hipertenso.	

No dia da
consulta no
dentista,
lembre-se de:



Tomar a medicação correta

Alimentar-se adequadamente

Chegar mais cedo que o horário marcado

Sempre Aferir a Pressão Arterial

Informe ao seu dentista que você é hipertenso!!!



28

Psicóloga

Consulta de psicologia: avaliação, diagnóstico e tratamento de aspectos emocionais que interfiram com a qualidade de vida do paciente

Atendimento a familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida do paciente e sua adesão ao tratamento

Atendimento a grupos de pacientes, possibilitando a inovação e a adequação de modelos que viabilizem melhor adesão



Professor de Educação Física

A participação do professor de Educação Física consiste de: programação e supervisão das atividades físicas dos pacientes, adequando-as às realidades locais.

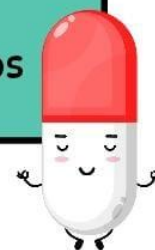


Farmacêutico (a)



**ORGANIZAÇÃO do
quantitativo de
MEDICAMENTOS NA
UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE.**

**ORIENTAÇÃO
QUANTO AO
manuseio e
cuidados com o
uso dos
medicamentos**



**VOCÊ
SABIA?**

Estudos comprovam que os usuários hipertensos podem se beneficiar de uma estratégia de tratamento realizada por diversos profissionais de saúde em conjunto, e que valoriza os diversos aspectos da doença e do ser humano, oferecendo completa e efetiva terapia possível (JARDIM et al, 2017).

ADESÃO AO TRATAMENTO

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da pressão arterial.



Porém, o tratamento da hipertensão arterial é um desafio PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA pelas dificuldades na abordagem e controle da evolução da doença, possíveis complicações e a falta de adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e não farmacológico que baseiam-se na mudança do estilo de vida, cuidados com a alimentação, prática de exercício físico, o comparecimento às consultas médicas e orientação por parte da equipe de saúde.



É necessário que o usuário participe ativamente do processo de mudança, se conscientizando sobre a necessidade de modificar seus hábitos de vida e incorporar hábitos saudáveis (NASCIMENTO et al, 2013; BRASIL, 2006).

31

**QUERO AGORA APRESENTAR A
VOCÊS ONDE PROCURAR O
SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO**



Essa é a UBS Salobro, que fica localizada na Rua Berenice Castelo no bairro Salobro, e tem horário de funcionamento de 07:00h às 22:00h. Possui 2 Equipes de Estratégia de Saúde da Família e 1 Equipe de Saúde na hora.



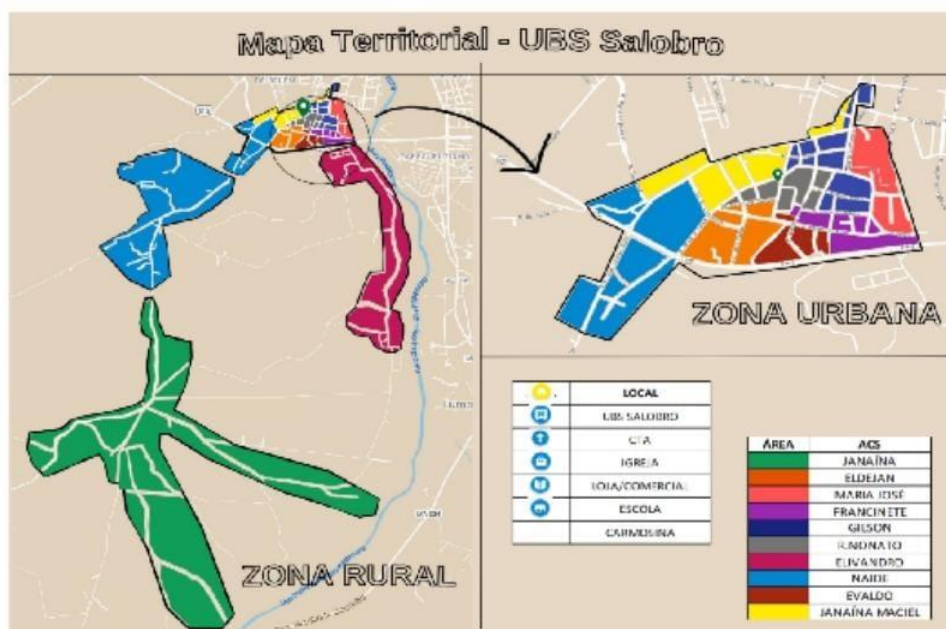
POPULAÇÃO CADASTRADA

1.732 FAMÍLIAS

4.554 PESSOAS

32

ESSE É O MAPA DO SEU TERRITÓRIO



Ela oferece uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo: acolhimento com classificação de risco, consultas de enfermagem, médicas, e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, curativos, visitas domiciliares, atividade em grupo nas escolas, educação em saúde, entre outras.

Destaca-se aqui a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que desempenha um papel fundamental na realização de medidas preventivas e no controle de complicações relacionadas à HAS por meio da Educação em Saúde.

Agora que você já conhece sobre a Hipertensão Arterial e o funcionamento de sua UBS...



Deixa eu te explicar quais cuidados você deve ter ao verificar a Pressão Arterial:

Não fume ou tome café 30 minutos antes da medição

Evite refeições pesadas

Descanse por até 90 minutos depois de fazer exercício físico

Relaxe por 5 a 10 minutos

Esvazie a bexiga

Evite conversar

Não ingira bebidas alcóolicas antes da medição

Evite medir em situações de estresse físico (dor) e emocional.

Durante a aferição de PA:

Você deve estar sentado(a), com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, costas encostada na cadeira e relaxado.

O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem estar apertadas no membro.



FIQUE ATENTA (O) !!!!

34



**SE APRESENTAR ALGUM SINAL OU
SINTOMA PROCURE IMEDIATAMENTE
A SUA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**VERIFIQUE SUA PRESSÃO
ARTERIAL COM FREQUÊNCIA.**

**FAÇA O ACOMPANHAMENTO REGULAR DE SUAS
CONSULTAS NA UBS e NÃO FALTE AS
CONSULTAS.**

**Prevenir a
HIPERTENSÃO
ARTERIAL é
uma **escolha****



Só depende de VOCÊ!

REFERÊNCIAS

BARROSO et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: https://adad56f4-85f5-461a-ad4d33669b541a69.usrfiles.com/ugd/adad56_951a57abb60a4205928d6da79f0d572d.pdf. Acesso em: 12 abr.2024.

BRASIL, M. da S. Estratégias Para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Cadernos de Atenção Básica, v. 35, p. 162, 2014b. Disponível em: [76<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf). Acesso em: 7 fev. 2024.

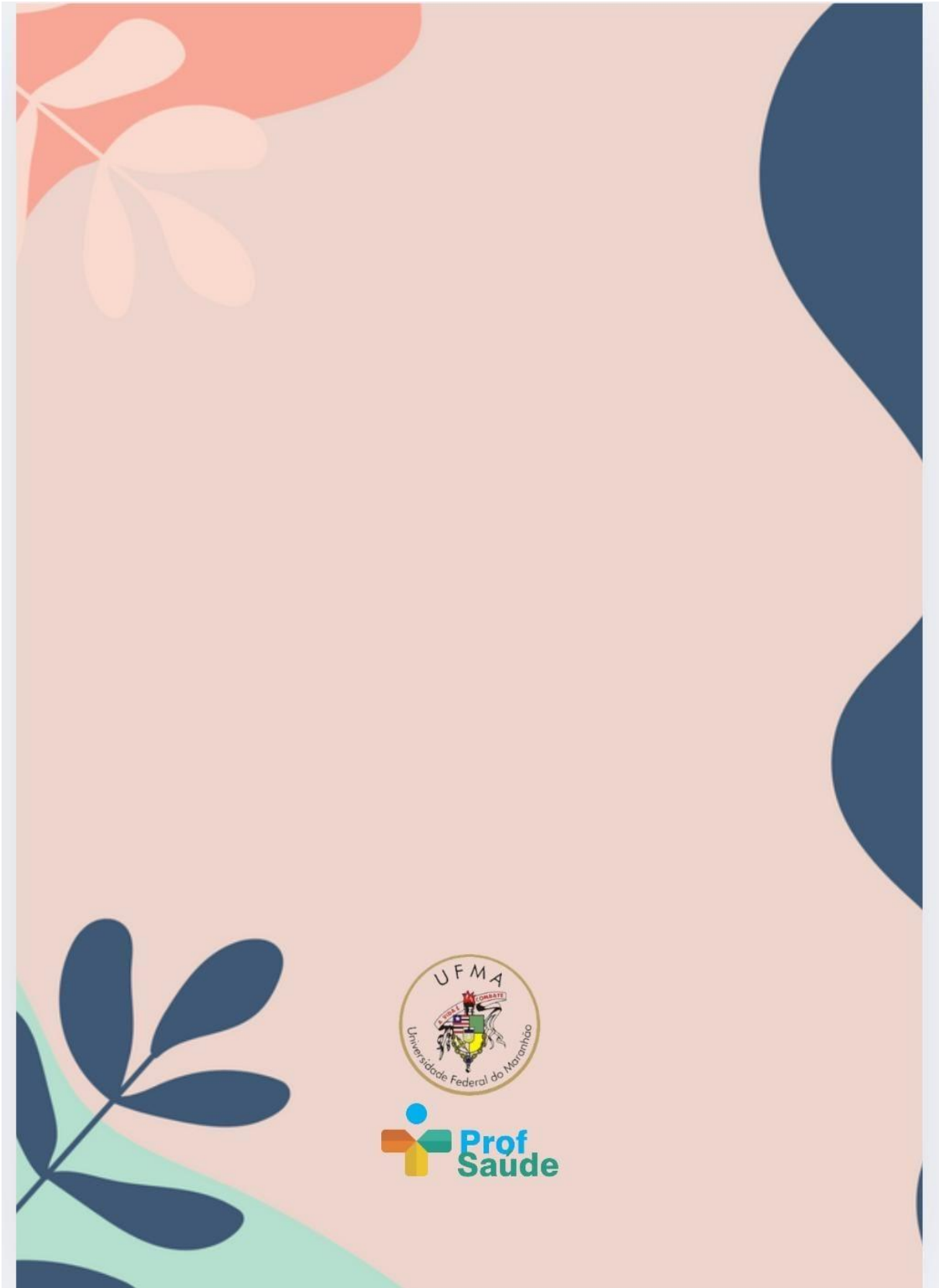
BRASIL, M. da S. VIGITEL Brasil 2021. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>>. Acesso em: 10 fev. 2024.

JESUS, R. Cartilha Educativa aos Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes Para o Enfrentamento de Fatores de Risco Modificáveis: Um Projeto de Intervenção. Florianópolis (SC), 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172108/RENATA%20ERRA%20DE%20JESUS%20-%20DCNT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 Mar. 2024.

LOPES, Louisy Oliveira; MORAES, Elzira Diniz de. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2012. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Pocket Book Light. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol, 2017. Disponível em: <https://sbcportals3.saeast1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>. Acesso em: 18 Mar.2024.

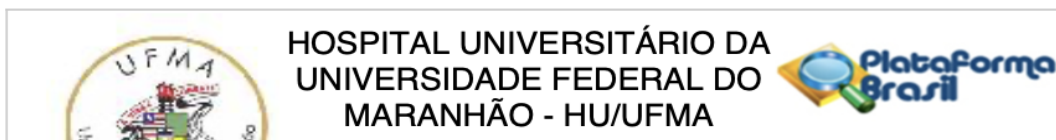
VITAL, T. G et. al. Arterial hypertension and work-related risk factors: a literature review. Research, Society and Development, [S. l], v. 9, n. 7, p. e905975085, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.5085. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5085>. Acesso em: 14 abr. 2024.



ANEXOS

ANEXO 1:

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Erika Martins Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 75431523.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.627.859

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2185159.pdf 19/01/2024 17:17:34).

Resumo:

A cidade de Caxias, localizada no Estado do Maranhão, enfrenta desafios relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e busca melhorar a atenção aos hipertensos atendidos na Atenção Primária. Com uma população de aproximadamente 163.784 habitantes, a maioria residindo na área urbana, a cidade conta com 402 estabelecimentos de saúde, sendo cinco administrados pelo estado, 55 pela esfera municipal e 342 pertencentes à rede privada. A prevalência da HAS é significativa na população de Caxias, especialmente na zona urbana. Fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, obesidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e má adesão ao tratamento são frequentemente identificados durante os atendimentos. Nessa realidade, é fundamental aprofundar o conhecimento sobre a temática da HAS e desenvolver estratégias de ação mais efetivas para a adesão ao tratamento dos hipertensos. Os objetivos do trabalho incluem realizar um diagnóstico situacional da atenção à saúde dos hipertensos, analisar as causas da má adesão ao tratamento, propor intervenções direcionadas para a adesão ao tratamento e fortalecer a atenção primária.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

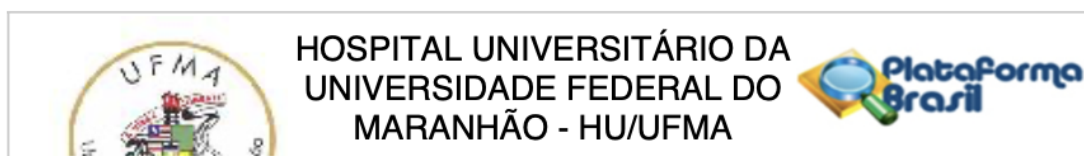
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1002

E-mail: cep@huufma.br



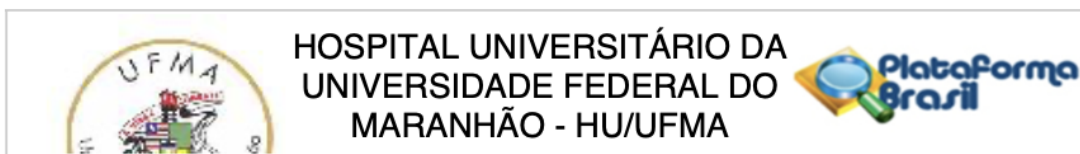
Continuação do Parecer: 6.627.859

como porta de entrada para o cuidado aos hipertensos. O trabalho terá início com a avaliação dos 50 pacientes já em tratamento na unidade. Em seguida serão realizadas roda de conversa com equipe multiprofissional e posterior criação de cartilhas e/ou itens de auxílio a adesão dos pacientes e permanência nas ações sobre HAS. Os dados serão tabulados, as estatísticas serão realizadas e estima-se conseguir descobrir os desafios encontrados pelos assistidos e através de dinâmicas na unidade ter adesão e permanência deles no atendimento e acompanhamento na unidade. Proporcionando assim a interação direta do assistido no seu processo de saúde e ele sendo o protagonista das ações para seu tratamento. Sendo a educação em saúde, a interação entre a equipe de saúde e o paciente, e a abordagem centrada na pessoa as estratégias que poderão favorecer uma maior adesão ao tratamento.

Introdução:

A cidade de Caxias está localizada no Estado do Maranhão, na mesorregião leste maranhense e microrregião de Caxias, a aproximadamente 363 km da capital do estado, São Luís, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2010, Caxias possui uma população total de 163.784 habitantes. Desse total, 95,36% residem na área urbana e 4,59% na área rural, de acordo com informações do IBGE. Entre aqueles que residem na zona rural, há uma predominância do sexo feminino, representando 51,03% do total. Além disso, a faixa etária mais é de 20 a 59 anos de idade, correspondendo a 56,32% dos habitantes rurais, segundo dados do DATASUS. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também é uma doença crônica prevalente na população de Caxias. De acordo com dados do DATASUS, em outubro de 2013, havia 16.305 pessoas cadastradas como hipertensas no município. Dentre elas, 88,7% residiam na zona urbana e 11,3% na zona rural. Em relação aos serviços de saúde, o município de Caxias conta com 402 estabelecimentos de saúde. Desses, cinco são administrados pela esfera estadual, 55 pela esfera municipal e 342 pertencem à rede privada, de acordo com informações do DATASUS. No entanto, durante os atendimentos realizados, são frequentemente identificados fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como sedentarismo, tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, obesidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e má adesão ao tratamento. Esses fatores contribuem para o impacto significativo da HAS nos padrões de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Diante dessa realidade, tornase relevante ampliar as discussões entre os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica em Caxias, aprofundando o conhecimento sobre a temática da HAS e também orientar e apresentar os pacientes sobre sua patologia para que os assistidos possam ser os

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.627.859

protagonistas no
tratamento com o melhor auxílio dos profissionais da unidade de saúde.

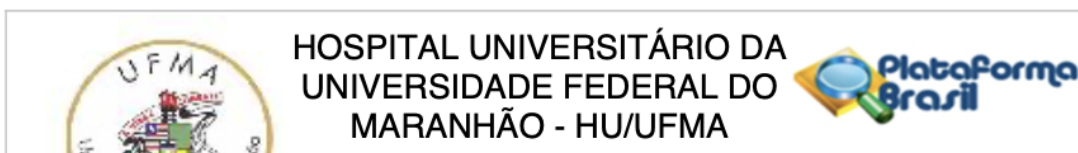
Hipótese:

Diante do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e suas consequências na saúde pública, surge a necessidade de desenvolver estratégias efetivas para melhorar a atenção aos hipertensos atendidos na Atenção Primária no Município de Caxias-Ma. Considerando a falta de diagnóstico precoce e a má adesão ao tratamento, torna-se essencial compreender as causas por trás dessa situação. A partir do diagnóstico situacional do território, observações da prática assistencial e discussões com a equipe do serviço de saúde local, busca-se identificar as especificidades da população residente na região rural que possam influenciar o acesso e a organização dos serviços de saúde. Com base nessa análise, o objetivo é propor intervenções direcionadas para melhorar a situação de saúde dos hipertensos cadastrados na área de abrangência da Atenção Primária, através de aumento da adesão ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico da HAS. Essas intervenções, podem servir como um guia para a equipe de saúde no Município de Caxias, fornecendo direcionamento para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão.

Metodologia proposta:

O Estudo realizado será exploratório, descritivo e de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família, UBS Salobro, localizada na cidade de Caxias – MA no período de outubro de 2023 a fevereiro de 2025. Serão selecionados 50 pacientes com diagnóstico confirmado de Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados na Unidade, com dezoito anos ou mais e em uso de medicamentos anti-hipertensivos. A primeira etapa contará da análise dos prontuários desses pacientes seguida de a aplicação de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de identificar quais são os desafios reais enfrentados pelos pacientes hipertensos para a realização (adesão) do tratamento (farmacológico e não farmacológico) e a realização dos acompanhamentos na unidade. E, em um segundo momento, rodas de conversa serão realizadas com os participantes e também com a equipe multiprofissional para explicar fisiopatologia da doença, sinais e sintomas, complicações e importância do acompanhamento pela equipe assistida, e direcionamento de autocuidado. E a última etapa será a entrega de material confeccionado pela pesquisadora para estimular os pacientes a adesão e continuidade do tratamento. Todos os dados serão tabulados e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.627.859

realizadas análises estatísticas para em seguida disponibilização dos dados.

Critério de Inclusão:

Serão considerados como participantes desta pesquisa os pacientes do território descrito, assistidos pela equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) da referida unidade, maiores de 18 anos, cadastrados na UBS, com diagnóstico de HAS e que aceitem participar do estudo.

Critério de Exclusão:

Os pacientes sem cadastro na UBS e os que não responderem à solicitação para colaborar com a pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados:

A análise situacional e a identificação dos problemas de saúde, serão realizadas em duas etapas: Etapa 01: Discussões entre a equipe sobre HAS por meio da vivência no atendimento prestado ao usuário com hipertensão arterial, seguida de avaliação de dados em prontuários e registros informativos dos pacientes hipertensos, utilizando-se o método de Planejamento Estratégico Situacional. Etapa 02: Será utilizado um roteiro de entrevista emiestruturado, com o objetivo de identificar quais são os desafios reais enfrentados pelos pacientes hipertensos para a realização (adesão) do tratamento (farmacológico e não farmacológico) e a realização dos acompanhamentos na unidade. Essa etapa visa a percepção do usuário e a inclusão efetiva dele em seu tratamento, facilitando assim a interação do usuário com a unidade. O roteiro apresentará três núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS; c) percepção sobre a melhoria na assistência fornecida pelos profissionais e d) dificuldades na adesão ao tratamento. (Anexo 1 – adaptado de Minayo 1999). Etapa 03: Serão traçadas ações dentro da unidade que acontecerão da seguinte forma: 3.1. Análise dos questionários aplicados para identificação da dificuldade dos usuários. 3.2. Realizar de roda de conversa com equipe Multi para discussão sobre as dificuldades de adesão ao programa encontradas nas visitas domiciliares e sugestões e discussão de forma de abordagem nos domicílios para busca ativa dos usuários que apresentam maior risco. E abordando, também, a importância do acolhimento e demanda espontânea, dentre assuntos relacionados aos obstáculos pertinentes que a equipe encontra como barreira para a realização das ações. 3.3. Confecção de cartilhas com orientações sobre atividades diárias que auxiliam no tratamento das alterações de hipertensão. E também

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

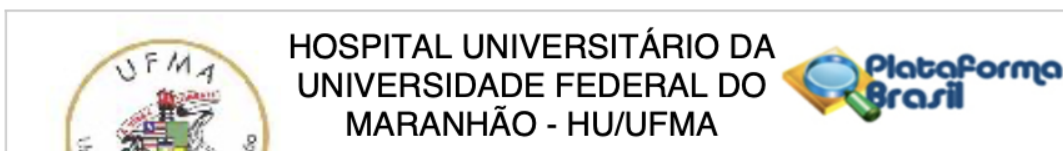
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1002

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.627.859

orientações para acompanhamento no programa hiperdia. Além de estimular todos pacientes ao retorno periódico. 3.4. Realização de palestras em grupos, abordando a fisiopatologia da doença, sinais e sintomas, complicações e importância

do acompanhamento pela equipe assistida, e direcionamento de autocuidado. Entregando material confeccionado na etapa anterior. Etapa 04: Realização de roda de conversa sobre análise dos dados, as ações realizadas e sobre ajustes no preenchimento no sistema das informações encontradas e sugerir as ações em educação continuada em saúde. Análise dos dados A análise dos dados neste estudo será realizada de forma abrangente e sistemática, visando obter informações relevantes e responder aos objetivos propostos após a coleta das informações obtidas através das entrevistas os quais serão catalogadas e lançadas na planilha do programa excel, bem como codificados os dados coletados nas entrevistas. Para isso, serão utilizadas técnicas estatísticas e qualitativas, considerando a natureza quantiquantitativa da pesquisa. Na análise quantitativa, os dados serão tabulados e organizados de acordo com as variáveis de interesse, como características demográficas, fatores de risco, adesão ao tratamento, entre outros. Serão aplicados métodos estatísticos adequados para identificar associações, tendências e diferenças significativas entre os dados coletados. Isso permitirá avaliar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica,

identificar fatores de risco relevantes e analisar a adesão ao tratamento, por exemplo. Já na análise qualitativa, as informações obtidas por meio das entrevistas, ou outras formas de coleta de dados serão analisadas de forma a identificar temas, padrões e percepções dos participantes. Serão utilizadas técnicas de análise de conteúdo para identificar e categorizar os principais temas emergentes, buscando compreender as experiências,

opiniões e expectativas dos indivíduos envolvidos. Em ambos os tipos de análise, será adotada uma abordagem interpretativa, buscando explorar e compreender o significado dos dados.

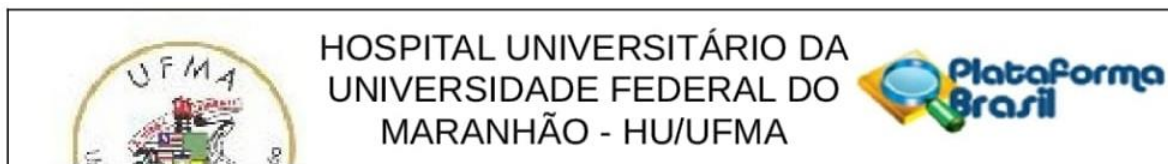
Desfecho Primário:

Espera-se propor estratégias para que os pacientes possam realizar a maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico do HAS.

Desfecho Secundário:

Espera-se saber quais desafios aos pacientes enfrentam para a adesão ao tratamento e estimular a educação em saúde tanto dos profissionais quanto dos pacientes e por fim atualizar os dados do banco hiperdia.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.627.859

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver estratégias para aumentar a adesão, tanto ao tratamento farmacológico quanto ao não farmacológico da HAS, melhorando a atenção à saúde de hipertensos atendidos na Atenção Primária no Município de Caxias – Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Identificar quais os desafios para a adesão ao tratamento pelos pacientes da unidade;
- Estimular a educação em saúde, as atividades de promoção e prevenção, à adesão ao tratamento e autocuidado tanto para os profissionais da unidade quanto para os pacientes;
- Atualizar os bancos de dados do HIPERDIA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

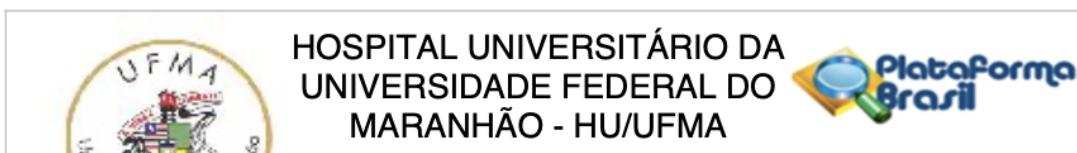
Riscos:

Esta pesquisa traz baixo risco, que é a possibilidade de interpretação equivocada das orientações prestadas pela equipe; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, medo de não saber responder e constrangimento ao se expor durante a roda de conversa. Para minimizar a possibilidade de ocorrência dos riscos acima mencionados, providências serão tomadas no sentido de realizar a explicação detalhada de todas as orientações, perguntando sempre se há alguma dúvida e sempre estando a disposição para quaisquer esclarecimentos. Além de minimizar desconfortos, garantindo local seguro e receptivo e deixando os pacientes a vontade para falar nas rodas de conversa, como liberdade para não responder às questões que o paciente julgar constrangedoras. Realizar o cadastro do paciente a partir de uma codificação, assegurando-se a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima e de prestígio social ou financeiro.

Benefícios:

Auxiliar todos os assistidos com orientações sobre suas patologias e auxiliar para a adesão e manutenção no tratamento possam ser efetivos, promovendo o engajamento do paciente na promoção da sua saúde, melhorando a sua qualidade de vida.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.627.859

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Estudo com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família, UBS Salobro, localizada na cidade de Caxias – MA no período de outubro de 2023 a fevereiro de 2025. Serão selecionados 50 pacientes com diagnóstico confirmado de Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados na Unidade, com dezoito anos ou mais e em uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Sendo considerado APROVADO.

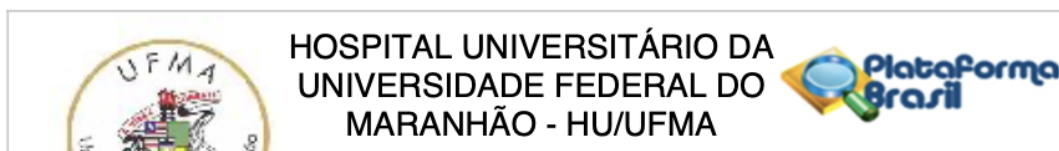
Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.627.859

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2185159.pdf	19/01/2024 17:17:34		Aceito
Outros	carta_resposta_comite_etica_kelly2.pdf	19/01/2024 17:16:38	Erika Martins Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_projeto_hipertenso_versao3.pdf	19/01/2024 17:13:54	Erika Martins Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_hipertensao.pdf	19/01/2024 17:13:18	Erika Martins Pereira	Aceito
Cronograma	cronograma_ajustado3.pdf	19/01/2024 17:04:39	Erika Martins Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_gestor_ubs.pdf	13/12/2023 16:11:05	Erika Martins Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/10/2023 12:22:49	Erika Martins Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Janeiro de 2024

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1002 **E-mail:** cep@huufma.br