

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

SARAH KARNOPP TAVARES

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS DA UBSF COSTA
E SILVA DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE NO ANO DE 2019

Joinville
2019

SARAH KARNOPP TAVARES

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS DA UBSF COSTA
E SILVA DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE NO ANO DE 2019

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para a obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Caroline
Orlandi Brilinger, Msc.

Joinville
2019

Tavares, Sarah Karnopp.

O perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva do município de Joinville no ano de 2019/ Sarah Karnopp Tavares. – Joinville, SC, 2019.
67 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2019.
Orientadora: Caroline Orlandi Brilinger

1. Perfil epidemiológico. 2. Hipertensão. 3. Saúde Pública. I. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Jorge Cunha e Caroline Orlandi Brilinger pela colaboração durante a elaboração deste trabalho.

Aos meus pais Cesar e Vanderléia e minha irmã Evelyn por todo o incentivo durante os anos de faculdade.

Ao meu namorado Daniel pela compreensão e apoio em todos os fins de semana dedicado aos estudos.

Aos meus grandes amigos da faculdade, que permitiram que essa caminhada fosse mais alegre.

Aos meus animais de estimação, pela companhia e lealdade durante todo esse processo.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização da minha pesquisa.

“Há uma força motriz mais poderosa que o vapor, a eletricidade e a energia atômica:
a vontade.”

(Albert Einstein)

RESUMO

O objetivo principal da pesquisa consistiu em determinar o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva no ano de 2019. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com entrevista estruturada a partir de perguntas fechadas e de múltipla escolha. Foram entrevistados 65 usuários levando em consideração os seguintes critérios de inclusão: ser hipertenso, possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar cadastrado na UBSF Costa e Silva. Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva. Observou-se que a maioria dos hipertensos eram do gênero feminino (66,2%), com idade igual ou superior a 65 anos (46,2%), brancas (84,6%) e com renda familiar de até dois salários mínimos (69,2%). Foi constatado elevado percentual de histórico familiar positivo para doença hipertensiva (70,8%), inatividade física (60,0%) e sobrepeso (64,6%). Ainda, 87,7% dos participantes realizaram ao menos uma consulta relacionada a HAS no último ano. A partir dos resultados encontrados, sugeriu-se a expansão do projeto de caminhadas existente na UBSF para outros espaços públicos da comunidade, criação de um grupo de hipertensos ou a junção com o grupo de diabéticos existente na instituição e o desenvolvimento da educação nutricional a partir de recursos audiovisuais e cartilhas informativas. Dessa forma, espera-se que os resultados encontrados nessa pesquisa possam auxiliar no planejamento da assistência aos portadores de HAS da UBSF Costa e Silva de forma a respeitar características individuais dos hipertensos e contribuir para um atendimento dentro dos princípios do SUS.

Palavras-Chave: Perfil epidemiológico. Hipertensão. Saúde Pública.

ABSTRACT

The main objective of the research was to determine the epidemiological profile of hypertensive users of UBSF Costa e Silva in 2019. This is a descriptive, quantitative approach study with structured interview based on closed and multiple-choice questions. Sixty-five users were interviewed taking into account the following inclusion criteria: being hypertensive, 18 years of age or older and being registered at UBSF Costa e Silva. Data were tabulated and analyzed using descriptive statistics. Most of the hypertensive patients were female (66.2%), aged 65 years or older (46.2%), white (84.6%) and with a family income of up to two minimum wages. (69.2%). A high percentage of positive family history was found for hypertensive disease (70.8%), physical inactivity (60.0%) and overweight (64.6%). Also, 87.7% of participants had at least one SAH-related consultation in the last year. From the results found, it was suggested the expansion of the existing walking project at UBSF to other public spaces of the community, the creation of a hypertensive group or the joining with the existing diabetic group in the institution and the development of nutritional education from audiovisual resources and information booklets. Thus, it is expected that the results found in this research may help in the planning of assistance to patients with hypertension of UBSF Costa e Silva in order to respect individual characteristics of hypertensive patients and contribute to care within the principles of SUS.

Keywords: Epidemiological profile. Hypertension. Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais maneiras de se fazer uso das ferramentas de epidemiologia.....	29
Figura 2 - Fórmula utilizada no cálculo da amostra.....	34
Figura 3 - Variáveis apresentadas no questionário.....	35
Figura 4 - UBSF Costa e Silva.....	36
Figura 5 - Mapeamento dos hipertensos participantes da pesquisa.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos hipertensos segundo variáveis sociodemográficas. UBSF Costa e Silva, Joinville/SC, 2019.....	37
Tabela 2 - Distribuição dos hipertensos segundo situação de saúde. UBSF Costa e Silva, Joinville/SC, 2019.....	41
Tabela 3 - Distribuição dos hipertensos segundo estilo de vida. UBSF Costa e Silva, Joinville/SC, 2019.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIE – Associação Internacional de Epidemiologia

AMI- Academia da Melhor Idade

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFSC – Instituto Federal de Santa Catarina

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IPC – Instituto de Pesquisa Catarinense

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

MT – Mato Grosso

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PR – Paraná

RS – Rio Grande do Sul

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UOM – Unidades Odontológicas Móveis

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa	15
1.2 Problema	16
1.3 Objetivo geral	16
1.4 Objetivos específicos	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Doenças crônicas não transmissíveis	17
2.2 Hipertensão arterial sistêmica	18
2.3 Sistema de saúde no Brasil.....	22
2.4 Sistema Único de Saúde.....	24
2.5 Atenção primária	25
2.6 Atenção primária no tratamento da hipertensão	27
2.7 O perfil epidemiológico	29
3 METODOLOGIA	31
3.1 Caracterização da pesquisa	31
3.1.1 Abordagem	31
3.1.2 Natureza.....	31
3.1.3 Objetivos	32
3.2 <i>Locus</i> da Pesquisa	33
3.3 População e Amostra	33
3.4 Procedimento de coleta de dados	34
3.5 Análise de dados	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 UBSF Costa e Silva.....	36
4.2 Características sociodemográficas.....	37
4.3 Situação de saúde.....	40
4.4 Hábitos de vida.....	43
4.5 Distribuição geográfica dos hipertensos.....	44
4.6 Sugestões de Melhoria.....	45
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A - Questionário para coleta de dados	60

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
ANEXO A- Parecer da Secretaria de Saúde de Joinville	64
ANEXO B – Mapa de abrangência da UBSF Costa e Silva.....	65
ANEXO C – Mapa da área percorrida pelos Agentes Comunitários de Saúde da UBSF Costa e Silva	67

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a Constituição Federal de 1988, onde a saúde passou a ser garantida universalmente pelo Estado, através de políticas sociais e econômicas. O SUS é uma política pública descentralizada e administrada nas esferas municipais, estaduais e federais do governo (BRASIL, 2011c).

Os serviços do SUS são oferecidos em três níveis de atenção caracterizados quanto ao seu grau de complexidade. Na atenção terciária estão os hospitais de grande porte com serviços de alta complexidade, na atenção secundária estão as clínicas e unidades de pronto atendimento que realizam procedimentos de média complexidade e na atenção primária estão as unidades básicas de saúde que realizam procedimentos básicos e preventivos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019a). A atenção primária se distingue da atenção secundária e terciária por ser o primeiro mecanismo procurado no surgimento das necessidades relacionadas à saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desenvolveram em todo território brasileiro a estratégia de reestruturação da Atenção Primária, denominada “Programa Saúde da Família”. Atualmente conhecida como “Estratégia Saúde da Família”, formada por uma equipe de no mínimo: um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2007a). A estratégia tem por objetivo oferecer assistência à saúde preventiva e curativa dentro das unidades básicas distribuídas por bairro ou região de atuação seguindo critérios administrativos, assistenciais, geográficos e socioeconômicos (DUNCAN et al., 2013).

Nas unidades básicas de saúde são ofertados à população especialidades clínicas de psicologia, ginecologia, odontologia, pediatria e clínica geral. Dentre os serviços prestados podemos citar a vacinação, consultas médicas, distribuição de medicamentos, coleta de exames para análise em laboratório e curativos (BRASIL, 2019).

Em Joinville, Santa Catarina, o sistema organizacional da atenção primária à saúde é composto por 59 unidades de saúde. Essas unidades são subdivididas em Distrito Centro, Distrito Norte e Distrito Sul, compostas respectivamente por 18, 23 e 18 unidades básicas de saúde.

O bairro Costa e Silva possui aproximadamente 30.313 habitantes de acordo com estimativas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2016. Nele estão inseridas três unidades básicas de saúde, sendo a UBSF Costa e Silva a sede regional entre as demais (JOINVILLE, 2017a).

Sabe-se que o município de Joinville possui uma população estimada em 583 mil habitantes no ano de 2018 (IBGE, 2010). Em 2009, a cidade continha um total de 24.234 usuários hipertensos cadastrados nas unidades básicas de saúde e 27.289 hipertensos cadastrados no Serviço de Assistência Farmacêutica (HOEPFNER, 2009). Dados mais recentes, apontam um total de 31.995 casos de hipertensos acima de 15 anos registrados até dezembro de 2015 no município de Joinville (DATASUS) (BRASIL, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, a pressão alta é a elevação da pressão arterial em um valor igual ou superior a 140x90 mmHg. Dessa forma, o aumento da pressão faz com que o coração trabalhe mais do que o normal para bombear o sangue para outras as partes do corpo. O bombeamento anormal do sangue, fenômeno da hipertensão, é um dos principais fatores de risco para doenças cerebrais e cardíacas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos desafios enfrentados pelos profissionais que atuam dentro das unidades de saúde. A principal abordagem para lidar com a pressão alta é a prevenção de agravos que podem surgir no decorrer dos anos aos portadores da doença. Quando tratada na atenção básica os custos e riscos são minimizados já que consultas periódicas e acompanhamentos adequados podem evitar a necessidade de gastos maiores com cirurgias e internações hospitalares (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

Levando em consideração o ponto de vista dos autores citados acima, é imprescindível destacar a importância da atenção primária para o tratamento e acompanhamento adequado aos portadores de hipertensão arterial nas unidades básicas de saúde. A fim de compreender melhor e caracterizar a doença, é preciso que se tenha informações relevantes acerca dos que a portam. A identificação do perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva levará informações à equipe de saúde que atua na região para que a mesma possa atender às necessidades do público em questão.

1.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é apontada como a doença de maior prevalência no Brasil, acometendo 30 milhões de brasileiros. A HAS está diretamente associada a eventos de morte súbita, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e doença renal crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Dados publicados no Dia Mundial da Saúde de 2013 revelaram que a hipertensão é responsável por, no mínimo, 45% das mortes por doenças cardíacas e 51% das mortes por acidente vascular cerebral no mundo. Além dos óbitos gerados pela hipertensão, foi citado que países de renda baixa e média possuem 20% das despesas totais em saúde destinadas às doenças cardiovasculares. Nesse contexto, nota-se que a HAS é um dos principais problemas de saúde pública não só no Brasil, mas do mundo (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2013)¹.

O atendimento aos portadores de pressão arterial acontece em todos os níveis da atenção em saúde, mas é na atenção básica que estão às melhores estratégias em questão de resultados e economia de recursos. O conhecimento dos profissionais das unidades básicas acerca das variáveis que caracterizam os pacientes portadores de hipertensão são elementos fundamentais para atenuar e controlar os agravos à saúde decorrentes da doença (RABETTI; FREITAS, 2010).

Um estudo feito com 343 hipertensos em uma unidade básica de saúde do interior paulista verificou que 70% dos pacientes eram mulheres e 30% homens. Em relação as patologias associadas prevaleceram as doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemia e a obesidade. No que diz respeito a obesidade, 70% dos homens e 61% das mulheres hipertensas eram obesas. A partir dos resultados obtidos na pesquisa, foi sugerido que um grupo de atividade física fosse iniciado para minimizar os fatores de risco das doenças cardíacas, aumentar o controle pressórico e incentivar hábitos saudáveis (CARLOS et al.; 2008).

Nesse sentido, espera-se que a pesquisa possa beneficiar os usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva em relação ao atendimento recebido pela equipe multidisciplinar, pois com o perfil traçado a assistência poderá ser mais assertiva às necessidades dos hipertensos da região. Além disso, o estudo busca auxiliar na redução de complicações inerentes a doença, podendo ser fonte de dados para a criação de estratégias que aumentem a qualidade de vida da população hipertensa local.

¹Tradução da autora

Entende-se que para o gestor hospitalar é de extrema importância a tomada de decisão acerca da situação de saúde da população ao qual ele assiste. Sendo a hipertensão arterial sistêmica um dos problemas de saúde pública da atualidade, é relevante que o gestor tenha informações sobre o perfil epidemiológico dos hipertensos para melhor administrar os recursos utilizados no tratamento da doença e prevenir os fatores de risco da hipertensão através de políticas públicas efetivas.

1.2 Problema

Qual o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva do município de Joinville entre o período de outubro e novembro 2019?

1.3 Objetivo geral

Determinar o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva localizada no município de Joinville, Santa Catarina, a partir de variáveis sociodemográficas, estilo de vida e situação de saúde entre outubro e novembro de 2019.

1.4 Objetivos específicos

- a) Levantar as variáveis sociodemográficas e de saúde dos hipertensos;
- b) Identificar hábitos de vida dos hipertensos atendidos pela UBSF;
- c) Verificar se o número de consultas anuais dos hipertensos da UBSF está de acordo com o recomendado pela Linha-Guia da Atenção Básica para Hipertensão Arterial do município de Joinville;
- d) Propor ações de melhoria ao atendimento dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doenças crônicas não transmissíveis

A transição epidemiológica da população brasileira trouxe alterações significativas relacionadas a saúde, onde as doenças infecciosas, aquelas causadas por agentes patogênicos, foram substituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis. Essa transição está relacionada com as “mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas” (MENDES, 2011, p. 28). Além disso, a diminuição da taxa de fecundidade e o envelhecimento da população possuem grande impacto nesse cenário (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a World Health Organization (2005)², são aquelas de longa duração e que acompanham o portador ao longo da vida. Não são adquiridas de forma infecciosa, mas sim, pela exposição a um conjunto de fatores de risco. Esses fatores se dividem em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são oriundos dos hábitos sociais como a obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e má alimentação. Em contrapartida, os não modificáveis, envolvem fatores como a idade, gênero, raça e genética. Por esse motivo, as DCNT são consideradas multifatoriais, pois o aparecimento da doença no indivíduo envolve um conjunto de fatores que vão desde a predisposição genética aos hábitos de vida (MATAVELLI et al., 2014).

Dados levantados pelo Ministério da Saúde, em 2012, mostraram que as DCNT causaram 74% das mortes no Brasil no mesmo ano. Essa informação trouxe uma mudança na estratégia dos gestores federais, estaduais e municipais para tentar diminuir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida da população. A criação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas foi uma forma de ajudar os profissionais de saúde a se organizarem em relação ao aumento das doenças crônicas do país (FREIRE; ARAÚJO, 2015).

O plano foi desenvolvido por vários ministérios brasileiros, instituições de ensino e pesquisa e por organizações de portadores de doenças crônicas, visando o controle e a prevenção dos casos no Brasil até o ano de 2022:

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas,

²Tradução da autora

integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011d, p. 09).

A criação do Plano de Enfrentamento pelo governo, é um progresso para o monitoramento, controle e prevenção dos avanços das doenças crônicas no país, visto que se for efetivo poderá beneficiar o sistema de saúde brasileiro responsável pelos atendimentos aos portadores da doença.

As DCNT são classificadas em quatro grupos de patologias de maior prevalência no mundo. Os grupos estão segmentados em doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares são patologias relacionadas ao coração e aos vasos sanguíneos, atualmente a principal causa de morte no país. Das quais, as doenças coronarianas isquêmicas, o acidente vascular cerebral (AVC), a insuficiência cardíaca congestiva e a hipertensão arterial sistêmica são responsáveis por 80% da mortalidade desse segmento (FREIRE; ARAÚJO, 2015).

A estratificação de risco é uma estratégia utilizada para identificar os diferentes graus de risco e vulnerabilidade das doenças crônicas. Para as doenças cardiovasculares pode-se estabelecer quatro graus de severidade. O primeiro grau refere-se aos fatores de risco ligados ao estilo de vida do indivíduo que podem levar ao desenvolvimento de doenças cardíacas. No segundo grau apresenta-se as condições crônicas simples, como os fatores biológicos e psicológicos de baixo e médio risco. No terceiro e quarto grau, notam-se respectivamente, a presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares (pressão arterial acima da meta pressórica) e a condição crônica muito complexa representada, por exemplo, pelo AVC (MENDES, 2012).

Dentre as doenças cardiovasculares, Funchs (2013) destaca que a hipertensão arterial sistêmica é considerada fator de risco para muitas doenças crônicas não transmissíveis e, desta maneira, reduz a expectativa e a qualidade de vida de quem a porta.

2.2 Hipertensão arterial sistêmica

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), um adulto é considerado hipertenso quando a pressão arterial sistólica for igual ou superior a 140 mmHg, e a pressão arterial diastólica for igual ou superior a 90 mmHg. A pressão arterial de

referência está expressa em 120x80 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possui alta prevalência acometendo aproximadamente 30% da população adulta brasileira (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019). De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o número de indivíduos que foram diagnosticados com hipertensão cresceu 14,2%, passando de 22,5%, em 2006, para 25,7%, em 2016. O percentual tende a aumentar à medida que a população envelhece (BRASIL, 2016).

O envelhecimento da população traz consigo o aumento dos índices da doença, sendo que na faixa etária dos 70 anos, a prevalência pode chegar a 75% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al., 2010). Nesse contexto, um estudo realizado nos Estados Unidos por Vasan et al. (2002)³, demonstrou que indivíduos com pressão arterial dentro da normalidade com idade entre 55 a 65 anos possuem 90% de chance de se tornarem hipertensos ao passar dos anos.

Um dos fatores para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica está relacionado ao somatório da predisposição genética e o consumo excessivo de cloreto de sódio, popularmente conhecido como sal de cozinha. Além disso, sabe-se que os idosos, a raça negra e diabéticos possuem alta incidência da doença. Contudo, os riscos modificáveis que mais contribuem para o desenvolvimento da HAS são causados por quatro fatores: má alimentação, sedentarismo, consumo demasiado de bebidas alcoólicas e o tabagismo (FUNCHS, 2013).

No Brasil, atualmente, a subnutrição extrema foi substituída pelo excesso de peso e pela obesidade, essa informação pode ser evidenciada pela representatividade de aproximadamente metade da população adulta apresentar excesso de peso e desses, 18,9% serem obesos (BRASIL, 2016). O elevado percentual de adultos acima do peso é o resultado, principalmente, de uma alimentação sobrecarregada de gordura, sódio e açúcares aliada a inatividade física. Esse cenário propicia o aumento das doenças crônicas no país, dentre elas, a hipertensão (JAIME; SILVA; BORTOLINI, 2013). Em vista disso, é importante ressaltar que a alimentação saudável no dia a dia é uma forma de evitar o excesso de peso e o desenvolvimento de doenças crônicas, e dessa forma, garantir uma melhor qualidade de vida.

Outro fator de risco é o sedentarismo que vem crescendo em muitos países, impactando no estado de saúde da população e na prevalência da HAS e outras

³Tradução da autora

doenças crônicas não transmissíveis. Os sedentários possuem uma chance maior para o desenvolvimento da HAS chegando em torno de 30% a 50% (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2010)⁴. Nesse sentido, a prática de atividades físicas regulares contribui para a perda de peso e diminuição dos riscos associados ao desenvolvimento da hipertensão (MENDES, 2012). Isso porque, a realização de um conjunto de atividades físicas auxilia no “reforço da musculatura e condicionamento do sistema cardiovascular, aperfeiçoamento das habilidades atléticas, perda de peso e/ou manutenção do corpo” (PINTO; TAVARES; DEMARZO, 2013, p. 1229).

A relação entre o consumo abusivo de bebidas alcóolicas e a HAS, se dá pelo aumento da pressão arterial quando há o consumo crônico de álcool. Pessoas que já possuem a doença e fazem a ingestão de álcool em maior quantidade adquirem dificuldade em controlar a hipertensão. O álcool pode afetar o tratamento das doenças crônicas, pois além dos efeitos normais da bebida, os indivíduos que ingerem bebidas alcóolicas em abundância costumam ter dificuldade para regular o uso dos medicamentos, levando a ineficiência do tratamento e a agudização dos sintomas da HAS (BRASIL, 2014). Por consequência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou o uso de álcool como um dos determinantes de risco modificáveis mais relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Estratégias para a redução do consumo abusivo de bebidas alcóolicas foram desenvolvidas por meio de políticas públicas e englobando principalmente a atenção primária à saúde para a prática de intervenções que promovam a diminuição da ingestão de álcool no país (SOIBELMAN; ROCHA; DIEMEN, 2013).

O tabagismo, por sua vez, aumenta o risco para o desenvolvimento de mais de 25 patologias incluindo as doenças cardiovasculares, sendo o hábito de difícil controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Nos dias atuais, em média, 6 milhões de pessoas morrem todo ano em razão do consumo de tabaco. Sendo que no Brasil, as principais causas das doenças cardiovasculares e cânceres possuem o tabagismo como fator de risco modificável (INCA, 2017). Dessa forma, a maneira de diminuir possíveis complicações desse hábito seria através do tratamento da dependência do tabaco. Nesse aspecto, as equipes da atenção primária possuem papel de extrema importância, pois atuam próximas aos indivíduos mais vulneráveis ao vício e mantêm o vínculo com as comunidades (SANTOS, 2011). O tabagismo como fator para a HAS ainda não está bem esclarecido, mas sabe-se que fumar um

⁴Tradução da autora

cigarro por determinado período aumenta a pressão arterial momentaneamente (BRASIL, 2014).

A aferição adequada da pressão arterial é a principal forma de prognóstico e diagnóstico para a doença, mesmo que seja constatado um valor elevado em um dia de aferição, não se pode concluir o diagnóstico da hipertensão. Para isso é recomendado aferir a pressão em dois momentos distintos separados por uma semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al.; 2010). Nos Estados Unidos da América, recomenda-se que a aferição da pressão arterial seja realizada para indivíduos adultos não hipertensos a cada dois anos e anualmente para indivíduos pré-hipertensos (O U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004)⁵.

Para o diagnóstico precoce ou não da doença, é realizada uma avaliação inicial sequenciada pela suspeita, avaliação dos riscos e confirmação da patologia. A avaliação dos riscos inclui a medição da pressão arterial por um profissional, exame físico, investigação clínica e do histórico familiar ou pessoal do paciente. Com relação ao histórico pessoal ou familiar, o profissional responsável pelo diagnóstico deve questionar o paciente em relação aos aspectos socioeconômicos, estilo de vida, uso de medicamentos ou substâncias que interfiram na medição da pressão arterial e na incidência da doença entre familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Em relação ao diagnóstico precoce, existe uma dificuldade em realizá-lo, estima-se que um terço dos portadores de HAS nunca tiveram um diagnóstico da doença realizado por um profissional da saúde (FIRMO; UCHÔA; LIMA-COSTA, 2004). E de acordo com Souza et al. (2007), muitos indivíduos apenas tomam ciência da doença quando manifestam complicações clínicas graves decorrentes do não tratamento da hipertensão.

O tratamento para a hipertensão envolve medidas não medicamentosas como a redução de cloreto de sódio na alimentação, perda de peso, atividade física e uma dieta rica em vegetais. Em casos onde não se possa controlar a doença com medidas não medicamentosas são utilizados fármacos anti-hipertensivos. O uso da medicação reduz a incidência de complicações decorrentes da doença e são mais eficazes na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (FUNCHS, 2013). Os hipertensos que não possuem controle adequado da pressão arterial devem realizar avaliações médicas em períodos mensais para ajustar a pressão através de intervenções medicamentosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

⁵Tradução da autora

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas estabeleceu metas para a redução da HAS em todo território brasileiro para o período de 2011 a 2022. Entre as medidas de promoção e prevenção desenvolvidas pelo plano, citam-se a redução de cloreto de sódio em produtos industrializados, através de acordos com a indústria alimentícia, incentivo à prática de exercícios físicos e o fornecimento gratuito de medicação para o controle da pressão arterial (BRASIL, 2011d).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão ressalta que a pressão alta é uma doença silenciosa, em muitos casos assintomática, por esse motivo a maioria dos portadores da doença não apresentam queixas. Entretanto, os sintomas podem aparecer com o aumento demasiado da pressão arterial e desencadear dores de cabeça, dores na nuca, vômitos e visão embaçada.

Nesse cenário, as formas de prevenção da hipertensão incluem principalmente acompanhamento médico adequado e hábitos saudáveis como boa alimentação e a realização de exercícios físicos. Todas essas recomendações são essenciais para o controle da doença no país e conseqüentemente o aumento da qualidade de vida da população. Além disso, é importante ressaltar a participação do sistema de saúde brasileiro em relação a identificação, acompanhamento e controle do estado de saúde dos hipertensos.

2.3 Sistema de saúde no Brasil

O SUS é composto por uma cadeia de prestadores e operadores de serviços que disputam o mercado brasileiro. O sistema possui duas segmentações diferenciadas que podem ser utilizadas pela população dependendo da facilidade de acesso e pagamento dos usuários.

As segmentações são formadas pelo setor público e privado de saúde. O sistema público é representado pelo SUS e administrado nas três esferas de governo. A lei nº 8.080/90 define o SUS como o “Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a). O setor privado, que pode ou não ter fins lucrativos, é marcado pela presença da saúde suplementar onde estão os planos privados regulados pela

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No qual, a lei 9.656/98 conceitua como sendo uma:

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

Além da classificação em administração pública ou privada, o sistema de saúde brasileiro pode ser segregado em relação aos três níveis de complexidade dos serviços prestados, também conhecidos por redes de atenção à saúde. No nível de atenção primária estão as unidades básicas de saúde, porta de entrada para o SUS, onde são realizados procedimentos que utilizam tecnologias de menor densidade (MENDES, 2011). No nível secundário, de média complexidade, “estão as Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019a). E por fim, o nível terciário, marcado pela presença de alta densidade tecnológica e pelos hospitais de grande porte, nessa segmentação resolvem-se problemas mais específicos de saúde que não puderam ser tratados pela atenção secundária (MENDES, 2011).

Em relação a distribuição dos serviços no país, a grande parte das unidades básicas de saúde e de emergência são de caráter público. Em compensação, a maioria dos hospitais, ambulatórios e centros de diagnóstico e terapêutica são privados. Em razão disso, o sistema de saúde público torna-se dependente dos serviços prestados pelo sistema privado, principalmente em nível secundário e terciário, destacando os centros de apoio diagnóstico e terapêutico (DUNCAN et al.; 2013). Nesse cenário, é válido ressaltar que o sistema privado pode atuar de forma complementar aos serviços prestados pelo SUS, quando esse não possuir estrutura e equipamentos adequados à demanda de saúde da população (SOLHA, 2014).

Diante do exposto, o setor público não teria condições de suprir a demanda de atendimentos sem o auxílio do setor privado, esse complemento traz uma solução para os problemas da falta de infraestrutura e equipamentos adequados à manutenção da saúde da população brasileira. Além disso, a parceria de ambos os

setores ajuda a manter a responsabilidade constitucional da garantia aos serviços de saúde de forma integral em qualquer nível de complexidade. Contudo, apenas o Sistema Único Brasileiro possui como obrigação disponibilizar o acesso universal à saúde de forma equitativa e totalmente gratuita garantida pela constituição.

2.4 Sistema Único de Saúde

O SUS foi criado com a Constituição Federal de 1988 e consolidado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. A lei regulamenta as ações e serviços de saúde no Brasil e estabelece os princípios e diretrizes organizativas do SUS. Os princípios são formados pela universalização, equidade e integralidade dos serviços de saúde, sendo as diretrizes organizativas compostas pela descentralização, regionalização e hierarquização e participação da população no SUS (BRASIL, 1990a).

O sistema garante o acesso universal à saúde para todos os cidadãos brasileiros em qualquer nível de complexidade sem discriminação, a equidade na prestação dos serviços, levando em consideração a prioridade das necessidades de cada indivíduo e o cuidado integral definido como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).

Em relação as diretrizes organizativas do SUS, a descentralização envolve a redistribuição das responsabilidades nas três esferas do governo, ou seja, União, estados e municípios devem ter autonomia e condições para gerenciar administrativa e financeiramente os processos do sistema de saúde brasileiro. A regionalização e hierarquização referem-se à organização dos serviços de saúde em relação aos níveis de complexidade, de forma crescente levando em consideração uma determinada área geográfica e seus aspectos epidemiológicos e culturais. A última diretriz dispõe sobre a participação social, onde os usuários, profissionais e gestores do SUS se reúnem para discutir e reivindicar melhorias para as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017b). Esses encontros são garantidos pela Lei nº 8.142/90 e realizados em conferências e nos conselhos de saúde que atuam na criação de estratégias para garantir o funcionamento do SUS juntamente com a fiscalização do repasse de recursos (BRASIL, 1990b).

O SUS é financiado a partir de recursos provenientes dos municípios, estados e da União. Os valores repassados estão definidos na Ementa Constitucional de 2012,

onde os municípios devem repassar 15% dos ganhos obtidos e os estados 12%. A União repassa a variação do Produto Interno Bruto (PIB) somado ao valor destinado à saúde do ano anterior (BRASIL, 2011a). A administração desses recursos traz consigo a importância dos gestores nas três esferas do governo em atender as necessidades de saúde da população dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

A direção do SUS em cada esfera do governo é realizada a partir de órgãos estabelecidos na Constituição Federal de 1988, no âmbito da União a direção é de responsabilidade do Ministério da Saúde, na esfera dos Estados e Distrito Federal a direção se dá através da Secretaria Estadual de Saúde ou instituição equivalente, e em nível municipal pela Secretaria Municipal ou órgão equivalente (BRASIL, 1990b).

Além da prestação do atendimento à saúde em todos os níveis de complexidade, o sistema de saúde universal brasileiro auxilia no fornecimento de medicamentos para os usuários. Através da Resolução no 338/04 do Conselho Nacional de Saúde, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, a política não apenas distribui, mas também produz, compra e administra os medicamentos básicos que atendem a maior parte dos problemas de saúde dos usuários de forma suficiente, sem gerar altos custos. Entre esses medicamentos estão os destinados ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, asma e renite, saúde da mulher e tabagismo (BRASIL, 2007b). A política de assistência farmacêutica atua em conformidade com a diretriz do cuidado integral somando-se a assistência médica para atender as necessidades da população.

2.5 Atenção primária

A atenção primária ou básica é o primeiro ponto de contato do usuário com o SUS, organizada pela Política Nacional de Atenção Básica, ela visa desenvolver em

todo o território brasileiro “ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2017a). Para Starfield (2002), a atenção primária é definida como um conjunto de serviços de saúde responsável por oferecer cuidados para todas as condições comuns de um indivíduo de forma continuada ao longo do tempo, com o foco na prevenção, a atenção primária torna-se a base que determina a atuação dos demais níveis de complexidade. Segundo Solha (2014), a atenção básica deveria resolver 85% dos problemas da população, sendo os outros 15% de responsabilidade dos níveis secundários e terciários.

Em relação a administração da atenção primária, é responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde organizar e gerenciar as ações e serviços dentro do seu território de atuação, incluindo a manutenção da estrutura física, remuneração dos profissionais e suprimento de materiais utilizados na prestação dos serviços das instituições que compõem esse nível de complexidade (BRASIL, 2012).

A composição da atenção primária envolve principalmente as unidades básicas de saúde e os profissionais que lá atuam, além de outras formas de prestação de serviços como: as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Academias de Saúde e a Vigilância em Saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019b).

Algumas unidades básicas de saúde possuem um conjunto de profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), ferramenta prioritária para a organização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS. A ESF é formada por no mínimo um clínico geral, enfermeiro, cirurgião dentista e auxiliar de consultório dental, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que devem atuar de acordo com a realidade das famílias pelas quais são responsáveis. Recomenda-se que cada uma das equipes de saúde da família atenda em média 3 mil pessoas e que as UBSF localizadas em grandes centros urbanos consigam atender no máximo 12 mil habitantes (BRASIL, 2011b).

Como base do SUS, a atenção básica deve ser a mais descentralizada dos níveis de atenção, tendo como principal função o cuidado das necessidades de saúde de uma população delimitada, responsabilizando-se por resolver os problemas de maior frequência e prevalência em seu território de atuação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016). Nesse aspecto, Starfield (2002) diferencia a atenção primária à saúde dos demais níveis de atenção em razão ao atendimento

prestado, lidando geralmente com problemas mais comuns em uma população de forma continuada ao longo do tempo, a atenção básica busca estabelecer um vínculo entre os profissionais e os usuários, por esse motivo é comum a alta proporção de pacientes conhecidos pelas equipes das UBSF. Além do tratamento das enfermidades, a atenção primária realiza ações de prevenção e promoção da saúde para aqueles que não apresentam doenças ou sintomas, como exemplo principal estão as vacinações (BRASIL, 2014).

Em relação aos problemas de maior prevalência, a Política Nacional de Atenção Básica prevê que doenças como a hanseníase, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e a saúde da criança, da mulher, do idoso e bucal sejam o foco estratégico das equipes multidisciplinares das UBSF (BRASIL, 2006).

Contudo, as doenças crônicas são atualmente o grande desafio para as equipes de atenção primária, pois envolvem características multifatoriais relacionadas aos determinantes socioculturais e genéticos, apresentando alta prevalência na população brasileira.

2.6 Atenção primária no tratamento da hipertensão

A atenção básica detém grande responsabilidade em relação ao tratamento e prevenção da HAS e seus agravos. Por meio do auxílio das equipes multiprofissionais que conciliam o vínculo com a sociedade onde estão inseridas e a prestação dos serviços assistenciais em saúde, há vantagens em ter a atenção primária com porta de entrada para o tratamento da HAS, pois os profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) conhecem o usuário, seus problemas de saúde, seu histórico e estilo de vida. Os portadores de doenças crônicas são, usualmente, os maiores frequentadores da UBSF, isso porque, necessitam de renovação de receitas, consultas de acompanhamento e aferimento da pressão constantemente (BRASIL, 2014).

A equipe técnica responsável por realizar o atendimento aos hipertensos nas UBSF deve ser composta por um profissional médico e enfermeiros, além disso é recomendado pelos protocolos do Ministério da Saúde, o apoio de outros profissionais como: “cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, agentes comunitários de saúde, dentre outros” (BRAGA, 2006, p. 07).

O principal objetivo nesse nível de atenção é realizar a prevenção, diagnóstico, tratamento e o controle da hipertensão arterial sistêmica. Nesse sentido, são ofertados serviços específicos destinados a esse grupo, como por exemplo, consultas de acompanhamento, assistência farmacêutica, cuidado nutricional, exames de rotina e, em algumas UBSF, são disponibilizados grupos de atividades físicas acompanhadas por um profissional da área (SOUZA, 2014a).

Entretanto, nota-se que o desafio em relação a hipertensão, enfrentados pelos profissionais das UBSF, está na realização do diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários (BRASIL, 2013). Essa dificuldade pode ser explicada pelo fato de que grande parte dos indivíduos que sabem do seu diagnóstico acabam não aderindo ao tratamento ou o fazem de forma incorreta. A utilização da medicação inadequada também afeta na eficácia do tratamento (DOSSE et al., 2009). Entre os fatores que podem levar o paciente a não adesão ao tratamento Oviedo (2015) destaca os aspectos socioeconômicos, crenças religiosas e principalmente os hábitos de vida e culturais.

O número de indivíduos que sabem ser portadores da HAS e de fato realizam o tratamento gira em torno de 65%, ou seja, a cada 100 pessoas que sabem ser hipertensas, apenas 65 estão em tratamento. De acordo com dados epidemiológicos, os percentuais são ainda menores para o controle da doença nos que realizam o tratamento para HAS. Somente 25% dos indivíduos que fazem o tratamento possuem os níveis pressóricos controlados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Além disso, Mendes (2011, p. 54) relata que “apenas 38% dos médicos de atenção primária à saúde receberam algum tipo de capacitação em hipertensão arterial sistêmica, esse percentual cai para 35% em relação aos enfermeiros”.

Diante dessa realidade, é importante destacar a participação de várias especialidades médicas e da área da saúde no tratamento da HAS, auxiliando na adesão do tratamento e conseqüentemente no controle dos níveis pressóricos dos usuários hipertensos. A capacitação dos médicos e enfermeiros em relação a hipertensão arterial sistêmica deve ser priorizada para que se possa obter na atenção primária, o tratamento mais assertivo as necessidades de saúde geradas pela HAS. Além disso, faz-se necessário a participação efetiva do usuário no próprio tratamento, não apenas em relação ao uso correto da medicação, mas também no comparecimento das consultas de rotina e na realização de mudanças no estilo de vida.

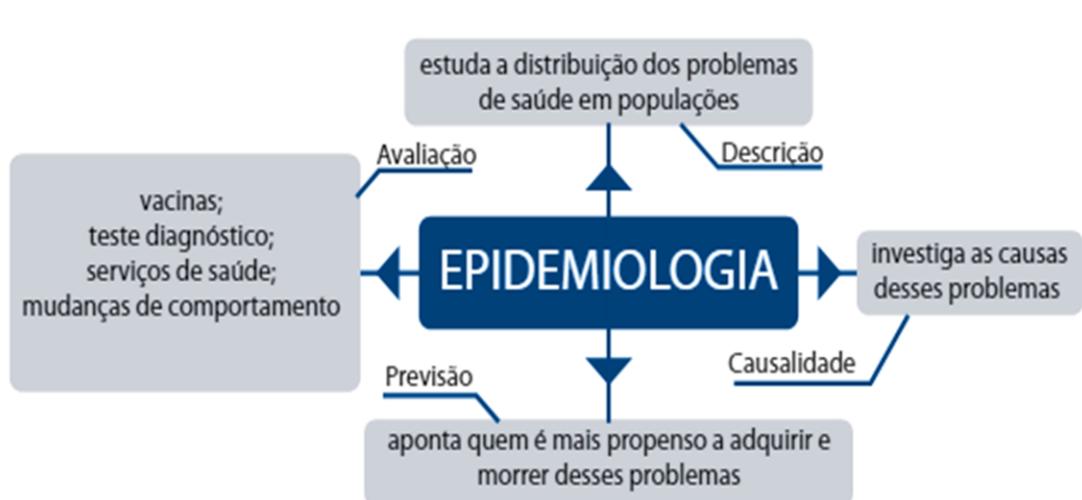
2.7 O perfil epidemiológico

A epidemiologia possui papel fundamental no SUS, sendo uma ferramenta de grande aplicabilidade para o entendimento e desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro como um todo. Para a Associação Internacional de Epidemiologia (AIE), ela pode ser entendida como:

O estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas. Enquanto a clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso. A epidemiologia debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas, às vezes grupos pequenos, na maioria das vezes envolvendo populações numerosas (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, 1973, p. 246).

O estudo epidemiológico tornou-se muito utilizado como ferramenta para a criação de ações e políticas públicas de saúde direcionadas a prevenção e combate das enfermidades que acometem a população brasileira dentro do SUS. Em vista disso, o levantamento e processamento de dados epidemiológicos tornaram-se de grande relevância para os gestores públicos e profissionais de saúde no que se refere a elaboração de medidas assistenciais que atendam às necessidades da população de forma mais efetiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015). Nesse sentido, Pereira (1995), destaca as principais maneiras de se utilizar da epidemiologia:

Figura 1 - Principais maneiras de se fazer uso das ferramentas de epidemiologia



Fonte: Pereira (1995).

Na atenção básica, o uso da epidemiologia está em estudar a distribuição dos problemas e agravos de saúde das populações assistidas pelos profissionais que lá atuam, além disso, ela também investiga as causas desses problemas a partir de

fatores sociodemográficos, comportamentais, genéticos e sociais apontando quem é mais propenso a adquirir determinada patologia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015).

Nesse processo de levantamento e processamento das informações obtidas, constrói-se o perfil epidemiológico que é o:

Resultado da conjunção entre perfis de reprodução social (determinantes do processo saúde-doença) e os perfis de fortalecimento e desgaste (resultados do processo saúde-doença) dos grupos sociais, os quais devem ser monitorados como atividade nuclear no controle de saúde do coletivo (FEITOSA et. al, 2010).

Sendo assim, o perfil epidemiológico constitui uma ferramenta importante para a atenção básica, pois pode ser utilizado para traçar metas que ajudem a melhorar a qualidade do atendimento prestado, identificar necessidades de saúde da população investigada e propor soluções direcionadas aos problemas encontrados.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa, do ponto de vista de Gil (2002), é uma ferramenta racional e padronizada utilizada para buscar soluções aos problemas existentes em determinado local e período de tempo. Ela busca esclarecer ou responder sobre o fenômeno, quando deste não se possui informações suficientes para responder o problema.

Ainda segundo Gil (2002, p. 17), “a pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos”.

3.1.1 Abordagem

Quanto à abordagem, caracteriza-se como quantitativa pois, de acordo com Fonseca (2002 p. 20), esse tipo de pesquisa “[...] recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.” Os resultados desse tipo de pesquisa podem ser quantificados e as amostras geralmente são representativas quando comparadas a população, contribuindo desta forma para um retrato muito próximo do todo pesquisado.

A abordagem quantitativa permite a generalização dos resultados quando se trabalha com uma amostra representativa e se segue regras específicas para cada situação estudada (MAYRING, 2002).

Ainda, segundo Thiollent (1986), a abordagem quantitativa faz uso de questionários como instrumentos de investigação e sua análise é construída por meio da estatística descritiva. Nesse cenário, os resultados aqui encontrados serão quantificados com o auxílio da estatística e de gráficos.

3.1.2 Natureza

Quanto à natureza, revela-se como aplicada visto que a pesquisa busca ser fonte de informação para auxiliar no entendimento e redução das complicações relacionadas a hipertensão arterial sistêmica dos usuários da UBSF Costa e Silva, podendo ser usada também, como fonte de dados para a criação de estratégias que

umentem a qualidade de vida dos mesmos. Por essa característica de aplicabilidade, Gerhardt e Silveira (p. 35, 2009) definem que a natureza aplicada da pesquisa “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais”. Além disso, Thiollent (2009) complementa que a pesquisa aplicada engloba problemas presentes nas organizações, grupos e outros autores com o objetivo de desenvolver um diagnóstico, identificar problemas e encontrar soluções para a resolução desses problemas encontrados durante a realização do estudo.

3.1.3 Objetivos

Apresenta-se como descritiva, uma vez que, “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população [...]” (GIL, 2002, p. 42). Ainda segundo Gil (2002, p. 42), essas características podem ser exemplificadas pela [...] distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física [...]” da população estudada. Para realização desse tipo de pesquisa, é necessário que o pesquisador tenha conhecimentos suficientes para o que se propôs pesquisar, visto que, a pesquisa descritiva descreve os fatos e os fenômenos que ocorrem em determinado lugar e tempo (TRIVIÑOS, 1987).

3.1.4 Procedimentos

Em relação aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa de levantamento, pois busca descrever a distribuição das características de determinada população ou amostra a partir de entrevistas e/ou questionários. Uma das vantagens de se utilizar esse tipo de procedimento é o conhecimento mais próximo da realidade pesquisada, economia de recursos, agilidade e fácil visualização dos resultados através do agrupamento de dados em tabelas. Além disso, a pesquisa de levantamento pode ser utilizada para a definição de ações e políticas públicas, como também, ser a base para a tomada de decisões a partir dos resultados obtidos (FONSECA, 2002). Para Gil (2002), os estudos que utilizam a descrição dos fatos ou fenômenos, ou seja, as pesquisas descritivas, são os que mais se encaixam no procedimento de levantamento.

Nesse sentido, a pesquisa tem por finalidade descrever unicamente, o perfil epidemiológico dos hipertensos da UBSF Costa e Silva para proporcionar um melhor entendimento sobre a prevalência da doença no local investigado.

3.2 *Locus* da Pesquisa

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada no bairro Costa e Silva do distrito e região norte do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. O município de Joinville possui uma população estimada em 583 mil habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em uma área territorial de 1.124,46 km² (JOINVILLE, 2017b).

O bairro Costa e Silva é atualmente um dos mais populosos de Joinville comportando uma população estimada de 30.313 habitantes em uma área geográfica de 6,58 km² (JOINVILLE, 2017a). Nele estão inseridas três unidades básicas de saúde denominadas UBSF Costa e Silva, UBSF Parque Douat e UBSF Willy Schosslund (JOINVILLE, 2017a). Entretanto, a pesquisa ocorreu na UBSF Costa e Silva devido à proximidade da pesquisadora com a comunidade, já que a mesma reside na região.

3.3 População e Amostra

Em relação à quantidade de hipertensos cadastrados, são 31.995 casos de hipertensos acima de 15 anos registrados até dezembro de 2015 no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das 59 unidades básicas de saúde do município de Joinville (DATASUS) (BRASIL, 2015). Contudo, o universo considerado para realização da pesquisa foi de 1.176 indivíduos cadastrados como hipertensos na UBSF Costa e Silva. Esse valor foi gerado através do relatório do sistema informatizado Olostech, utilizado no processo de operacionalização e armazenagem dos dados da UBSF pesquisada.

A população considerada para cálculo da amostra foi baseada nos 1.176 indivíduos cadastrados como hipertensos na UBSF Costa e Silva, gerando um total de 65 pessoas com nível de confiança de 90% e margem de erro de 10%, calculado automaticamente no site *SurveyMonkey*. Ao todo foram abordados 75 hipertensos, entre outubro e novembro de 2019, que se encaixavam nos critérios da pesquisa. Desses, 65 aceitaram fazer parte do estudo.

Figura 2 - Fórmula utilizada no cálculo da amostra

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Fonte: *SurveyMonkey* (2019)

Onde N é o tamanho da população, e a margem de erro, z o nível de confiança e p o valor em percentual.

3.4 Procedimento de coleta de dados

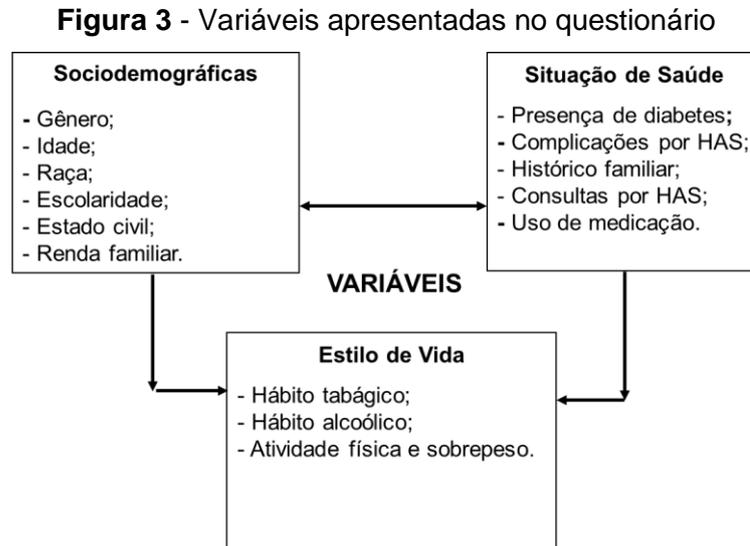
A coleta de dados se deu através de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) com perguntas fechadas e de múltipla escolha, elaborado e aplicado pela pesquisadora aos hipertensos cadastrados na UBSF Costa e Silva. Os dados foram coletados através dos seguintes critérios de inclusão: ser hipertenso, possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar cadastrado na UBSF pesquisada. O critério de exclusão consistiu em não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) elaborado pela pesquisadora.

A abordagem dos participantes se deu na recepção da UBSF Costa e Silva e também no grupo de diabéticos recentemente criado pela instituição, respeitando a privacidade e o direito de escolha dos envolvidos. Realizou-se a explicação do objetivo da pesquisa e após a aceitação pelos participantes foram requeridas as assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido. Este documento precisou ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficou sob responsabilidade dos participantes para quaisquer fins.

Cada um dos participantes respondeu ao questionário aplicado entre outubro e novembro de 2019 sempre pela mesma pesquisadora, garantindo o sigilo das informações obtidas. A conversa ocorreu em local mais reservado com o intuito de evitar constrangimentos e garantir a privacidade dos participantes.

O questionário incluiu aspectos sociodemográficos, estilo de vida e situação de saúde dos hipertensos. Para visualizar a incidência dos hipertensos por rua, foi anotado junto ao questionário o endereço dos participantes, excluiu-se o número da

residência. A Figura 3 demonstra as variáveis analisadas no processo de coleta de dados:



Fonte: A autora (2019).

3.5 Análise de dados

Após a coleta, os dados foram agrupados, tabulados e organizados em sistema de planilha eletrônica (Excel®) a partir da distribuição dos hipertensos segundo variáveis sociodemográficas, estilo de vida e situação de saúde. Para análise, utilizou-se de estatística descritiva por meio de medidas de tendência central. Além disso, os dados foram comparados aos resultados encontrados por outros pesquisadores e ao próprio referencial teórico.

3.6 Ética na Pesquisa

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pela Secretaria de Saúde do Município de Joinville (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC, conforme Parecer no. 3.600.883.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 UBSF Costa e Silva

A unidade básica de saúde da família Costa e Silva (Figura 4), localiza-se na rua Comandante Telles de Mendonça, nº 65, município de Joinville, Santa Catarina. A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão responsável por sua administração. A equipe de profissionais é formada por 52 servidores próprios, dentre eles 13 agentes comunitários de saúde, 10 médicos (5 clínicos gerais, 2 pediatras, 3 ginecologistas/obstetras), 7 técnicos e 5 auxiliares de enfermagem, 5 enfermeiros, 4 cirurgiões dentista, 3 farmacêuticos, 2 psicólogos clínicos, 1 nutricionista e 1 técnico em saúde bucal. Foram excluídos os agentes administrativos e os residentes.

Na UBSF Costa e Silva são oferecidos serviços de nível básico e de forma gratuita para a comunidade. Dentre esses serviços, estão as consultas ginecológicas, pediátricas, gerais, nutricionais e psicológicas. Além das consultas, são realizados exames clínicos e laboratoriais, imunizações, curativos, ações de planejamento familiar e distribuição de fármacos aos usuários.

A unidade atende principalmente os moradores do bairro Costa e Silva e em menor cobertura os bairros América e Santo Antônio. Sua abrangência é estruturada em Microáreas (MA) que se limitam em: 01, 09 a 14 (ANEXO B). Dessa forma, os Agentes Comunitários de Saúde cobrem as microáreas: 02 ao 08 (ANEXO C).

Figura 4 - UBSF Costa e Silva



Fonte: Joinville (2015).

4.2 Características sociodemográficas

Dentre os 65 indivíduos hipertensos analisados, conforme a Tabela 1, observou-se que gênero feminino apresentou maior prevalência em relação ao gênero masculino, correspondendo a 66,2% (n=43) dos participantes. Quanto à faixa etária, 80,0% (n=52) da amostra possui 55 anos ou mais. Com relação ao estado civil, houve prevalência de casados (56,9%, n=37) e viúvos (23,1%, n=15).

Ainda na Tabela 1, em relação a variável raça, os brancos formaram a maioria dos hipertensos 84,6%, seguidos dos pardos 12,3%. No que tange a escolaridade, os indivíduos com ensino fundamental incompleto e ensino médio completo se apresentaram em maior número representando, respectivamente, 29,2% e 32,3% do total. A renda familiar para 69,2% dos participantes é de até 2 (dois) salários-mínimos.

Tabela 1 - Distribuição dos hipertensos segundo variáveis sociodemográficas. UBSF Costa e Silva, Joinville/SC, 2019. (n=65).

Variáveis	N	(Continua)
		%
1. Gênero		
Feminino	43	66,2
Masculino	22	33,8
2. Faixa Etária		
18 a 24 anos	00	0,0
25 a 34 anos	00	0,0
35 a 44 anos	03	4,6
45 a 54 anos	10	15,4
55 a 64 anos	22	33,8
65 anos acima	30	46,2
3. Estado Civil		
Casado / morando junto	37	56,9
Solteiro	05	7,7
Viúvo	15	23,1
Divorciado	08	12,3
4. Raça		
Branca	55	84,6
Negra	02	3,1
Amarela	00	0,0
Parda	08	12,3
Indígena	00	0,0

Variáveis	N	(Conclusão)
		%
5. Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	19	29,2
Ensino fundamental completo	11	16,9
Ensino médio incompleto	06	9,2
Ensino médio completo	21	32,3
Ensino superior incompleto	03	4,6
Ensino superior completo	03	4,6
Pós-graduado	02	3,1
Não alfabetizado	00	0,0
6. Renda Familiar		
Até 2 salários mínimos	45	69,2
De 3 a 6 salários mínimos	19	29,2
7 salários mínimos ou mais	01	1,5

Fonte: A autora (2019).

Em relação a variável gênero, os dados encontrados corroboraram com os estudos de Souza et al. (2014b), que a partir do levantamento de 383 prontuários de pacientes cadastrados em uma UBS de Novo Hamburgo - RS, observou a maior prevalência de HAS para o gênero feminino em relação ao gênero masculino, representando 69,4% e 30,6% respectivamente. Além disso, dados publicados pela Vigitel em 2016, apontaram que as mulheres têm mais diagnósticos de hipertensão no Brasil (BRASIL, 2016).

A predominância do gênero feminino nas situações apresentadas pode estar associada a maior preocupação destas com os aspectos relacionados a sua situação de saúde, além disso, sabe-se que as mulheres possuem maior tempo de sobrevivência quando comparadas a população masculina e, sendo assim, tornam-se mais propensas a adquirirem doenças crônicas (BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011).

Contudo, a prevalência de hipertensão arterial no Brasil pode apresentar variações dependendo da população e método de avaliação utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Essa variação pode ser evidenciada no estudo realizado por Rosário et al. (2009), que a partir de uma amostra de 1.003 participantes, utilizando como método de coleta de dados o questionário, constatou uma prevalência relativamente maior para HAS no gênero masculino com uma representatividade de 51,3% na região urbana de Nobres – MT. Essa variação pode ser explicada pelo fato de existir mais homens do que mulheres na cidade de Nobres.

Sendo a população composta por 47.8% de mulheres e 52.2% de homens, o que difere do município de Joinville e Novo Hamburgo onde a população feminina é maioria (IBGE, 2010).

No que se refere a faixa etária, o presente estudo observou a predominância da HAS em indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos culminando em 80,0% da amostra obtida. Dados estes, que vão de encontro com o apresentado por Santos et al. (2019), que através de entrevistas com 417 pessoas em tratamento da HAS na atenção primária à saúde de Maringá – PR, constatou que 81,6% dos hipertensos tinham 50 anos ou mais, sendo que na faixa etária igual ou superior a 70 anos a prevalência atingiu 31,9%.

A prevalência da HAS em indivíduos com idade mais avançada segundo Mendes e Barata (2008), é causada pelas alterações naturais da anatomia e fisiologia do coração e do sistema vascular durante o processo de envelhecimento, aumentando a pressão arterial mesmo em indivíduos saudáveis. Além disso, a diminuição do estrógeno, hormônio feminino, durante o processo da menopausa que acontece por volta dos 50 anos nas mulheres, causam a rigidez das artérias e, conseqüentemente, o aumento da pressão arterial (OLIVEIRA, 2008). Nesse contexto, pessoas com pressão arterial dentro da normalidade entre a faixa etária dos 55 a 65 anos possuem 90% de chances de desenvolver a doença ao passar dos anos (VASAN, 2002).

Em relação à variável raça, no Brasil, os indivíduos de cor não-branca têm apresentado maior prevalência para HAS, podendo ser observado no estudo ELSA-Brasil, onde a população negra mostrou prevalência de 49,3%, seguido pelos pardos e por fim os brancos com 38,2% e 30,3%, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Contudo, os resultados encontrados neste estudo, onde 84,6% dos hipertensos se autodeclararam brancos, divergem da estatística nacional. Uma explicação possível para esse fenômeno é o fato de a população estudada estar localizada em um município majoritariamente colonizado por imigrantes europeus (JOINVILLE, 2017). O resultado corrobora com a tese realizada por Helena (2007) que, a partir de um estudo epidemiológico relacionado à adesão ao tratamento da HAS em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde no município de Blumenau, observou que 80,7% dos hipertensos eram de cor branca.

No que se refere à variável escolaridade, houve maior prevalência de HAS para indivíduos com ensino médio completo (32,3%), seguido por ensino fundamental

incompleto (29,2%). O resultado encontrado se assemelha ao levantamento realizado em 2010 pelo Instituto de Pesquisa Catarinense (IPC), no qual, os dois graus de escolaridade predominantes da população joinvilense são: ensino fundamental incompleto e ensino médio completo (JOINVILLE, 2017).

No entanto, segundo Santos e Silva (2002), indivíduos que completaram o ensino médio possuem prevalência de HAS 40% menor em relação aos que estudaram menos de 10 anos. Dado esse, que diverge do resultado encontrado nessa pesquisa, pois houve maior prevalência da doença para indivíduos com ensino médio completo. Ainda, a influência do nível de instrução como fator da prevalência da HAS é complexa de ser estabelecida, mas sabe-se que no Brasil, indivíduos com baixa escolaridade possuem maior prevalência da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

No que tange a renda familiar, a maioria dos participantes apresentaram renda de até dois salários mínimos, corroborando com o estudo de Rosário et al. (2009) e Souza (2008), onde respectivamente, 90,2% e 77,5% dos participantes diagnosticados com hipertensão possuíam renda de até dois salários mínimos.

A associação da renda familiar e problemas cardíacos não estão bem esclarecidos, no entanto, existe uma grande quantidade de conteúdos produzidos nacional e internacionalmente que trazem a relação da baixa escolaridade e renda, com a prevalência da HAS (LOBO et al., 2017).

Nesse cenário, Barros et al. (2011) relata que, indivíduos com baixo nível socioeconômico estão mais propensos aos fatores de risco das doenças crônicas devido a situação de vulnerabilidade social ao qual são expostos. A prevalência desse tipo de patologia na população de menor renda pode ser observada no estudo realizado por Fang et al. (2009)⁶ no Canadá, onde a implantação de políticas públicas para combater a pobreza diminuíram os índices das doenças crônicas, incluindo a HAS, nesse segmento populacional.

4.3 Situação de saúde

Em relação a situação de saúde dos hipertensos da UBSF Costa e Silva, conforme a Tabela 2, a presença de diabetes nos participantes foi de 24,6% (n=16). A maioria dos hipertensos não apresentou complicações inerentes a doença (72,3%), porém, as complicações mais expressivas foram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e

⁶Tradução da autora

Outra Complicação, ambas com 9,2% de representatividade. No que diz respeito ao histórico familiar, 70,8% dos participantes afirmaram ter histórico familiar positivo para HAS. A maioria dos participantes realizou de 1 a 3 consultas no último ano, correspondendo a 73,8% do total da amostra. Por fim, apenas 3,1% (n=2) dos participantes alegaram que às vezes esquecem de tomar a medicação.

Tabela 2 - Distribuição dos hipertensos segundo situação de saúde. UBSF Costa e Silva, Joinville/SC, 2019. (n=65).

Variáveis	N	%
1. Presença de diabetes		
Sim	16	24,6
Não	49	75,4
2. Complicações por HAS		
AVC	03	4,6
Infarto agudo do miocárdio	06	9,2
Doença renal crônica	03	4,6
Outra complicação	06	9,2
Nenhuma complicação	47	72,3
3. Histórico familiar		
Sim	46	70,8
Não	19	29,2
4. Consultas por HAS no último ano		
0	08	12,3
1 a 3	48	73,8
4 a 10	06	9,2
Mais de 10	03	4,6
5. Utilização de medicamentos - HAS		
Sim, todos os dias	63	96,9
Sim, mas às vezes esqueço	2	3,1
Não tomo medicação	0	0,0

Fonte: A autora (2019).

A presença considerável de diabéticos encontrados na amostra também foi verificada no estudo realizado por Cenatti et al. (2014) e Freitas et al. (2012), onde respectivamente 19,6% e 33,0% dos hipertensos entrevistados tinham diabetes. Vários estudos apontam que ambas as doenças estão frequentemente associadas, sendo que a prevalência de hipertensão é duas vezes maior para diabéticos e em contrapartida a hipertensão afeta aproximadamente 40,0% dos indivíduos diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Em relação às complicações inerentes à HAS, a maioria dos participantes deste estudo relatou possuir nenhuma, contudo as mais significativas foram infarto agudo do miocárdio (IAM) e outras complicações. Corroborando novamente com a pesquisa realizada por Cenatti et al. (2014), desta vez em relação às patologias associadas à HAS, onde 81,4% dos hipertensos da amostra não apresentaram complicações e a segunda patologia mais expressiva foi o IAM (7,2%), ficando atrás somente do AVC (9,3%). A hipertensão arterial se constitui como fator de risco para o IAM, porque além de não apresentar sintomas, acomete o coração através de alterações no funcionamento das artérias, induzindo a sobrecarga cardiovascular. Outros órgãos também são afetados, como o cérebro, os rins e os olhos (MONTERA et al.; 2009).

A maioria dos participantes mostrou relato positivo de histórico familiar para HAS, resultado semelhante ao encontrado por Costa et al. (2007), em Pelotas-RS, onde foi verificado que 60% dos participantes possuíam histórico familiar para doença hipertensiva. Sabe-se que a HAS é mais prevalente em indivíduos com histórico familiar, sendo a hereditariedade um fator de risco para o desenvolvimento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Nesse sentido, Fermino et al. (2011), classifica a HAS como uma doença genética resultante da interação final entre os fatores ambientais e demográficos.

A respeito das consultas por HAS realizadas no último ano, apenas 12,3% dos participantes não realizaram nenhuma, o restante (87,7%), realizaram ao menos 1 consulta. Na amostra analisada, a maioria dos hipertensos ficou dentro do número mínimo de consultas recomendadas pela Linha-Guia da Atenção Básica para Hipertensão Arterial do município de Joinville, sendo de 1 consulta por ano (JOINVILLE, 2010).

Quanto a utilização de medicação para tratamento da HAS, 96,9% dos participantes alegaram usar medicação todos os dias e apenas 3,1% relatou esquecer em algum momento. Os resultados deste estudo corroboram com os dados levantados por Silveira (2011) que, ao traçar o perfil nutricional, social, econômico e demográfico da população hipertensa do município de Santa Vitória-MG, observou que 85,71% dos entrevistados usavam medicação diariamente e 14,29% apresentavam variações. Esses dados divergem da pesquisa realizada por Bastos-Barbosa et al. (2012), onde quase metade dos entrevistados relatou esquecer de tomar a medicação.

4.4 Hábitos de vida

Em relação ao estilo de vida dos hipertensos da UBSF Costa e Silva, conforme a Tabela 3, mais da metade dos participantes (67,7%, n=44), não apresentaram hábito tabágico, 23,1% eram ex-fumantes e 9,2% afirmaram ser fumantes. Para a variável que abordava o hábito alcoólico, 85,6% (n=55) não tinham como hábito a ingestão de bebidas alcoólicas. No que tange a prática de atividades físicas, a maioria dos participantes relatou não realizar exercícios físicos (60,0%, n=39), e 64,6% consideraram-se com sobrepeso.

Tabela 3 - Distribuição dos hipertensos segundo estilo de vida. UBSF Costa e Silva, Joinville/SC, 2019. (n=65).

Variáveis	N	%
1. Hábito tabágico		
Não fumante	44	67,7
Ex-fumante	15	23,1
Fumante	06	9,2
2. Hábito alcoólico		
Sim	10	15,4
Não	55	84,6
3. Práticas de atividades físicas		
Não pratica	39	60,0
1 a 3 vezes na semana	16	24,6
Mais de 3 vezes na semana	10	15,4
4. Sobrepeso		
Sim	42	64,6
Não	23	35,4

Fonte: A autora (2019).

Dentre os hábitos modificáveis considerados como fator de risco para HAS, o tabagismo mostrou representatividade de apenas 9,2%. No entanto, houve uma prevalência maior para ex-fumantes (23,1%). O mesmo padrão pode ser observado no estudo de Cenatti et al. (2014), no qual 10,3% dos hipertensos da sua amostra eram fumantes e 38,1% ex-fumantes. Portanto, ambos os estudos apresentaram uma prevalência maior de ex-fumantes se comparados ao percentual de indivíduos que alegaram possuir hábito tabágico.

Para a variável do hábito alcoólico, apenas 15,4% dos participantes alegaram ingestão de bebidas alcoólicas. Foram considerados como consumidores todos aqueles que afirmaram fazer uso de álcool independentemente da quantidade e frequência. No estudo de caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos de uma unidade básica de saúde realizado por Chagas e Almeida (2016), no norte de Macapá, pode-se observar uma frequência semelhante, onde 20,4% dos entrevistados relataram ingestão de álcool.

Quanto a prática de atividades físicas, mais de metade dos participantes, o que corresponde a 60,0% da amostra total, não realizavam exercícios e 40,0% praticavam ao menos 1 vez na semana. Dados similares foram encontrados no estudo de Cenatti et al. (2014), onde 69,0% dos hipertensos eram sedentários e 31,0% afirmaram praticar atividades físicas no mínimo 1 vez na semana. A realização de exercícios físicos, segundo Bastos-Barbosa et al. (2012), ajuda a controlar os fatores de risco para doenças cardiovasculares como a hipertensão e diminuem a pressão arterial.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017), o excesso de peso está diretamente relacionado ao aumento dos níveis pressóricos em adultos e crianças, sendo considerado um fator de risco para HAS. Este estudo encontrou uma prevalência de sobrepeso de 64,6%, corroborando com o estudo de Costa et al. (2007), onde 53,0% dos participantes apresentaram sobrepeso ou obesidade. Em relação ao sobrepeso, dados levantados pela Vigitel em 2016, apontaram que 53,8% da população brasileira apresenta excesso de peso e o indicador aumenta com a idade sendo maior entre os com menor escolaridade (BRASIL, 2016).

4.5 Distribuição geográfica dos hipertensos

Foi elaborado pela pesquisadora, com o auxílio do *Google Maps*, o mapeamento dos 65 hipertensos participantes de pesquisa (Figura 5). Os pontos coloridos representam a quantidade de hipertensos por rua, sendo a mínima de 1 e máxima de 4. O critério de cores segue a regra de quanto mais quente, maior a incidência de hipertensos. Dessa forma, a cor verde indica 1 hipertenso, amarelo 2 hipertensos, laranja 3 e vermelho 4 hipertensos por rua.

Observou-se através do mapeamento que além de atender o bairro Costa e Silva, a UBSF assiste em menor grau, uma parte do bairro Santo Antônio e América. Sendo que, a maior concentração ficou nas ruas próximas a UBSF e ao norte do

mapa.

O conhecimento sobre a incidência geográfica dos hipertensos atendidos pela UBFS Costa e Silva pode ser fonte de dados para a criação de programas que envolvam essa região, visto que a aderência poderá ser maior.

Figura 5 - Mapeamento dos hipertensos participantes da pesquisa



Fonte: A autora (2019)

4.6 Sugestões de Melhoria

A UBFS Costa e Silva possui um grupo de diabéticos com encontros mensais, no entanto não existe um grupo para hipertensos. Nesse sentido, seria interessante a criação de um grupo para esse segmento ou a junção com o grupo de diabéticos já existente. O trabalho em grupo permite a criação do vínculo entre a equipe de profissionais e os usuários, sendo um complemento das consultas individuais para troca de informações, orientações e educação em saúde.

Para que se possa reforçar a importância da mudança de hábitos prejudiciais à saúde dos hipertensos, a equipe da unidade básica poderia criar estratégias que facilitem esse processo. O conhecimento e a utilização de recursos disponíveis na

comunidade, como os centros comunitários, praças públicas e áreas de lazer e esporte podem ser grandes aliados na promoção dessas mudanças.

Em relação a elevada prevalência de inatividade física e sobrepeso, foi iniciado na unidade um grupo de caminhadas com o objetivo de incentivar a prática de atividades físicas da população local. Os encontros acontecem duas vezes na semana, e incluem caminhadas por ruas do bairro previamente definidas e supervisionadas por um profissional capacitado. Além do projeto desenvolvido na UBSF, o bairro oferece alguns espaços para a prática de atividades físicas como as Academias da Saúde, passarelas e praças. Porém, esses espaços necessitam de melhorias em relação a iluminação, segurança e pavimentação de ruas e calçadas.

A própria Prefeitura Municipal de Joinville possui um projeto denominado Academia da Melhor Idade (AMI) que visa incentivar a prática de atividades físicas através da instalação de equipamentos de ginástica em praças públicas. O programa conta com o auxílio de estudantes de educação física para realizar o monitoramento e orientação dos exercícios propostos ao público da terceira idade (IPPUJ, 2009). No entanto, as praças onde são desenvolvidas essas atividades estão em mau estado de conservação e vêm sendo ponto para o tráfico de drogas. No estudo de Salin (2013), ao analisar a percepção dos idosos participantes da AMI no município de Joinville, constatou que, 11,4% dos entrevistados sugeriram melhorias na segurança e iluminação desses espaços devido à ocorrência de depredações.

Além da prática de atividades físicas, existe a necessidade da educação nutricional para os hipertensos, devido ao alto percentual de sobrepeso. A transmissão de informações relacionadas a alimentação poderia ser desenvolvida dentro do próprio grupo de hipertensos e diabéticos ou aberta à comunidade, aproveitando a disponibilidade da nutricionista no corpo clínico da instituição. A confecção de cartilhas informativas e apresentações com recursos audiovisuais seriam boas ferramentas para realizar a divulgação dessas informações.

A implementação de ações envolvendo a prática de atividades físicas e educação nutricional na atenção básica reduz a necessidade de internações causadas pelas doenças crônicas e conseqüentemente os custos em saúde, aumentando a qualidade de vida da população. O estudo realizado por Bielemann et al. (2015) nas cinco regiões brasileiras, constatou que as doenças isquêmicas do coração, onde a HAS é uma das principais causas, foram os responsáveis pelos mais altos custos em saúde. Ainda, as doenças crônicas apresentaram em 2013, 15,0% do custo de

internação do SUS vinculadas a inatividade física, resultando em um gasto de R\$275.646.877,64 aos cofres públicos.

A prática regular de atividades físicas e uma alimentação equilibrada auxiliam na prevenção das doenças crônicas e suas complicações, como também, no tratamento não medicamentoso das complicações já existentes. No entanto, para que a população residente no bairro possa utilizar ainda mais os locais disponíveis para a prática de atividades físicas, deve-se estreitar as relações entre a secretaria de saúde e as secretarias de segurança e infraestrutura.

CONCLUSÃO

A transição epidemiológica da situação de saúde da população brasileira culminou no aparecimento das doenças crônicas, fenômeno esse, causado principalmente pelo aumento da população idosa e pela adoção de um estilo de vida mais sedentário. A HAS é uma doença crônica considerada como um desafio de saúde pública da atualidade devido a sua elevada taxa de prevalência, sintomas silenciosos e complicações graves.

Esta pesquisa buscou identificar o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva do município de Joinville entre o período de outubro e novembro 2019. Desta forma, os dados levantados mostraram prevalência para HAS em mulheres com 65 anos ou mais, casadas, de cor branca, com ensino médio completo e com renda familiar de até dois salários mínimos. Somado ainda, ao histórico familiar positivo para a doença hipertensiva, sobrepeso e inatividade física. Em relação as complicações, a maior parte dos participantes não apresentaram nenhuma, no entanto, as mais representativas foram o infarto agudo do miocárdio (IAM) e outra complicação. Observou-se que mais da metade dos participantes realizaram ao menos uma consulta relacionada a HAS no último ano, ficando dentro do número mínimo de consultas recomendadas pela Linha-Guia da Atenção Básica para Hipertensão Arterial do município de Joinville, que preconiza ao menos uma consulta anual.

Portanto, o objetivo geral da pesquisa foi alcançado, no qual consistia em determinar o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva. No entanto, para levantar um perfil de maior confiabilidade, uma amostra mais representativa seria necessária. Além disso, para próximas pesquisas recomenda-se o estabelecimento de relações entre as variáveis analisadas, através de tabela dinâmica, por exemplo. No que se refere a disponibilidade de material bibliográfico físico ou virtual, existe uma quantidade considerável de artigos, monografias e dissertações que abordam o tema, sendo assim, não houve dificuldade para achar conteúdos para elaboração desta pesquisa.

Em razão dos fatores de risco relacionados à HAS observados torna-se de extrema relevância salientar a necessidade da educação nutricional aliada a prática de exercícios para o tratamento e prevenção da doença. A UBSF pesquisada já possuía um grupo de caminhadas com o objetivo de incentivar a prática de atividades

físicas da população local. Sugere-se que, além do projeto desenvolvido na UBSF, os usuários possam utilizar os espaços que o próprio bairro oferece como as academias da saúde, passarelas e praças. Cabe ressaltar que para a utilização adequada desses espaços, melhorias em relação a infraestrutura, pavimentação e segurança deveriam ser realizadas pelos órgãos responsáveis. No que tange a educação nutricional, seria interessante a troca de informações em grupo entre os usuários e a nutricionista da instituição a partir de recursos audiovisuais e cartilhas informativas. Sugere-se ainda, a criação de um grupo para hipertensos ou a junção com o grupo de diabéticos já existentes para facilitar as orientações e ser um complemento das consultas individuais.

Espera-se que os resultados encontrados nessa pesquisa possam auxiliar no planejamento dos cuidados médicos e de enfermagem aos portadores de HAS da UBSF Costa e Silva de forma a respeitar características individuais dos hipertensos e contribuir para um atendimento dentro dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Guia de métodos** Enseñanza. IEA/OPS/OMS. Publ. Cient. 266, 1973, p. 246.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 9, p.3755-3768, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>>. Acesso em: 03 out. 2019.

BASTOS-BARBOSA, Rachel G. et al. **Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012, vol.99, n.1, pp.636-641. Epub June 07, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>>. Acesso em: 07 out. 2019.

BIELEMANN, Renata Moraes et al. **Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas**. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 49, p.1-7, 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005650>>. Acesso em: 21 out. 2019

BRAGA, Eduardo Resende. **Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia, saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Trabalho de Conclusão de Curso em Programa Saúde da Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba. Uberaba, 2006, p. 07. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-15580>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: 2011a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990a. Legislação Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Brasília: 1990b. Legislação Federal. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: 1998. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. Ministério da saúde. Datasus. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Cadastro Familiar**. Brasília: 2015. Disponível em: <
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 16 maio 2019.

_____. Ministério da saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil**. Brasília: 2011d, p. 09. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011b. Disponível em:
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html>. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Ministério da saúde. **Princípios do SUS**. Distrito Federal: 2017b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude#principios>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão**. Brasília: 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **SUS: A saúde do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Ministério do planejamento. UBS-unidade básica de saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 9 fev. 2019.

_____. Portaria de Consolidação Nº 2, de 29 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 mar. 2019.

_____. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2004. Legislação Federal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BORIM, Flavia Silva Arbex; GUARIENTO, Maria Elena; ALMEIDA, Eros Antônio de. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 2, n. 9, p.107-111, mar. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1832.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019.

CARLOS, Patrícia Rezende et al. **Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família**. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20296.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

CENATTI, Jovani Luiz et al. **Caracterização de usuários hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família**. 272 Acta Paul Enferm. 2014; 27(3):266-72. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica REAS. 2013;2(1):21-31. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/346>>. Acesso

em: 06 de out. 2019.

CHAGAS, Jéssica Andréa Silva das; ALMEIDA, Ariely Nunes Ferreira de. **Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte.** Estação Científica (UNIFAP), Macapá, v. 6, n. 2, p. 105-116, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18468/estcien.2016v6n2.p105-116>>. Acesso em: 30 set. 2019.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al. **Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2007, vol.88, n.1, pp.59-65. ISSN 0066-782X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000100010>>. Acesso em: 07 out. 2019.

DOSSE, Camila et al. **Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.17 no.2 Ribeirão Preto: 2009. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200010>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Org: Duncan, B. et al. Condições de Saúde da População Brasileira. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FANG, Raymond et al. *Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations.* Prev Chronic Dis 2009; 6(4):A115. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774629/>>. Acesso em: 03 out. 2019.

FEITOSA, Eva Emanuela Lopes Cavalcante et al. **A importância da construção do perfil epidemiológico de um PSF para sua área de abrangência.** XVI Encontro de Pesquisa e Extensão. Rio Grande do Norte: Mossoró, 2010. Disponível em: <<http://www.uern.br/encope/resumos/arquivos/2328.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

FERMINO, Rogério et al. Fatores genéticos e variabilidade na pressão arterial. Uma breve revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.341-349, 1 jan. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://doi.org/10.5007/1980-0037.2009v11n3p341>>. Acesso em: 07 out. 2019.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; UCHÔA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. **Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos.** Cad. Saúde Pública. Minas Gerais: 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200019>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002, p. 20. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-20121/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2019.

FREIRE, Caroline; ARAÚJO, Débora Peixoto. **Política Nacional de Saúde: Contextualização, Programas e Estratégias Públicas Sociais.** São Paulo: Érica, 2015.

FREITAS, Leidian Coelho de et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 7, n. 22, p.13-19, 18 jan. 2012. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)288](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(22)288)>. Acesso em: 06 out. 2019.

FUNCHS, Flávio Danni. Org: Duncan, B. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. P. 618- 631.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Atenção Básica, 2019b. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Atendimento, 2019a. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS; Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS (coord.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 120. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 17 e 42.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com pressão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. 2007. 113 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde17022009113221/publico/ernanitdesantahelena.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2019.

HOEPFNER, Clóvis. **Controle de níveis de pressóricos nos portadores de hipertensão arterial, atendidos nas unidades básicas de saúde do município de Joinville**. 2009, 100 p. Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Universidade da Região de Joinville. Disponível em: <http://univille.edu.br/community/mestrado_saude_meio_ambiente/VirtualDisk.html/downloadDirect/187232>. Acesso em: 18 fev. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Diretoria de pesquisas DPE. Coordenação de população e indicadores sociais. Brasília: 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/joinville/panorama>>. Data de acesso: 12 mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **A economia do tabaco e o controle do tabaco: em colaboração com a Organização Mundial da Saúde**. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//sumario-executivo-conicq-economia-tabaco-eo-controle-tabaco.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

IPPUJ. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville. Joinville - Cidade em Dados 2009. Joinville: Prefeitura Municipal, 2009, 164 p.

JAIME, Patricia Constante; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; BORTOLINI, Gisele Ane. Org: Duncan, B. et al. Alimentação Saudável do Adulto. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JOINVILLE. Joinville Bairro a Bairro, 2017a, p. 53. Disponível em:<<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Joinville-Bairro-a-Bairro-2017.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

_____. **Joinville Cidade em Dados 2017**. Joinville: Prefeitura Municipal, 2017b. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Joinville-Cidade-em-Dados-2017.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2019.

_____. Secretaria da Saúde – SES, 2019. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/ses/>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Linhas-guia da atenção básica: hipertensão arterial**. Joinville, 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Prefeitura de Joinville entrega Unidade Básica de Saúde Costa e Silva reformada e ampliada**. Joinville, 2015. Disponível em: <<https://wwwold.joinville.sc.gov.br/noticia/10980-Prefeitura+de+Joinville+entrega+Unidade+B%C3%A1sica+de+Sa%C3%BAde+Costa+e+Silva+reformada+e+ampliada.html>>. Acesso em: 07 out. 2019.

LOBO, Larissa Aline Carneiro et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 6, p.1-13, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00035316>>. Acesso em: 29 set. 2019.

MAYRING, Philipp. Einführung in die qualitative Sozialforschung [Introdução à pesquisa social qualitativa]. 2002.(5ª ed.). Weinheim: Beltz.

MATAVELLI, I. S. et al. **Hipertensão Arterial Sistêmica e a Prática Regular de Exercícios Físicos como Forma de Controle: Revisão de Literatura**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Vol. 18. Num. 4. 2014. p. 359-66

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 28. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MENDES, Romeu; BARATA, José Luis Themudo. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med Port*. Vol. 21. Num. 2. 2008. p. 193-98. Disponível em: <researchgate.net/profile/Romeu_Mendes/publication/5227507_Aging_and_blood_pressure/links/0fcfd50e9d30dd3366000000/Aging-and-blood-pressure.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

MONTERA, Marcelo Westerlund et al. Diretrizes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 93, n. 3, p.1-65, 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n3s3/v93n3s3a01.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2019.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.241-249, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000200004>>. Acesso em: 26 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Unidade Técnica: doenças transmissíveis e não-transmissíveis**. Brasília: 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=397:hipertensao-arterial&Itemid=463>. Acesso em: 23 mar. 2019.

OVIEDO, Reynaldo Alfonso. **Controle e Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF Terra**. 2015. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, Rafael Alves; SOUZA, Rosani Aparecida Alves; VALE, Jéssica de Sousa. **O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura**. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.faema.edu.br:8000/handle/123456789/1794>>. Acesso: 17 mar. 2019.

PINTO, Maria Eugênia Bresolin; TAVARES, Angela M. Vicente; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Org: Duncan, B. et al. Promoção da Atividade Física. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RABETTI, Aparecida de Cássia; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2011.v45n2/258-268/pt>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

ROSÁRIO, Tânia Maria do et al. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [s.l.], v. 93, n. 6, p.672-678, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200018>>. Acesso em: 10 set. 2019.

SALIN, Mauren da Silva. Espaços públicos para a prática de atividade física: o caso das academias da melhor idade de Joinville-SC. 2013. 114 f. Tese (Doutorado em Ciência do Movimento Humano) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://tede.udesc.br/tede/tede/467>>. Acesso em: 23 out. 2019.

SANTOS, Fernanda Gatez Trevisan dos et al. **Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial.** Saúde em Debate, [s.l.], v. 43, n. 121, p.489-502, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912116>>. Acesso em: 18 set. 2019.

SANTOS, Juliana Dias Pereira dos. Dissertação de Mestrado. **Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde.** Porto Alegre: 2011. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31883/000785897.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo.; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Aspectos relacionados com a hipertensão. In: Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado.** Fortaleza: Unifor; 2002. p.15-25. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=317129&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 de out. 2019.

SILVEIRA, Mellina Brito da. **Perfil nutricional, social, econômico e demográfico da população com hipertensão arterial da cidade de Santa Vitória-MG.** Reunião Anual de Ciência, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p.1-10, out. 2011. Disponível em: <<http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/e-rac/article/view/42/39>>. Acesso em: 07 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol: 2010; v. 95, p. 1-51. Disponível em<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol: 2016; v. 107, p. 1-103. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Revista Brasileira de Hipertensão. Arq Bras Cardiol: 2017; v.

24. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SOIBELMAN, Mauro; ROCHA, Thiago Botter Maio; DIEMEN, Lisia von. Org: Duncan, B. et al. Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUZA, Ana Rita Araújo de et al. **Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS**. Arq. Bras. Cardiol. 2007, vol.88, n.4, pp.441-446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400013>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SOUZA, Clarita Silva de et al. **Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [s.l.], p.571-578, 2014b. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

SOUZA, Jeová Alves de; FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de. Prevalência de Hipertensão Arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 61, n. 6, p.816-821, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000600004>>. Acesso em: 29 set. 2019.

SOUZA, Samuel Andrade de. **Atenção a Hipertensão Arterial em uma Unidade Básica de Saúde**. Especialização em Atenção Básica em saúde da Família da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais: 2014a. Disponível em:<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8196>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SURVEY MONKEY. **Calculadora de tamanho de amostra**. 2019. Disponível em:<<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>>. Acesso em: 30 maio 2019.

TEIXEIRA, João Batista Picinini; EIRAS, Naiara Silva Vilela. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária, 2011**. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertens%C3%A3o-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia de Pesquisa-ação**. (2009). São Paulo: Saraiva.

THIOLLENT, Michel. Note sur lês Tendences Methodologiques dês Sciences Sociales au Bresil. *Bulletinde Methodologie Sociologique*, n. 10, avril/1986, p. 52-53.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987

U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure**. Washington: NIH; 2004. Disponível em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia** / Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). São Luís: EDUFMA, 2015 Disponível em:< <https://docplayer.com.br/25989972-Cadernos-de-saude-da-familia-conceitos-e-ferramentas-da-epidemiologia.html>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/** Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). São Luís, 2016. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

VASAN, R.S et al. **Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study, 2002**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866648>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. *World Health Day 2013*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/>. Acesso em: 06 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical qctivity for health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=0DB307C1E8334B17D64499D0C53DEF77?sequence=1>. Acesso em: 19 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

APÊNDICE A - Questionário para coleta de dados

 <p>INSTITUTO FEDERAL Santa Catarina</p>	<p>INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA – IFSC CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR ALUNA: SARAH KARNOPP TAVARES TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</p>
--	---

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS HIPERTENSOS DA UBSF COSTA E SILVA

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Gênero

- Feminino
 Masculino

Faixa Etária

- 18 a 24 anos 45 a 54 anos
 25 a 34 anos 55 a 64 anos
 35 a 44 anos 65 anos ou mais

Estado Civil

- Casado/morando junto Divorciado
 Solteiro Viúvo

Raça

- Branca Parda
 Negra Indígena
 Amarela

Escolaridade

- Ensino fundamental incompleto Superior incompleto
 Ensino fundamental completo Superior completo
 Ensino médio incompleto Pós-graduado
 Ensino médio completo Não alfabetizado

Renda Familiar

- Até 2 salários mínimos (até R\$ 1.996)
 De 3 a 6 salários mínimos (R\$ 2.994 a R\$ 5.988)
 7 salários mínimos ou mais (R\$ 6.986 ou mais)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

 <p>INSTITUTO FEDERAL Santa Catarina</p>	<p>INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA – IFSC CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR ALUNA: SARAH KARNOPP TAVARES TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</p>
--	---

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada: **“O perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva do município de Joinville no ano de 2019”**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do Pesquisador (a) responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa Caroline Orlandi Brilinger através do telefone ou e-mail: (47) 3431-5600; caroline.brilinger@ifsc.edu.br e também com a pesquisadora Sarah Karnopp Tavares por meio do telefone ou e-mail: (47) 9 9714-9374; e-mail sarah.tavares29@hotmail.com.

A presente pesquisa é motivada pela necessidade de se compreender melhor e caracterizar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na UBSF Costa e Silva. Para isso, é preciso que se tenha informações relevantes acerca dos que a portam. A identificação do perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva levará informações à equipe de saúde que atua na região para que a mesma possa atender às necessidades do público em questão.

O objetivo desse projeto é traçar o perfil epidemiológico dos usuários hipertensos dentro da UBSF Costa e Silva a partir de variáveis sociodemográficas, estilo de vida e situação de saúde entre outubro e novembro 2019. A coleta de dados se dará através de um questionário aplicado pela pesquisadora individualmente aos hipertensos, sendo que os critérios de inclusão serão: ser hipertenso, possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar cadastrado na UBSF Costa e Silva.

A pesquisa não oferece risco físico imediato. Contudo, pode apresentar danos de ordem moral, emocional e espiritual visto que algumas perguntas poderão causar

certo desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis aos participantes.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer tempo e aspecto que desejar, através dos meios citados acima. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sendo sua participação voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e todos os dados coletados servirão apenas para fins de pesquisa. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de informação sobre este estudo você poderá ligar também para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt localizado na Rua Xavier Arp, s/n. Bairro: Iririú - Joinville - Santa Catarina CEP: 89227-680. Telefone: 47 3461 5500. Para contato via internet enviar um e-mail para cephrhds@gmail.com.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, portador (a) do RG ou CPF de N° _____, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada **“O perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBSF Costa e Silva do município de Joinville no ano de 2019”**, de forma livre e espontânea, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento.

Joinville, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A- Parecer da Secretaria de Saúde de Joinville

Secretaria da Saúde



Ofício nº 067/2019/SMS/GAB/GTES

Joinville, 22 de julho de 2019.

Assunto: Parecer Projeto de Pesquisa

Em resposta à solicitação de autorização para realização de um projeto de pesquisa intitulado: "O perfil epidemiológico dos usuários hipertensos da UBS Costa e Silva do município de Joinville no ano de 2019", tendo como responsável a acadêmica **Sarah Karnopp Tavares**, sob orientação do profº Jorge Cunha, IFSC. Informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde, através da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, após análise de viabilidade e anuência junto a respectiva Coordenação da Unidade Básica de Saúde Costa e Silva (Katia – 34736851 08 as 12h), referido no projeto como campo de pesquisa, entendendo não haver prejuízos e ônus ao município, assim consideramos favorável o parecer por interesse do serviço público.

Solicitamos que a responsável apresente em mãos esta autorização e o projeto de pesquisa aos Coordenadores locais, para o início das atividades.

Após a conclusão da pesquisa e resultados obtidos, solicitamos ao responsável que apresente sugestões de melhorias a partir dos dados coletados e da bibliografia fundamentada, devendo ser encaminhada ao GTES, por e-mail (ses.ngp.gtes@joinville.sc.gov.br).

Parecer Final: Deferido.


 Prefeitura Municipal de Joinville
 Secretaria de Saúde
Bruna D. D. L. Landmann
 Coordenação GTES
 Mat. 49095

Bruna D. D. L. Landmann
 Coordenação Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES

Rua Araranguá, 397 - América - 89204-310
 Contato: (47) 3481-5167

ANEXO B – Mapa de abrangência da UBSF Costa e Silva

**ANEXO C – Mapa da área percorrida pelos Agentes Comunitários de Saúde da
UBSF Costa e Silva**

