



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

BRUNO ALBUQUERQUE VILHENA

**PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS,
MATRICULADOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA VILA
SANTO ANTÔNIO DO PRATA NO MUNICÍPIO DE IGARAPÉ-AÇU: A
HANSENÍASE NESSE CONTEXTO.**

Belém
2019

BRUNO ALBUQUERQUE VILHENA

**PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO E CLINICO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS,
MATRICULADOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA ESF
DA VILA SANTO ANTÔNIO DO PRATA NO MUNICÍPIO DE IGARAPÉ-AÇU: A
HANSENÍASE NESSE CONTEXTO.**

Trabalho de conclusão de curso; apresentado a Faculdade de Enfermagem como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde- ICS/ Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Msc. Hilma Solange Lopes Souza

Belém
2019

DEDICATÓRIA

A Deus, por todas as graças concedidas
e a todos que me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, volto meu agradecimento para Deus que sempre me fez saudável e me conduziu por caminhos de retidão e sem o qual este trabalho não seria possível.

Agradeço a meus pais José Vilhena e Nazaré Vilhena que sempre me apoiaram e foram o alicerce que me manteve firme ao longo desta caminhada.

À meus professores que sempre estiveram presentes e compartilharam além de seus conhecimentos, suas experiências de vida e opiniões, os quais foram de grande importância para meu crescimento como futuro profissional e pessoa.

À Universidade Federal do Pará, especialmente à PROEX (Pró-Reitoria de Extensão) pelos auxílios concedidos até o término da graduação, pois, sem esses, seria difícil manter meus estudos.

E por fim a minha orientadora Prof^a **Msc.** Hilma Solange Lopes Souza, pelas orientações e pela paciência que propiciaram a elaboração deste trabalho.

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!”

Angélica Tavares

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. A partir da análise do novo estilo de vida dos brasileiros é possível compreender a necessidade do desenvolvimento de programas de atenção básica, destinados à prevenção, identificação e acompanhamento dos casos de hipertensão arterial. A construção desse trabalho trará oportunidade de instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam na atenção básica a utilizarem as informações levantadas sobre pacientes em controle de hipertensão arterial sistêmica inscritos no programa hiperdia, como uma possível ferramenta para um melhor controle dos atendimentos aos pacientes hipertensos. A atenção básica é a porta de entrada dos pacientes no sistema único de saúde sendo os pacientes hipertensos, acolhidos com uma rotina padrão de atendimento que busca identificar o grau de hipertensão para iniciar o tratamento, conforme a necessidade de cada situação. Estudo de natureza quantitativa, documental, analítico e transversal, realizado com dados de prontuários de pacientes hipertensos matriculados no Programa Hiperdia na UBS da Vila Santo Antônio do Prata no Município de Igarapé Açu. Estes dados foram analisados a partir da construção de tabelas com uso do programa *Excel*. De acordo com os fatores de risco e valores de pressão arterial obtidos na pesquisa dos prontuários dos pacientes participantes do programa hiperdia na unidade básica de saúde da Vila Santo Antônio do Prata no município de Igarapé-Açu foi identificado o grau de risco. Durante a pesquisa nos prontuários foi identificado pacientes hipertensos com histórico de tratamento de hanseníase, sendo esta uma condição crônica que contribui para a ocorrência de padrões diferenciados de mortalidade no país, em grande parte relacionados a condições crônico-degenerativas e suas complicações.

Palavras-chave: Hipertensão, Crônico, Risco, Paciente, Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension-SAH or high blood pressure is a chronic disease characterized by high blood pressure levels in the arteries. From the analysis of the new lifestyle of Brazilians it is possible to understand the need for the development of primary care programs aimed at the prevention, identification and monitoring of cases of hypertension. The construction of this work will bring the opportunity to instruct health professionals working in primary care to use the information collected about patients in control of systemic arterial hypertension enrolled in the hyperdia program, as a possible tool for better control of care for hypertensive patients. Basic is the entrance of patients in the single health system being hypertensive patients, welcomed with a standard care routine that seeks to identify the degree of hypertension to start treatment, according to the need of each situation. Quantitative, documentary, analytical and cross-sectional study, conducted with data from medical records of hypertensive patients enrolled in the Hiperdia Program at the UBS of Vila Santo Antônio do Prata in the municipality of Igarapé Açu. These data were analyzed from the construction of tables using the Excel program. According to the risk factors and blood pressure values obtained from the medical records of patients participating in the hyperdia program at the basic health unit of Vila Santo Antônio do Prata in the municipality of Igarapé-Açu, the degree of risk was identified. During the medical records research, hypertensive patients with a history of leprosy treatment were identified, which is a chronic condition that contributes to the occurrence of different mortality patterns in the country, largely related to chronic degenerative conditions and their complications.

Keywords: Hypertension, Chronic, Risk, Patient, Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES – TABELAS

Tabela 1 - Apresenta o perfil dos usuários segundo dados sociodemográficos	20
Tabela 2 - Apresenta o perfil dos usuários segundo dados clínicos	22
Tabela 3 - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 SOBRE O TEMA ESTUDADO	9
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 OBJETIVOS	10
1.3.1 Objetivo Geral	10
1.3.2 Objetivo Específico	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 HIPERTENSÃO	11
2.2 EPIDEMIOLOGIA	12
2.3 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS) .	13
2.3.1 Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 FONTE DE DADOS	18
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	19
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 SOBRE O TEMA ESTUDADO

A Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mm/hg (ou 14 por 9). A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca (BRASIL, 2013).

A consolidação da cidade como espaço de predominância do homem em detrimento do campo é fruto do intenso processo de urbanização vivenciado pela população global, isso contribuiu para o desenvolvimento de novos hábitos, no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, as mudanças socioeconômicas e culturais refletiram em maus hábitos alimentares, sedentarismo e consequente sobrepeso. A união destes fatores ao envelhecimento populacional favoreceu o aumento dos casos de hipertensão arterial nas últimas décadas. (TOSCANO, 2010).

A partir da análise do novo estilo de vida dos brasileiros é possível compreender a necessidade do desenvolvimento de programas de atenção básica, destinados à prevenção, identificação e acompanhamento dos casos de hipertensão arterial. Para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu o plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial sistêmica (HAS), no ano de 2000, e com ele iniciou-se a inscrição nacional destes indivíduos no sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) e programa nacional de assistência farmacêutica para a HAS e o DM (BRASIL, 2013).

Mas, apesar da estrutura implantada pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, ainda existe lacunas que comprometem o desempenho deste programa, como a ausência do Diagnóstico da saúde sobre o perfil dos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde. Por isso, este trabalho se propõe a realizar o levantamento do perfil de parte deste público que reside no Município de Igarapé Açu – Vila do Prata que é uma ex-colônia de hanseníase.

1.2 JUSTIFICATIVA

A HAS encontra-se como um sério problema de saúde pública, devido sua alta prevalência, no caso do Brasil os números revelam uma realidade preocupante, 25% da população adulta apresenta essa doença e estima-se que em 2025 esse número terá aumentado em 60%, atingindo uma parcela significativa dos brasileiros, bem como por gerar impactos significativos na qualidade de vida dos usuários com essas condições de saúde. A construção e análise do perfil dos pacientes inscritos no programa vai definir a frequência e o tipo de cuidado necessário, constituindo um desafio para o acompanhamento constante, logo existe a necessidade da melhor utilização desses dados para impedir ciclos viciosos de medicalização da vida, além de hospitalizações recidivantes

A construção desse trabalho trará oportunidade de instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam na atenção básica a utilizarem as informações levantadas sobre pacientes em controle de hipertensão arterial sistêmica inscritos no programa hiperdia, como uma possível ferramenta para um melhor controle dos atendimentos aos pacientes hipertensos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 **Objetivo geral**

Analisar o perfil sócio demográfico e clínico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.3.2 **Objetivo específico**

- Identificar as condições socioambientais: ocupação, moradia(nº de pessoas e compartimentos) saneamento, renda familiar e escolaridade.
- Verificar a medicação em uso.
- Conhecer a dieta consumida pelo paciente.
- Verificar: sedentarismo, etilismo e tabagismo.
- Hidratação (ingesta hídrica).

- Levantar dados sobre antecedentes familiares e pessoais de doenças crônicas.
- Levantar fatores de risco
- Averiguar a situação vacinal
- Avaliar cuidado corporal e higiene pessoal.
- Analisar a relação hipertensão com a hanseníase como comorbidade

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (LUNA, 2009). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de consequências, constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Dessa forma, assume um papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (ALMEIDA *et al.*, 2011).

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, 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.

Em 2018, 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão. Os novos dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2018)

mostram também que a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos. Essa última edição da pesquisa foi realizada por telefone com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, entre fevereiro e dezembro do ano passado.

Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, também mostram que, em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido a hipertensão ou a causas atribuíveis a ela. Esse número revela uma realidade preocupante: todos os dias 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes é evitável e 37% dessas mortes são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade.

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Acontece quando os valores máximo e mínimo são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9), fazendo com que o coração exerça um esforço maior do que o normal para fazer a distribuição do sangue no corpo. A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. A prevenção está ligada a uma dieta equilibrada e a realização de atividades físicas (BRASIL, 2018).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A HAS tem alta prevalência e baixa taxa de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis para as DCV e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (CORRÊA et al., 2005). Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programas de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2.3 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS)

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão

sistólica, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (LUNA, 2009).

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O consumo excessivo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade (OLIVEIRA et al, 2012). Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prática do etilismo baseada na ingestão de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, configurando uma epidemia que compromete não só a saúde como também a economia do país e ao meio ambiente. A nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando enrijecimento das paredes arteriais ou arteriosclerose além da aceleração da frequência cardíaca e conseqüentemente a hipertensão. A nicotina é prejudicial ao organismo por promover a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica

(SMELTZER; BARE, 2002). Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (FORJAZ et al., 2006). A atividade física pode ser utilizada como forma de controle da pressão arterial, não só pela redução dos riscos cardiovasculares, como também por demonstrar pacientes com hipertensão que são fisicamente ativos apresentam-se melhores do ponto de vista físico e mental (BUNDCHEN, et al, 2013.)

Vale ressaltar que a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009). A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população (LIBBY, et al, 2010). Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS (HARTMANN, et al., 2007).

A atenção básica é a porta de entrada dos pacientes no sistema único de saúde sendo os pacientes hipertensos, acolhidos com uma rotina padrão de atendimento que busca identificar o grau de hipertensão mostrado no Quadro 1 para iniciar o tratamento, conforme a necessidade de cada situação.

Na consulta inicial o medico avaliara a pressão arterial do paciente, antecedentes pessoais, antecedentes familiares e os dados referentes ao exame físico de enfermagem. Em caso de diagnostico positivo para hipertensão arterial o paciente pode ser encaminhado para uma unidade de atendimento secundário ou para o hospital mais próximo. Imediatamente pode ser liberada medicação anti-hipertensiva conforme rotina estabelecida pelo médico da equipe. Orientar que o paciente retorne para casa e permaneça em repouso até a data da consulta medica que deve ser agendada na instituição de saúde.

QUADRO 1 – Classificação do Grau de Hipertenção.

RECOMENDAÇÕES PARA REAVALIAÇÃO DE PACIENTES			
Classificação	PS (mmHg)	PD (mmHg)	Conduta
Ótima	< 120	< 80	-Reavaliar semestralmente conforme rotina de atendimento da instituição; -Avaliar fatores de risco e propor mudanças no estilo de vida.
Norma	< 130	< 85	-Reavaliar mensalmente conforme rotina de atendimento da instituição; -Avaliar fatores de risco e propor mudanças no estilo de vida.

Limítrofe	130 a 139	85 a 89	-Acompanhar com aferições semanais da PA; -Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças no estilo de vida; -Propor tratamento medicamentoso.
HAS estágio 1	140 a 159	90 a 99	-Acompanhar com aferições da PA três vezes na semana; -Avaliar presença de sintomas; -Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças no estilo de vida; -Avaliar possíveis lesões em órgãos alvo; -Propor tratamento medicamentoso.
HAS estágio 2	160 a 179	100 a 109	-Proceder a aferições diárias da PA; -Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças no estilo de vida; -Avaliar possíveis lesões em órgãos alvo, interação com fatores de risco e presença de sintomas; -Propor tratamento medicamentoso.
HAS estágio 3	≥ 180	≥ 110	Tratamento medicamentoso imediato ou reavaliar em 01 semana; -Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças no estilo de vida; -Avaliar possíveis lesões em órgãos alvo, interação com fatores de risco e presença de sintomas; -Realização de propedêutica específica.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia

2.3.1 Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais.

Na avaliação do paciente hipertenso é de fundamental importância a Estratificação do Risco Cardiovascular Global mostrada no Quadro 2 para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente, que levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares (MALACHIAS, 2016)..

O Risco Cardiovascular Global deve ser mensurado em cada um dos indivíduos hipertensos. Trata-se de um ponto fundamental na operacionalização do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Com a estratificação de risco realizada, os pacientes considerados de alto risco devem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) que solicitará os exames laboratoriais iniciais e encaminhará ao MACC da região para ser inserido na Linha de Cuidado do Hipertenso, onde o

paciente será avaliado por equipe multiprofissional da Atenção Especializada (MARTINEZ, 2016).

Os hipertensos de baixo risco e de risco moderado devem permanecer na Atenção Primária e também passar por atendimento de equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Por vezes, o quadro clínico do paciente hipertenso de baixo ou moderado risco pode ser difícil de estabilizar. Nesses casos, o médico da APS deve solicitar um contato com o especialista do MACC a fim de receber orientações específicas que possam auxiliar na estabilização do paciente (MALACHIAS, 2016).

QUADRO 2 - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais.

	Limítrofe PAS 130 - 139 ou PAD 85 - 89	HAS Estágio 1 PAS 140 - 159 ou PAD 90 - 99	HAS Estágio 2 PAS 160 - 179 ou PAD 100 - 109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 - 2 Fatores	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
3 ≥ Fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellitus; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza quantitativa, documental, analítico e transversal, realizado com dados de prontuários de pacientes hipertensos matriculados no Programa Hiperdia na UBS da Vila Santo Antônio do Prata no Município de Igarapé Açu.

As abordagens quantitativas são fundamentadas por crenças de que os seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais que podem ser medidos objetivamente, um de cada vez ou combinados. Nestes estudos fica evidente que o pesquisador concentrou-se na medição de uma ou mais características humanas, esforçando-se por isolar as características de interesse e obter um quadro claro e livre de contexto (WOOD; HABER, 2012).

A principal característica da pesquisa documental está relacionada com a sua fonte, a qual se restringe a documentos escritos ou não-escritos, sempre de fontes primárias. Algumas destas fontes são compiladas no momento do fato, outras algum tempo depois, mas não foram tratadas com o foco específico para o tema que se pretende estudar. Os dados obtidos de livros, revistas científicas, teses, relatórios científicos, cuja autoria é conhecida, não se confundem com documentos, isto é, dados primários, que propiciam o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, possibilitando conclusões inovadoras, por meio da análise de seu conteúdo (PONTE et al., 2010).

É analítico porque além de observar e registrar frequências, também investiga e se correlaciona os fenômenos apresentados. Sua característica transversal se deve ao fato de que estes tipos de estudos investigam a presença de doenças ou aspectos positivos / negativos da saúde em um grupo ou população em um dado momento (POLIT; HUNGLER, 2000).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A investigação será desenvolvida no município de Igarapé – Açú, na região conhecida por Vila Santo Antônio do Prata. A cidade, localizada cerca de 100 km de Belém, capital do estado do Pará, possui uma população estimada em 35.887 habitantes, com IDHM de 0,60 (CENSO, 2010). A vila foi fundada em 1898 por frades capuchinhos Menores, que inicialmente trabalharam com a evangelização dos índios que ali residiam. Os primeiros hansenianos chegaram à localidade por volta de 1920, oriundos da Colônia do Tucunduba, município de Belém, para isolamento por ordem do governo da época, passando a ficar conhecida como Leprosário Santo Antônio do Prata, onde hansenianos paraenses e maranhenses se instalaram.

A vila de Santo Antônio do Prata possui uma unidade básica de saúde com estratégia de saúde da família sob a coordenação do município e uma unidade de saúde do estado que ainda abriga 8(oito) paciente com sequelas da hanseníase porem não admite mais casos para internação já que a política atual não atende mais a esses requisitos. Segundo Braga, L.S.C., (2011) relata que a unidade apresentava 226 doentes hansenianos, sendo 37 menores de 15 anos. Em 2008, existiam 2.005 indivíduos vivendo nesta “Colônia”, com 30% desses moradores sendo portadores da doença. Nesse local os índices de prevalência de casos de hanseníase têm se

mantido muito elevados, conforme os registros do serviço de saúde local, podendo ter a influência da permanência dos familiares infectados, além do nível socioeconômico ser baixo e homogêneo, muitos vivem em condições inapropriadas de moradia e possuem estado nutricional precário (MACKERT, C.C.O., 2008).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os pacientes integrantes do programa hiperdia atendidos na UBS no período de realização do estudo, sendo excluídos os demais pacientes que não estavam recebendo o atendimento no período de coleta dos dados.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

As variáveis do estudo foram: idade, sexo, pressão arterial, regularidade da tomada da medicação, hidratação, etilismo, tabagismo, prática de atividades físicas e realização da dieta orientada por nutricionista.

Estes dados foram analisados a partir da construção de tabelas com uso do programa *Excel*.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os pesquisadores não tiveram contato com os pesquisados, pois somente foram utilizadas fontes de dados secundários (prontuários), coletados em 2 formulários, o primeiro referente aos dados socioeconômicos o qual segue no anexo 3 e o segundo referente aos dados clínicos o qual segue no anexo 4, sendo estes elaborados com base na ficha cadastro do programa hiperdia a qual segue no anexo 1 e desta forma houve acesso aos indivíduos e seus nomes, sendo necessário apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitadas as diretrizes éticas de pesquisa com seres humanos, conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) NO 466, de 12 de dezembro de 2012.

O trabalho faz parte de um sub-projeto maior denominado “HANSENÍASE EM ÁREA HIPERENDÊMICA DE ANTIGA COLÔNIA: UM OLHAR MULTIDISCIPLINAR SOBRE UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA” que teve sua aprovação no CEP sob o número 3.096.613 conforme parecer apresentado no anexo 2.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando como base os dados coletados em formulário durante a pesquisa documental foi elaborada a tabela 1 que apresenta o perfil dos usuários atendidos na UBS segundo dados sociodemográficos e a Tabela 2 que apresenta o perfil dos usuários segundo dados clínicos.

Tabela 1 - Apresenta o perfil dos usuários segundo dados sociodemográficos.

Tabela 1 - Perfil dos usuários segundo dados socio demográficos.		
Variável	n	%
Sexo		
Feminino	38	54,3
Masculino	32	45,7
Idade (anos)		
52 - 60	28	40,0
61 - 70	31	44,3
71 - 80	11	15,7
Escolaridade		
Analfabetismo	17	24,3
Ensino Fundamental incompleto	20	28,6
Ensino Fundamental completo	15	21,4
Ensino médio incompleto	5	7,1
Ensino médio completo	9	12,9
Ensino Superior	4	5,7
Renda Familiar		
Não informou	9	12,9
>1 salário mínimo	40	57,1
<1 salário mínimo	21	30,0
Ocupação		
Carteira assinada	15	21,4
Desempregado	25	35,7
Aposentado	30	42,9
Moradia		
Casa própria	35	50,0
Alugada	20	28,6
Cedida	15	21,4
Saneamento básico		
Presente	12	17,1
Parcial	38	54,3
Ausente	20	28,6

Fonte: Pesquisa.

Considerando a faixa etária predominante neste estudo como sendo 60 a 70 anos, é possível observar o novo padrão da pirâmide etária brasileira que segundo o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, caminha para uma configuração próxima da apresentada por países desenvolvidos. Devido à melhoria na qualidade de vida do brasileiro que desde a constituição do SUS em paralelo com o desenvolvimento do país tem vivenciado um período de crescente acesso aos serviços de saúde, como o próprio Programa Hiperdia, que contribuiu para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, sendo essa realidade comprovada pelo crescimento da população de idosos hipertensos, descrito no último censo populacional.

Hoje o idoso atual se apresenta como um indivíduo ativo com domínio da capacidade funcional associado à maior independência, por isso a procura com maior frequência às unidades básicas de saúde. Além disso, pode ser um local onde esses idosos busquem a socialização, principalmente quando as unidades possuem grupos que se reúnem periodicamente (WANDERLEY, 2019).

A maioria dos pacientes apresentou renda de até um salário mínimo e a escolaridade foi em sua maioria limitada ao ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação a maioria está na condição de aposentado ou desempregado e os demais possuem trabalho de carteira assinada, essa realidade terá influência direta no tipo de moradia e grau de saneamento básico na localidade de origem desse público. Esta afirmativa foi validada pela análise dos pontuários que apresenta a maioria desse grupo residindo em moradias alugadas ou cedidas em bairros com saneamento básico parcial ou ausente. Esses dados obtidos durante a construção do perfil socio demográfico, apresentam parte das dificuldades vivenciadas por esse público que interferem de forma direta no acesso às informações, procura pelos serviços de saúde e a adequação ao tratamento eficaz da pressão arterial (ANDRADE, 2014).

Tabela 2 - Apresenta o perfil dos usuários segundo dados clínicos.

Tabela 2 - Perfil dos usuários segundo dados clínicos.		
Variável	n	%
Estado geral de saúde atual		
Paciente iniciando tratamento	7	10,0
Paciente estavel em tratamento	54	77,1
Paciente sem tratamento por abandono	9	12,9
Historico		
Primeiro diagnostico de HAS	15	21,4
Já utilizou medicação	46	65,7
Já foi internado por conta de HAS	9	12,9
Dieta consumida pelo paciente		
Adequada (baixos niveis de sodio e gordura)	42	60,0
Inadequada (elevados niveis de sodio e gordura)	28	40,0
Sedentarismo		
Nunca praticou esportes	33	47,1
Gostaria de iniciar alguma atividade fisica	25	35,7
Se exercita com frequencia	12	17,1
Etilismo		
Não consome bebidas alcolicas	58	82,9
Realiza o consumo com frequencia	12	17,1
Tabagismo		
Não fumante	57	81,4
Fumante	13	18,6
Hidratação (gestão hidrica)		
Adequada	26	37,1
Regular	28	40,0
Baixa	16	22,9
Antecedentes familiares (Doenças Cronicas)		
Diabetes	16	22,9
HAS	35	50,0
Diabetes e HAS	19	27,1
Situação Vacinal		
Vacinas atualizadas	35	50,0
Vacinas pendentes	24	34,3
Não realizou vacinas	11	15,7
Cuidado corporal e higiene pessoal		
Paciente apresenta (CC + HP) adequados	54	77,1
Paciente apresenta (CC + HP) inadequados	16	22,9
Paciente apresenta outras patologias alem da HAS		
Psoriase	1	1,4
Hanseniase	2	2,9
AIDS	1	1,4
Hepatite	1	1,4

Fonte: Pesquisa.

Outro ponto importante foi a elaboração do perfil clinico conforme apresentado na tabela 2 que pode ajudar de forma significativa na escolha do melhor plano de cuidados para o paciente. Assim,foi visto que a maioria dos pacientes participa do

tratamento e realiza o uso contínuo de medicação para controle da HAS. Sendo, prevalente a prática da alimentação saudável e consumo de água adequado para as necessidades metabólicas diárias, mas ainda existem problemas como a predominância do sedentarismo, apesar de parte significativa dos usuários afirmar que gostaria de iniciar alguma atividade física. Nesse aspecto, as equipes multiprofissionais da atenção primária à saúde são fundamentais nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da pressão arterial. As modificações no estilo de vida dos hipertensos figuram como uma meta a ser pactuada entre usuário e profissional de saúde, levando em consideração os aspectos culturais, raciais, religiosos e sociais envolvidos (MACHADO, 2017).

Também deve receber destaque o reduzido número de pacientes que declararam consumir bebidas alcoólicas ou cigarro, isso mostra o comprometimento da maioria em cuidar da saúde. Pois esses produtos contêm substâncias que podem influenciar diretamente no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Além disso, estudos indicam que o tabagismo atual ou anterior aumenta em 36% a chance de hipertensão arterial referida em idosos. Quanto ao consumo do álcool, há evidências que os níveis da pressão arterial podem se elevar com o consumo de bebidas alcoólicas (MUSSI, 2018).

Vários fatores influenciam os níveis de pressão arterial: dieta rica em sal (a substância faz o corpo reter líquido, elevando a carga sobre o coração e a pressão arterial), sedentarismo, consumo abusivo de álcool, cigarro, estresse, diabetes, história familiar (filhos cujo um dos pais é hipertenso apresentam 25% de chances de desenvolver a doença. Se o pai e a mãe são hipertensos a probabilidade aumenta para 60%) e idade avançada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Durante a pesquisa nos prontuários foram identificados fatores de risco relacionados a Hipertensão Arterial Sistêmica como: antecedentes familiares, sedentarismo, tabagismo, etilismo e dieta inadequada com elevados níveis de sódio e gordura. Baseado nessas informações foi realizada a classificação do grau de risco dos pacientes (MARTINEZ, 2016).

De acordo com os fatores de risco e valores de pressão arterial obtidos na pesquisa dos prontuários dos pacientes participantes do programa hiperdia na unidade básica de saúde da Vila Santo Antônio do Prata no município de Igarapé-Açu foi identificado o grau de risco apresentado na tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais

Tabela 3 - Classificação dos graus de risco dos pacientes		
GRAUS DE RISCO	n	%
Sem Risco Adicional	0	0,0
Risco Baixo	28	40,0
Risco Moderado	33	47,1
Risco Alto	9	12,9
TOTAL DE PACIENTES	70	100,0

Fonte: Pesquisa

Dentro dos itens observados no perfil clínico um dos mais importantes são os antecedentes familiares, no estudo em questão foi possível avaliar que a maioria dos participantes já teve casos de HAS na família, sendo 27,1% casos de pacientes com Diabetes e Hipertensão. Sendo, verificado a presença do hábito de realizar busca das vacinas disponíveis na UBS e também das práticas corretas de cuidado corporal e higiene pessoal como demonstra os dados da tabela 2. Mas, ainda cabe observar que foram identificados pacientes hipertensos que apresentem outras patologias como Psoríase, Hanseníase, AIDS e Hepatite.

Analisando os prontuários disponíveis na UBS foi constatado que a maioria dos pacientes 87,1% estão comparecendo aos atendimentos normalmente, mas existe uma taxa de abandono de 12,9% sendo o período de tempo entre as consultas determinado pelo agendamento no livro de controle do hiperdia mas geralmente o intervalo de tempo observado entre a marcação e a consulta médica é mensal. Durante a pesquisa nos prontuários foi possível observar exames anexados, referentes ao recomendado pelo Terceiro Consenso Brasileiro de HAS, no qual ficou estabelecido que a avaliação mínima do portador de HAS deve constar dos seguintes exames: exame de urina (bioquímica e sedimento), creatinina sérica, potássio sérico, glicemia sérica, colesterol total e solicitação do eletrocardiograma de repouso (BRASIL, 2013).

Durante a pesquisa nos prontuários foi identificado pacientes hipertensos com histórico de tratamento de hanseníase, sendo esta uma condição crônica que contribui para a ocorrência de padrões diferenciados de mortalidade no país, em grande parte relacionados a condições crônico-degenerativas e suas complicações. Diabetes

Mellitus e Hipertensão Arterial Sistemica, quando associados, ampliam a carga de morbimortalidade nos indivíduos (BRASIL, 2010).

Contudo, ainda não existem trabalhos científicos que comprovem a maior ocorrência de hanseníase em portadores de DM. O que se sabe é que tanto o DM como a hanseníase podem causar uma neuropatia, podendo dificultar o diagnóstico inicial e precoce da hanseníase. A neuropatia diabética é geralmente precoce e de alta prevalência, piorando com a evolução da doença, podendo atingir frequências de cerca de 50% em diferentes grupos de pacientes analisados nos âmbitos nacional e internacional. O acometimento neuropático no DM, semelhante ao que acontece na hanseníase, pode piorar, de modo significativo, a qualidade de vida por causar incapacidade e diminuição da sobrevida (SBD, 2017).

A lesão neurológica envolve amplamente todo o sistema nervoso periférico, acometendo as fibras sensitivas, motoras e autonômicas, com predominância da neuropatia sensitivo-motora. O diagnóstico baseia-se no quadro clínico e na realização de testes neurológicos. Os principais sintomas são parestesias, sobretudo em membros inferiores, mas também nos superiores (mãos e braços). Os testes neurológicos básicos são avaliação de sensibilidade, pesquisa de reflexos tendinosos, medidas de PA (deitado e em pé) e da frequência cardíaca (SBD, 2017).

O DM e a hanseníase também podem estabelecer paralelos no que se refere ao uso de determinadas drogas, como o uso de corticoterapia nos episódios reacionais na hanseníase, podendo desencadear quadro de intolerância à glicose ou franco DM, ou descompensação de DM previamente diagnosticado. Além disso, o uso da rifampicina na PQT em pacientes com DM em tratamento com alguns antidiabéticos orais pode dificultar o controle glicêmico (BRASIL, 2013).

Por outro lado, a HAS é uma doença de caráter multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. É considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, na medida em que se observam baixas taxas de controle e ocorrência de complicações. Pode evoluir com complicações, determinando lesões de órgãos-alvo (cardiopatia, doença cerebrovascular, nefropatia e alterações vasculares) e até mesmo distúrbios metabólicos, com consequente aumento do risco de DCV fatais e não fatais. Não há evidência na literatura de associação direta entre HAS e hanseníase, a não ser em relação ao uso de corticoterapia nos episódios reacionais na hanseníase, como já relatado, podendo causar hipernatremia que, por

sua vez, pode contribuir para o aparecimento ou para a potencialização de HAS (BRASIL, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa documental realizada nos prontuários foi possível verificar que a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS constitui o principal fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis entre as mesmas tem as cardiovasculares. O aumento dos casos de hipertensão arterial sistêmica nas últimas décadas representa um desafio para o Sistema Único de Saúde(SUS), com estimativas que indicam a existência de mais de 25 milhões de brasileiros portadores dessa patologia.

Para o enfrentamento desta situação há necessidade de que as ações de prevenção e controle sejam implementadas em todos os níveis. A assistência médica adequada e o controle rigoroso desta patologia podem prevenir ou retardar o aparecimento das complicações agudas e crônicas, através de medidas preventivas e curativas. Pois, entre os fatores de risco identificados na pesquisa estão itens relacionados a alimentação e sedentarismo que podem ser modificados com mudanças no estilo de vida, como redução do excesso de peso, restrições dietéticas de sódio e atividade física regular.

Para prevenir as doenças cardiovasculares, responsáveis pela principal causa de morbimortalidade na população brasileira, o Ministério da Saúde, implantou em todos os níveis de atenção, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, cujo objetivo é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático.

Após realizar a construção e análise do perfil dos pacientes foi verificado que a maioria do grupo são idosos o que comprova a tendência de envelhecimento da população brasileira. Assim, está constituída um evidência clara sobre a importância de traçar o perfil do paciente idoso hipertenso, produzindo ferramentas que possibilitem aos profissionais de saúde, um melhor preparo, afim de que se promova, com maior eficiência, a saúde tanto na prevenção de agravos, quanto no tratamento.

O desafio do controle está na integração das ações de controle dos programas na rede de serviços de saúde, tendo como base o modelo de atenção a condições crônicas, a partir das seguintes intervenções: diagnóstico precoce e seguimento longitudinal da população portadora de hanseníase, independentemente de ser caso

novo ou antigo (com classificação de risco/contexto de vulnerabilidade, avaliação do GI, de limitação funcional e de restrição à participação social), introdução oportuna do tratamento da hanseníase e dos episódios reacionais, com monitoramento estrito da adesão e de possíveis complicações.

Mas também após o tratamento específico da hanseníase, tendo a integralidade como referencial; • ações de prevenção e redução do risco, com enfoque na prevenção de incapacidades relacionadas à hanseníase bem como de outras condições crônicas relacionadas aos ciclos de vida e aos contextos de vida (sociais e econômicos) das pessoas atingidas; • tratamento das complicações identificadas (recuperação das incapacidades físicas, psíquicas e sociais, além da readaptação profissional e da reinserção social da pessoa atingida e seus familiares); • ações de autocuidado apoiado, com fortalecimento da rede familiar e comunitária; • ações de avaliação qualificada e de monitoramento em longo prazo dos contatos domiciliares dos casos de hanseníase; • ações de educação e comunicação para integrar uma abordagem longitudinal da hanseníase, tanto nos serviços de saúde como nas comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.E.F, et al. **Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial entre motoristas caminhoneiros.** Cogitare Enferm. V.15, n.4, p.652-8, Out/Dez, 2010.

ANDRADE. João Marcus Oliveira et al. **Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos.** Artigo Ciência e saúde coletiva. 19 de Agosto 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/3497-3504/>>. Acesso em: 11 novembro. 2019.

BRAGA, L.S.C. **Diagnóstico tardio da hanseníase em área de alto risco de transmissibilidade.** Dissertação (mestrado) apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ para obtenção do título de mestre. Orientadora: Prof^a Dr^a Marília Brasil Xavier, 65f, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção.** Disponível em: <<http://saude.gov.br/>>. Acesso em: 04 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BEZERRA, D. S.: SILVA, A. S.: CARVALHO, A. L. M. **Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Jaboatão dos Guararapes- PE, BRASIL.** Rev. Ciênc. Farm. Apl., v. 30, n. 1, p. 57-61, 2009.

BUNDCHEN, D.C, et al. **Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida.** Rev. Bras. De Med. Do Esporte. 2013; 19 (2): 91-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Orientações para uso: corticosteroides em hanseníase** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 52 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CORRÊA, T. D.: NAMURA, J. J.: SILVA, C. A. P. et al. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** Arq. Med. ABC, v. 31, n. 2, p. 91-101, 2005.

FORJAZ, C. L. M.: JUNIOR, C. G. C.: ARAÚJO, E. A. et al. **Exercício físico e hipertensão arterial: riscos e benefícios**. Hipertensão, v. 9, n. 3, p. 104-112, 2006.

HARTMANN, M.: DIAZ-DA-COSTA, J. S.: OLINTO, M. T. A. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1857-1866, ago. 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>>. Acesso em: novembro. 2019.

LIBBY, M. D. P.: BONOW, M. D.R.O.: MANN, M.D.D.L.: ZIPES, M.D.D.P. Braunwald: **Tratado de doenças cardiovasculares**. 8 ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2010.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter. 252p. 2009.

MACHADO. Ana Larissa Gomes et al. **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO**: Revista enfermagem UFPE on line., Recife, 11(12):4906-12, dec., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download>>. Acesso em: novembro. 2019.

MUSSI. Fernanda Carneiro et al. **CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E TABAGISMO EM HOMENS HIPERTENSOS**: Revista baiana de enfermagem (2018); 32:e20383. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download>>. Acesso em: novembro. 2019.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016. Disponível em Scielo.

MARTINEZ, Karina Rodriguez. **CONTROLE DOS FATORES DE RISCOS NA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CORURIBE – ALAGOAS: Plano de Ação**. 2016. 36 f. Curso de especialização em estratégia saúde da família - Universidade Federal Alfenas – UNIFAL (Maceió – Alagoas).

PONTE, V. M. R.; OLIVEIRA, M. C.; MOURA, H. J.; BARBOSA, J. V. **Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre Balanced Scorecard**: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. Disponível em: <<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressol/03/EPC079.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2010.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Brunner e Studart: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogen; 2002. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares coronarianos; p. 572-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENÇÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, v. 95, p. 1-51, 2010. Supl. 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017.

TOSCANO, Cristiana M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial**. Ciência e Saúde Coletiva . Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.885-895, 2010.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 330 f.

WANDERLEY. Renata Maria Mota et al. **AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA**: Revista enfermagem UFPE on line., Recife, 13(1):472-82, jan., 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download> >. Acesso em: novembro. 2019.

Küchemann, Berlindes Astrid. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Astrid Revista Sociedade e Estado - Volume 27 Número 1 - Janeiro/abril 2012.

ANEXO 1



MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /				
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS					
DOCUMENTOS GERAIS									
Título de Eleitor	Número		Zona	Série					
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /				
CPF	Número		PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)									
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF				
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro				
	Folha		Termo		Data de Emissão / /				
ENDEREÇO (*)									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP		DDD	Telefone					
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)		Peso (kg) (*)				
A altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum		<input type="checkbox"/> Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações					
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pé diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal					
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>									
Medicamentoso									
		Comprimidos/dia				Unidades/dia			
Tipo		1/2	1	2	3		4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg									Insulina <input type="text"/>
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850 mg									
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV= Tabela no verso do formulário.

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HANSENÍASE EM ÁREA HIPERENDÊMICA DE ANTIGA COLÔNIA: UM OLHAR MULTIDISCIPLINAR SOBRE UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA

Pesquisador: Marília Brasil Xavier

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02447418.1.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Medicina Tropical-NMT/ Universidade Federal do Pará - UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.096.613

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa da Prof Dra Marília Brasil Xavier com financiamento próprio. A hanseníase ainda é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, com curso desafiador e lacunar no que diz respeito a ações de promoção, prevenção e

recuperação de saúde e aspectos relacionados à saúde, tanto para o indivíduo, família e/ou comunidade afetada biológica, psicológica e/ou socialmente por causa da hanseníase. Este desafio parece ser maior em áreas marcadas pela endemicidade desta doença negligenciada, especialmente em áreas de antigas colônias de isolamento de doentes, onde a história somada às dificuldades no acesso à rede de serviços de saúde e/ou relacionados à saúde, e fatores socioeconômicos, tais como pobreza e baixa escolaridade favorecem a manutenção da cadeia de transmissão, com maior risco de recidiva e resistência às drogas antihansênicas.

A Vila do Santo Antônio do Prata, pertencente a um município do interior do estado do Pará, região norte do Brasil, reflete as dificuldades deste desafio, ainda mais, por se tratar de uma antiga colônia de hansenianos que traz em sua trajetória marcas do forte caráter estigmatizante e de isolamento social que historicamente implicou sobre os hansenianos. Diante disto, este projeto pretende propor, executar e avaliar ações de intervenções em saúde, com abordagem

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-0961

CEP: 66.055-240

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.096.613

multidisciplinar com resgate de papéis, história e pertencimento de caminhos a serem trilhados nessa antiga colônia de hansenianos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Propor, executar e avaliar o impacto de ações em saúde e relacionadas à saúde, com abordagem multidisciplinar, sob uma perspectiva biopsicossocial, em uma antiga colônia de hansenianos do estado do Pará, Brasil.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas e funcionais dos casos novos de hanseníase identificados a partir de ações de busca ativa na comunidade.
- Conhecer o estado de saúde de indivíduos hansenianos, com ênfase na limitação funcional e restrição à participação social.
- Promover e avaliar o impacto de ações de educação em saúde na comunidade que abordem temas variados relacionados à doença e o impacto dela no dia a dia do indivíduo.
- Identificar os padrões e características socioambientais do adoecimento do indivíduo e da família e a percepção sobre o adoecimento individual e coletivo na ex-colônia de hansenianos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos possíveis aos participantes envolvem sua identificação e exposição no estudo. Os participantes poderão correr riscos pela exposição ao constrangimento devido a divulgação e uso inapropriado de informações pessoais, devido à deficiência na garantia do sigilo de seus dados, levando à identificação dos participantes, estigmas e/ou perda de autoestima. Portanto, para solucionar tais riscos, dados identificadores dos participantes

serão omitidos. Sendo assim, não serão revelados e nem mencionados em momento algum da pesquisa os nomes dos participantes, suas iniciais ou números das fichas de notificação e prontuários. Os protocolos e banco de dados da pesquisa serão alfanuméricos, seguindo a ordem em que os dados forem coletados, de modo a preservar as informações dos participantes. Além de limitar o acesso aos dados e aos protocolos apenas pelos pesquisadores responsáveis.

Benefícios:

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.096.613

Quanto aos benefícios para os participantes do estudo transversal, pontua-se que a pesquisa fornecerá informações clínicas e outras, antes pouco conhecidas desta comunidade, sobre funcionalidade e participação social desses indivíduos com hanseníase ou em situação de pós-alta. Diante de uma doença, que historicamente tem uma carga estigmatizante evidente, conhecer o impacto da doença sobre os aspectos funcionais, sociais e a

influência da família no processo de adoecimento, pode auxiliar e subsidiar a intervenção dos profissionais e a elaboração de políticas públicas para além do cuidado biomédico, mas abrangendo também aspectos individuais e sociais da complexidade multidimensional do ser humano.

Quanto à pesquisa-ação intervencionista, por meio de estratégias de educação em saúde os participantes poderão se beneficiar aprendendo sobre a hanseníase, podendo participar ativamente no processo de cuidado da saúde e reconhecer a doença em um contexto de hiperendemicidade e alta vulnerabilidade social, através de ferramentas de inclusão digital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem delineado e fundamentado, apresentando os objetivos claros e definidos, com viabilidade para execução conforme cronograma apresentado na proposta.

Serão utilizados dois métodos de estudo: um transversal e uma pesquisa-ação intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa será realizada na Vila de Santo Antônio do Prata, especificamente na Unidade Básica de Saúde (CNES n° 2312042) e domicílios da comunidade. Para o estudo transversal, a população de estudo serão todos os casos novos de hanseníase, em tratamento específico para doença entre janeiro de 2019 a dezembro de 2022, ou em situação de pós-alta, desde 2009 até 2022.

Para definição da amostra do estudo, estimasse cerca de 40 casos novos para o período definido. Em relação aos pacientes pós-alta, estima-se 109 pacientes que serão estudados.

Na pesquisa-ação, a população de estudo serão os casos novos em tratamento específico e regular, diagnosticados no período agosto de 2019 à agosto de 2020, e suas respectivas famílias. Portanto, estima-se a participação de 10 casos novos e três membros de cada família: 40 participantes na pesquisa ação. Os membros da família serão convidados e participarão mediante critérios de seleção da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado está adequado em linguagem acessível, de acordo com a Resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

CEP: 66.055-240

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.096.613

Os documentos foram apresentados adequadamente em conformidade com o regulamento (folha de rosto devidamente assinada e datada, projeto, cronograma e orçamento).

As alterações solicitadas no parecer anterior em relação aos riscos e benefícios para o paciente foram resolvidas.

Foi anexado documento de anuência do representante legal da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila do Santo Antônio do Prata.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atual não apresenta pendências. Recomendo a aprovação.

As alterações solicitadas no parecer anterior em relação aos riscos e benefícios para o paciente foram resolvidas e foi anexado documento de anuência do representante legal da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila do Santo Antônio do Prata.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Comitê manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução CNS nº466/2012. Em atendimento a esta resolução esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Cabe ainda ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final para este CEP;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, alteração ou interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1236809.pdf	19/12/2018 13:40:25		Aceito
Outros	Declaracaodeanuencia.doc	19/12/2018 13:21:30	Marilia Brasil Xavier	Aceito

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



Continuação do Parecer: 3.096.613

Outros	CartaPendencias.doc	11/12/2018 14:57:31	Marilia Brasil Xavier	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PLATAFORMA.doc	11/12/2018 14:57:08	Marilia Brasil Xavier	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	11/12/2018 14:56:37	Marilia Brasil Xavier	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	17/10/2018 11:59:55	Marilia Brasil Xavier	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	17/10/2018 11:37:55	Marilia Brasil Xavier	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoparaanexar.pdf	17/10/2018 11:30:23	Marilia Brasil Xavier	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
FABIOLA ELIZABETH VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br

ANEXO 3**FORMULARIO DE PESQUISA****DADOS SOCIOECONÔMICOS****• SEXO**

() Masculino

() Feminino

• IDADE

()

• ESCOLARIDADE

() Analfabetismo

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino Superior

• RENDA FAMILIAR

() Não informou

() >1 salário mínimo

() <1 salário mínimo

• OCUPAÇÃO

() Carteira assinada

() Desempregado

() Aposentado

• Moradia

() Casa própria

() Alugada

() Cedida

• SANEAMENTO BÁSICO

() Presente

() Parcial

() Ausente

ANEXO 4

1

FORMULARIO DE PESQUISA**DADOS CLINICOS****• ESTADO GERAL DE SAÚDE ATUAL**

- () Paciente iniciando tratamento
- () Paciente estável em tratamento
- () Paciente sem tratamento por abandono

• HISTÓRICO

- () Primeiro diagnostico de HAS
- () Já utilizou medicação
- () Já foi internado por conta de HAS

• PRESSÃO ARTERIAL

- ()

• DIETA CONSUMIDA PELO PACIENTE

- () Adequada (baixos níveis de sódio e gordura)
- () Inadequada (elevados níveis de sódio e gordura)

• SEDENTARISMO

- () Nunca praticou esportes
- () Gostaria de iniciar alguma atividade física
- () Se exercita com frequência

• ETILISMO

- () Não consome bebidas alcoólicas
- () Realiza o consumo com frequência

• TABAGISMO

- () Não fumante
- () Fumante

• HIDRATAÇÃO (GESTÃO HIDRICA)

- () Adequada
- () Regular
- () Baixa

• ANTECEDENTES FAMILIARES (DOENÇAS CRÔNICAS)

- () Diabetes

() HAS

() Diabetes e HAS

• **SITUAÇÃO VACINAL**

() Vacinas atualizadas

() Vacinas pendentes

() Não realizou vacinas

• **CUIDADO CORPORAL E HIGIENE PESSOAL**

() Paciente apresenta (CC + HP) adequados

() Paciente apresenta (CC + HP) inadequados

• **PACIENTE APRESENTA OUTRAS PATOLOGIAS ALEM DA HAS**

() Psoríase

() Hanseníase

() AIDS

() Hepatite