



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EDILSON DA SILVA CARDOSO JUNIOR
MARIA DORACILÉIA MARTINS DOS PASSOS
THAIS LARISSA GONÇALVES DA SILVA

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ABAETETUBA-PA**

Belém – PA

2016

EDILSON DA SILVA CARDOSO JUNIOR
MARIA DORACILÉIA MARTINS DOS PASSOS
THAIS LARISSA GONÇALVES DA SILVA

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNÍCIOPIO DE ABAETETUBA-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem na Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN), para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf^a Msc. Milena Silva dos Santos

Belém – PA

2016

EDILSON DA SILVA CARDOSO JUNIOR
MARIA DORACILÉIA MARTINS DOS PASSOS
THAIS LARISSA GONÇALVES DA SILVA

**ANÁLISE DO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA BÁSICA DE SAÚDE NO MUNÍCIPIO DE
ABAETETUBA-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem na Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN), para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf^a Msc. Milena Silva dos Santos

Aprovado em:

Banca Examinadora

_____ - Orientadora

Professora Enf^a Msc. Milena Silva dos Santos

Professora: Esp. Mônica Olivia L. S. de Souza

Professora: Msc. Nayana V. J. de Oliveira

A minha família
A minha noiva
A minha equipe
Aos professores
Aos meus amigos

Edilson Junior

A minha mãe Doralice
A minha tia Minervina
A meu marido Josué
Aos meus irmãos
Ao meu amigo Manelito
A minha Rejiane
Aos meus professores
A minha equipe

Maria Doracileia

A Deus
Aos meus familiares
Ao meu marido
Aos professores

Thais Larissa

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em primeiro lugar a Deus por ter nos conduzido a construir e expor este trabalho, aos nossos pais e irmãos que nos incentivaram para que não desistíssemos no primeiro obstáculo aos nos depararmos com o mundo acadêmico e que o nosso nível intelectual veio a crescer através de troca de saberes de mestre para alunos sendo que os mesmos não mediram esforços para contribuir com o avanço dos nossos conhecimentos, assim como a nossa coordenadora Eliane Lobato em que em meio a dificuldade estruturais e funcionais com grande dificuldade recebeu este cargo e vem a contribui com a formação de excelentes profissionais na área de enfermagem, aos nossos amigos que no horas das difíceis nos deram força e palavras de superação, aos nossos excelentes e magníficos professores, colaboração desta conquista e a todas as pessoas direta e indiretamente para que esse sonho torna-se realidade, A nossa querida orientadora que nos prestou esclarecimentos e nos guiou ao longo desta jornada de elaboração do trabalho de conclusão de curso a qual nos acolheu, ajudando-nos nas dificuldades, pela paciência em nos suportar durante esses meses. Você será lembrada sempre.

Vinde a mim, todos os que estais cansados e oprimidos, e eu vos aliviarei. Tomai sobre vós o meu jugo, e aprendei de mim, que sou manso e humilde de coração; e encontrareis descanso para as vossas almas. Porque o meu jugo é suave e o meu fardo é leve.

Jesus Cristo

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CC – Circunferência de cintura

DCNT s- Doenças crônicas não transmissíveis

DCV- Doença cardiovascular

DM- Diabetes Mellitus

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DAC - Doença da Artéria Coronária

EUA – Estados Unidos da América

FAPEN- Faculdade Paraense de Ensino

FR- Fator de Risco

HIPERDIA- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

mmHg- Milímetros de Mercúrio

P.A- Pressão Arterial

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Relação percentual de hipertensos entre gêneros	34
Gráfico 2: Relação de zona de moradia dos hipertensos.	35
Gráfico 3: Relação entre o índice de hipertensos e o IMC	36
Gráfico 4: Relação de gêneros a partir da circunferência abdominal	37
Gráfico 5: Percentual de hipertensos classificados por raça	38
Gráfico 6: Percentual de hipertensas mulheres classificadas por raça	39
Gráfico 7: Relação entre hipertensão e escolaridade	39

RESUMO

As doenças cardiovasculares(DCV) são umas das causas principais de mortalidade no Brasil. As DCV's estão ligadas a diversos fatores como a genética, estilo de vida e qualidade de vida, sendo que a hipertensão arterial sistêmica vem ocorrendo um aumento dos números de casos nas últimas décadas, tornando-se uma problemática para a saúde pública. E devido ser um problema que altera a qualidade de vida a ciência vem realizando várias pesquisas sobre os fatores de risco cardiovascular. A partir disto, objetivou-se realizar a análise do índice na hipertensão arterial sistêmica Em uma unidade básica de saúde(UBS) no município de Abaetetuba Pará. A pesquisa foi realizada na UBS, no qual, foram avaliados 200 pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, com idade compreendida entre 20 a 100 anos. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário com perguntas fechadas. Para a análise dos dados, foram examinadas as estatísticas descritivas das amostras através de classificação de gênero, faixa etária, escolaridade, zona residência, raça, índice de massa corporal e circunferência abdominal. Os resultados indicaram a existência de hipertensos em diversas camadas da sociedade independente da faixa etária ou raça.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, hiperdia.

ABSTRACT

The cardiovascular disease (CVD) are one of the leading causes of mortality in Brazil. CVDs are connected to several factors as the genetics, lifestyle and quality of life, being that the hypertension arterial systemic has been occurring a raise the number of cases in the last decades, becoming a public health problem. And it must be a problem that changes. And because it is a problem that changes the quality of life, the science has been conducting several research on risk factors cardiovascular. From this, objected to perform the analysis of the index in hypertension arterial systemic, in a Unit Basic of Health (UBH) in the city of Abaetetuba Pará. The study was realize in the UBH, in which 200 patients registered in the program HIPERDIA, were evaluated. Aged between 20 and 100 years. The collete data was realized performed through the application of a questionnaire with closed questions. For the analysis of the data, the descriptive statistics of the samples were examined through the classification of gender, age group, schooling, residence zone, race, body mass index and waist circumference. The results indicated the existence of hypertensive individuals at several levels of society independent of age or race.

Keywords: Cardiovascular diseases, risk factors, hypertension

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO	15
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVANCIA	15
1.3 HIPOTESE	16
1.4 OBJETIVOS	17
1.4.1 Geral	17
1.4.2 Especifico	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL	18
2.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES ... HIPERTENSÃO	19
2.2.1 Doença Arterial Coronariana.....	19
2.2.2 Aterosclerose	19
2.2.3 Infarto Agudo do Miocárdio.....	19
2.2.4 Hiperlipedemia.....	20
2.3 FATORES DE RISCO PARA HAS	20
2.3.1 Antecedentes Familiares	20
2.3.2 Alcoolismo	21
2.3.3 Tabagismo	21
2.3.4 Sedentarismo.....	21
2.3.5 Atividade Física.....	22
2.3.6 Obesidade	22
2.3.7 Fatores de risco não modificáveis.....	23
2.3.8 Fatores de risco modificáveis	24
2.4 EPIDEMIOLOGIA.....	24
2.5 SINAIS E SINTOMAS.....	25
2.6-DIAGNOSTICO	25
2.7-TRATAMENTO	26
2.7.1 Os principais anti-hipertensivos	26

2.7.2 O uso de fitoterápicos e plantas medicinais.....	27
2.8 A ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA HIPERDIA.....	28
2.9 O PAPEL DA FAMÍLIA E SOCIEDADE NA PREVENÇÃO DCNT's.....	29
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO	31
3.2 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	31
3.2.1Local da Pesquisa	31
3.2.2Amostra.....	32
3.2.3 Período	32
3.3 TECNICA DE COLETA DE DADOS.....	32
3.3.1Critério de inclusão	32
3.3.2Critério de exclusão	32
3.4 ASPECTOS ETICOS E LEGAIS	32
4. RESULTADO E DISCURSÃO	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE 1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
ANEXO 1 FOLHA DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL	48
ANEXO 2 SOLICITAÇÃO DE PESQUISA.....	49
ANEXO 3 TERMO DE COMPROMISSO ALUNO/PESQUISADOR	50
ANEXO 4 TERMO DE ACEITE ORIENTADOR.....	51
ANEXO 5 FICHA DE CADASTRO DE HIPERTENSO ...1ªVIA FRENTE....	52
ANEXO 6 FICHA DE CADASTRO DE HIPERTENSO ...2ªVIA FRENTE....	53
ANEXO 7 FICHA DE CADASTRO HIPERTENSO VERSO.....	54

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) em uma PA acima de 140x90mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (GIORGI, 2011).

De acordo com Barbosa e Lima (2006), a HAS é uma epidemia em que abrange o nível nacional e internacional. Esta patologia vem se alastrando principalmente em populações pobres e países em desenvolvimento. Com isso a hipertensão arterial é uma das mais graves enfermidades entre doenças crônicas não transmissíveis, ocasionando grandes índices de morbimortalidade no mundo inteiro.

A crescente incidência das doenças crônico-degenerativas, o perfil epidemiológico brasileiro vem sofrendo modificações conhecido como transição epidemiológica, caracterizados por vários fatores. Dentre as principais doenças crônicas não transmissíveis a hipertensão e diabetes mellitus destacam-se, por serem patologias que afetam o metabolismo e sistemas do corpo humano. (Goulart, 2011)

Segundo Ministério da Saúde (2006) aproximadamente no Brasil são 17 milhões de pessoas tem hipertensão sistêmica (HAS) sendo que 35% dos portadores são indivíduos com mais de 40 anos. A organização Mundial estima-se que em todo mundo em 2000 eram 177 milhões de portadores de HAS, e que a expectativa em 2025 seja de 350 milhões de pessoas (BRASIL, 2006).

Conforme Moreira et al. (2010), no Brasil desde as últimas décadas houve um aumento nos índices de brasileiros hipertensos, por diversos fatores entre os quais se encaixam: Socioeconômicos, culturais, ambientais, étnicos, hereditariedade, sedentarismo, etilismo, tabagismo. Por meio de políticas públicas o Brasil vem atuando na prevenção e controle a HAS.

O Ministério da Saúde (2013) afirma ainda que uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares.

Existem várias causas para estas doenças, a prevalência aumenta devido a fatores de riscos. A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco, contribuindo o agravamento destas doenças (BRASIL, 2013).

Em estudo realizado em Fortaleza-CE, no programa HIPERDIA, mostra que a taxa de prevalência entre pacientes que estão cadastrado com ambas patologias: HAS e diabetes mellitus (DM) ocorre em maior frequência em mulheres em cerca de 78% possuíam HAS E DM (MOREIRA et al., 2010).

Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes. A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo, é geralmente menor na população de alta renda (WHO,2011).

Dados do Ministério da saúde, que representam as capitais brasileiras em 2010, estimavam que 25,5% das mulheres e 20,7% dos homens com idade >18 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade >55 anos relatam diagnóstico prévio de hipertensão. Essa prevalência é maior em indivíduos de menor escolaridade. A prevalência autor relatada tem aumentado aproximadamente 0,5%ao ano (BRASIL, 2011).

O fato que ressaltou Passos (2006), foi ao analisar a taxa de prevalência de HAS na base populacional, quando população fica sem informações e devidos esclarecimentos sobre a prevenção, desta maneira o índice tende a crescer se não forem criadas estratégias voltadas aos hipertensos. E que nas próximas décadas poderá continua sendo um grande problema da população brasileira, aumentando o risco a desenvolverem outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's).

Segundo Monteiro e Filho (2004) A HAS representa uma das maiores causas de morbidade cardiovascular no Brasil e com um taxa de 15% a 20% da população adulta, entretanto a mesma possui também considerável prevalência em crianças e adolescentes. A patologia é considerada como um dos principais fatores de risco de morbi/mortalidade cardiovasculares, representando um alto custo para a sociedade, esse custo é representado através da aposentadorias precoces e benefícios sendo responsável por cerca de 40% junto ao INSS. A prevenção assim como a identificação e o tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica constituem parte da sociedade brasileira se tornando um problema de saúde pública no Brasil.

Segundo Jardim et al. (2007) sendo um aspecto que merece um olhar especial é a modificação nos padrões de vida brasileira nas ultimas décadas em que a relação aos hábitos alimentares e de vida esta mudando constantemente com a ingestão em excesso de produtos enlatados, fast food, comidas rápida que indica uma exposição cada vez maior ao sódio e a gorduras saturadas intensificando a desenvolver riscos cardiovasculares. A alteração nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria base da dieta provocou trouxeram impactos significativos no peso corporal da população aumentando o índice de pessoas com sobrepesos e obesas. Em que com o advento da tecnologia veio a facilidade da vida humana e retirou atividades do cotidiano que contribuíam a perda de calorias como a décadas atrás um fila no banco para realizar um transferências bancarias nos dias atuais com poucos cliques se realiza uma tarefas que demoraria horas.

No Brasil, a hipertensão arterial tem atingido cerca de 30% dos indivíduos adultos. Estando entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam óbitos. Estudos vêm apontando indícios de que a HAS no individuo adulto é uma patologia que se pode ter inicio durante a infância (COSTANZI, *et al*, 2009).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde adotou medidas para melhorar o atendimento a pacientes com HAS e *diabetes mellitus* (DM), com a criação do programa Hiperdia, um centro de atenção secundária à saúde cujo objetivo era a redução da mortalidade e das complicações causadas por essas condições clínicas, visando melhora da qualidade de vida dos pacientes. O programa HIPERDIA tem como proposta acolher os portadores de DCNT's, especificamente a HAS e DM, promovendo uma qualidade de vida mais saudável e prevenindo as patologias secundárias, além das doenças base (CARVALHO *et al*, 2016).

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, e se exterioriza, com predominância do acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, sendo responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) respectivamente (FUSH, 2004).

1.1 PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

A elevação progressiva da incidência de doenças cardiovasculares (DCV) em países desenvolvidos no século XXI estabeleceu a aceleração de pesquisas relacionadas principalmente aos agentes etiopatogênicos. Pois essas doenças se tornaram a maior causa de óbitos, em destaque a cardiopatia isquêmica ou a doença coronariana, ou seja, quanto maior o avanço no desenvolvimento de países industrializados há um aumento concomitante dos índices de mortalidade por essas doenças (CHAVAGLIA e SILVA, 2010). Ainda afirmam que a maioria dos óbitos que ocorrem no Brasil, são derivadas de causas, decorrentes do aparelho circulatório, com múltiplos fatores etiológicos e clínicos.

Péres, Magna e Viana (2003) descrevem que uma das maiores dificuldades identificadas no atendimento dispensado aos pacientes hipertensos é a falta de adesão à terapêutica. O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além do uso contínuo de medicamentos, a modificação do estilo de vida.

Tacon, Santos e Castro (2010) afirmam que, para que haja um controle eficaz da HAS, as ações do sistema da atenção primária, devem ser uma prioridade dos sistemas de saúde, além de se tornarem mais efetivas, a fim de reduzir a prevalência da doença.

Estes aumentos provocam grande impacto econômico nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica, amputações de membros inferiores e cegueira (Brasil, 2008).

De acordo com a temática em questão, obtivemos como objeto de estudo o levantamento de dados sobre a prevalência do índice de hipertensão arterial sistêmica em uma unidade básica de saúde.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVANCIA

Do ponto de vista científico, observamos que a HAS têm vários estudos em que abordam fatores de risco, porém a classificação acaba se tornando generalizada, pois um ponto importante a se analisar são os indicadores, pois em cada localidade existe

sua própria cultura e condições socioeconômicas, sendo que no âmbito nacional todo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), que é classificado como hipertenso deve se cadastrar no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA (Moreira *et al*, 2010).

Observamos que até o início do nosso projeto não existia nenhum estudo quantitativo sobre a temática no município. Despertando-nos o interesse em realizarmos tal pesquisa por percebermos que os índices de hipertensão vêm apresentando um aumentando significativo nas últimas décadas, conforme mostra o caderno de atenção básica nº 37 do Ministério da Saúde (2013). Diante da necessidade de investigar, como estão os índices de hipertensos de uma determinada unidade de saúde do Município de Abaetetuba-Pa. A escolha pelo Município se deu pelo fato de que, uma das autoras deste trabalho é residente do mesmo.

Esperamos que o presente estudo possa contribuir com forte relevância para o enriquecimento de nossos conhecimentos como acadêmicos de enfermagem e futuros enfermeiros, assim como para que haja um despertar de interesse por parte população local na adoção de medidas preventivas e principalmente para a Secretaria de Saúde do Município visando a implementação de novas políticas públicas e ações educativas de caráter preventivo. Acredita-se que o estudo possa oferecer subsídios que permeiam reflexões sobre os fatores de risco para a hipertensão arterial, fundamentando-se nas práticas assistenciais preventivas, contribuindo para a promoção da saúde do indivíduo e coletividade e diminuindo agravos nos portadores da HAS.

O estudo justifica-se por um conjunto de diretrizes e prioridades do MS, que por fortes influencias não conseguem alinhar seus reais objetivos, pois a HAS é uma doença de cunho silencioso, não apresentando uma única causa, mas vários fatores de risco que alargam a probabilidade de sua ocorrência (BRASIL, 2014).

1.3 HIPOTESE

Baseados na problemática e no objeto de estudos, da pesquisa, levantou-se a seguinte questão: Como estão os índices de hipertensão de uma determinada unidade de saúde do Município de Abaetetuba.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar o índice de hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de saúde do Município de Abaetetuba- Pará.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA com HAS
- Caracterizar os principais fatores desencadeantes da hipertensão arterial sistêmica nos usuários do programa.
- Identificar tipo de terapêutica utilizada pelos hipertensos.

2. REFERÊNCIAL TEORICO

O coração é um órgão muscular, oco, que tem forma de cone truncado, aproximadamente do tamanho do punho fechado, apresentando uma base, um ápice e faces . A base do coração não tem uma delimitação nítida, devido a área ocupada pelas raízes dos grandes vasos da base do coração, ou seja, onde ocorre a chegada e saída do fluxo sanguíneo no coração através dos vasos (RODRIGUES, JACOMO E FIGUEIRA; 1996).

O coração está apoiado sobre o diafragma, perto da linha média da cavidade torácica, no mediastino, a massa do tecido que se estende do esterno a coluna vertebral. O tecido muscular estriado cardíaco é o que forma o coração, e constitui sua camada média ou miocárdio. A cavidade do coração é subdividida em quatro câmaras, dois átrios e dois ventrículos e entre os mesmos existem orifícios com dispositivos responsáveis pela corrente sanguínea, são as valvas (NETTER, 2011).

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), segundo Nakamoto (2012), pode ser classificada em primária e secundária, sendo que a primária (Hipertensão essencial) ocorre na maioria dos casos em adultos que corresponde 90% a 95%, não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, tendo fatores genéticos ou fatores que comprometem o débito cardíaco e a resistência vascular periférica.

Conforme as VI diretrizes brasileiras a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição que surge por diversos fatores, sendo a característica marcante ao aferição de pressão arterial se analisa níveis elevados. Na maior parte dos casos ocorre quando a alterações em alguns órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) devidas as alterações nutricionais ou do estilo de vida e a alterações metabólicas, com esses agravos na saúde a probabilidade de desenvolvimento de patologias secundarias aumenta. Desencadeando o surgimento risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Segundo Kumar (2008) A pressão sanguínea local e sistêmica deve se manter um rígido controle. Pois a pressão sanguínea se constitui a partir de múltiplos fatores com a interação entre fatores genéticos, ambientais e hemodinâmicos. Desta forma a

hipertensão ocasiona um excesso de demanda metabólica resultando na lesão de vasos sanguíneos e órgão.

2.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES COMO FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO

2.2.1 Doença Arterial Coronariana

A doença da artéria coronária (DAC) é uma das principais causas de mortes no Brasil e no mundo, principalmente nos Estados Unidos (EUA) que afetam milhões de pessoas a cada ano. É caracterizada pelo depósito de placas dentro das coronárias, que aumentam e calcificam-se progressivamente causando diminuição dos vasos, culminando em diminuição severa do fluxo de sangue e da demanda de oxigênio para o miocárdio (NETTINA, 2011).

2.2.2 Aterosclerose

É uma doença progressiva e lenta ocasionada por vários fatores, tais com a genética, antecedentes familiares. Porém, tem fatores de risco que aceleram o processo que causam grandes danos nas artérias musculares, tais como o tabagismo, alimentação, obesidade, hipertensão, sedentarismo. As sequelas são caracterizadas por acúmulos de placas compostas de gorduras, colesterol e outras substâncias nas paredes das artérias, causando o estreitamento e diminuição do fluxo sanguíneo (GOTTLIEB, et al, 2005).

2.2.3 Infarto Agudo do Miocárdio

É causada por oclusão vascular, mas ocorre comumente devido a hemorragias intraplacas, erosão de placas ou ruptura de placas com sobreposição de trombose. A oclusão coronariana causa isquemia miocárdica causada pela obstrução total do fluxo sanguíneo ao miocárdio (ROBBINS e COTRINA, 2012).

O desequilíbrio entre a oferta de oxigênio ao miocárdio pode ocasionar isquemia miocárdica. O infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre pela obstrução trombótica das artérias coronarianas. Durante o IAM o processo isquêmico que ocorre no coração envolve o sistema de irrigação sanguínea, constituído pelas coronárias.

Suas manifestações podem se aguda ou crônica, ocasionando angina e doenças coronarianas agudas (GOTTLIEB, et al,2005).

2.2.4 Hiperlipidemia

A hiperlipidemia compõe um grupo de anormalidades no metabolismo que resultam em alterações dos níveis séricos de colesterol e triglicerídeos, formando placas ateroscleróticas nos vasos sanguíneos. Esses são transportados pela corrente sanguínea através de lipoproteínas, constituídas de fosfolipídios e proteínas específicas, que são denominadas “*apoproteínas*” ou “*apolipoproteínas*”. As anormalidades podem ser metabólicas ou genéticas, que resultam na superprodução de lipoproteínas. Podem ser acometidas por fatores etiológicos de doenças crônicas como diabetes, hipotireoidismo, doença hepática e outras (NETTINA, 2011).

2.3 FATORES DE RISCO PARA A HAS

Para Chavaglia e Silva (2010) os fatores de risco cardiovascular podem estar relacionados com: idade, sexo, escolaridade, herança genética, estilo de vida, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada, a agentes biológicos, como também as condições sócias econômicas culturais e ambientais.

De acordo com Wenzel, Souza e Souza (2009) alguns fatores se tornam de suma importância para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação inadequada, a falta de atividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

2.3.1Antecedentes Familiares

De acordo Kuschnir e Mendonça (2007) um estudo realizado no Brasil, avaliando 43 adolescentes identificou que os filhos de pais hipertensos apresentam aumento das pressões sistólicas e diastólicas, bem como perfil lipídico desfavorável. Dentre os fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles podem ser atribuídos a diversos fatores genéticos.

2.3.2 Alcoolismo

Segundo Chavaglia e Silva (2010) o alcoolismo pode ser definido como uma doença crônica, onde ocorre o consumo exacerbado de álcool sem limites e em grandes proporções, tornando-se progressivamente dependente. De acordo, com a literatura o consumo moderado do álcool pode reduzir o risco do desenvolvimento de algumas doenças cardiovasculares, no entanto, o consumo exagerado pode acarretar consequências muito negativas para a saúde do indivíduo e altos custos para o sistema de saúde.

Já Barreto e Santello (2002) ressaltam que à ingestão de etanol, fatores como gênero, quantidade e frequência alteram o efeito e a magnitude dos danos que ocorrem sobre a hipertensão. Ainda afirmam que o uso de bebidas alcoólicas fora dos horários das refeições tem efeito potencializador da HAS.

2.3.3 Tabagismo

O tabagismo é um fator de risco extremamente importante para a mortalidade e morbidade cardiovasculares e está associado ao risco aumentado de doença arterial periférica, doença cardíaca coronária e morte súbita. Embora não seja esclarecido quais compostos do cigarro contribuem para a patogênese da doença vascular, a nicotina tem um papel central nos efeitos cardiovasculares do fumo, uma vez que piora a vasodilatação dependente do endotélio e regula a produção dos fatores de crescimento (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000). Ainda afirmam que, o ato de fumar mesmo que apenas um cigarro eleva agudamente a PA e a frequência cardíaca devido ao estímulo induzido pela nicotina da secreção das catecolaminas.

2.3.4 Sedentarismo

Segundo Aziz (2014) o sedentarismo é um dos fatores que mais contribuem para o aumento dos níveis de pressão arterial, como também está associado a outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, diabetes, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica.

2.3.5 Atividade Física

Os exercícios físicos interferem na redução da pressão arterial pelo envolvimento de fatores hemodinâmicos, humorais e neurais. O treinamento físico regularmente e moderado em humanos promove a diminuição dos níveis pressóricos por diminuição da atividade simpática periférica e do tônus simpático do músculo cardíaco. Este por sua vez, determina diminuição da frequência cardíaca e a consequente queda do débito cardíaco (FERREIRA, *et al*, 2005).

Para Araújo (2010) o exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas no organismo humano e, em especial, no sistema cardiovascular. Com o objetivo de manter a homeostase celular em virtude do aumento do metabolismo, alguns mecanismos são acionados.

A adoção da prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os portadores de hipertensão, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial consideravelmente. Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral (SBC, 2007).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana [...] O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos [...] ou ainda, em três sessões de dez minutos [...]

2.3.6 Obesidade

Para Amer, Marcon e Santana (2010) o excesso de peso e a obesidade constituem um grave problema de saúde pública com séria importância para a sociedade, pois, além de estar associado a um complexo de doenças crônico-degenerativas, seu aumento é gradativo e percorre desde a infância até a idade adulta, podendo constituir um processo epidêmico. Ainda afirmam através de estudos

com delineamento transversal que há aumento da pressão arterial com a idade e com o ganho de peso.

A obesidade pode ser definida como índice de massa corpórea (IMC) > 30 kg/m², sendo este, um importante fator de risco para hipertensão arterial. Estudos transversais demonstram que obesidade está associada a níveis elevados de pressão arterial (PA) e investigações prospectivas afirmam que o ganho progressivo de peso, é um importante fator predisponente para o desenvolvimento de hipertensão arterial. A elevação do IMC é um fator predisponente único para cerca de 20% a 30% dos casos de HAS (BARRETO; SANTELLO, 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) os fatores de riscos para HAS são condições ou características quando presentes aumenta a probabilidade do desenvolvimento da patologia. Sendo classificados em dois grupos: fator de risco não modificáveis e modificáveis.

2.3.7 Fatores de risco não modificáveis

a) Genéticos: Um dos fatores mais relevantes é o estudo relacionado com o histórico familiar de hipertensão, cerca de 30 a 40% da variação da pressão arterial (PA) é determinada por fatores genéticos. Sendo assim os pais hipertensos tem uma grande probabilidade de que seus filhos desenvolvam a mesma patologia (WEISSHEIMER, 2011, *apud* BINDER, 2007).

b) Idade: Independentemente do gênero, a PA eleva-se com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, mais frequente nos homens acima de 50 anos, posteriormente inverteu-se nas últimas décadas (GUS *et al.*, 2004; SCALA *et al.*, 2008).

A pressão arterial apresenta um aumento de forma linear com a progressão da idade, devido ao depósito de cálcio nos vasos sanguíneos, que vão enrijecendo e diminuindo a luz dos vasos sanguíneos, o que obrigatoriamente aumenta a pressão do sangue no seu interior. Pressão arterial elevada acaba prejudicando vários órgãos, não só os rins, mas o coração e principalmente o cérebro (SBC, 2010; BARRETO; SANTELLO, 2002).

c) Gênero: Conforme Colombo (2011), estudos indicam que a prevalência e o controle da hipertensão diferem entre gêneros. Em mulheres a PA pode sofrer influencia em

alguns casos em que a mesma apresenta síndrome de ovários policísticos, uso de contraceptivos, gestação, menopausa e reposição hormonal, levando ao desenvolvimento de HAS em alguns casos.

d) Raça: Segundo estudos brasileiros as mulheres negras tem chance de 130% de adquirir HAS em relação as brancas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

2.3.8 Fatores de risco modificáveis

a) Ingestão de sódio: Existe uma relação entre o consumo de sal com o aumento da PA. A diminuição de sódio causa um efeito sobre a pressão arterial, revelou que a queda da PA é maior quanto a redução do sódio na dieta (MACGREGOR, 2003).

b) Sedentarismo: Em crianças, adolescentes e adultos o sedentarismo contribui na elevação da frequência da HAS, ocorrendo uma inversão entre aptidão física e PA. No entanto, o exercício físico regular promove a redução da PA, evitando riscos de DCV e mortalidade geral (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

2.4 EPIDEMIOLOGIA

Segundo levantamento do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as doenças do aparelho circulatório é uma das principais causas de mortalidades no Brasil, sendo que em 2010 um total de 324.092 óbitos, destes, 44.460 ocasionadas por doenças hipertensivas, 99.408 doenças isquêmicas e 99.159 doenças cerebrovasculares. A HAS é a principal causa das doenças isquêmicas cardíacas, insuficiência renal e vascular periférica e acidente vascular cerebral, considerando um problema de saúde pública mundial (DATASUS, 2012).

Ao compararmos a zona metropolitana das capitais, observou-se que no ano de 2013 segundo levantamento, HAS referida na população de adultos das capitais brasileiras o percentual de hipertensos foi de 24,1% (Brasil, 2013) enquanto ao comparar o Brasil abrangendo zonas rurais e urbanas nota-se que mais de 30% da população corresponde a prevalência da HAS. Segundo dados mundiais, a elevação da HAS, torna-se progressiva de acordo com a idade, ambos os sexos e acomete 37,8% homens e 32% mulheres, segundo dados mundiais (BRANDÃO, 2010).

O indicador do impacto da hipertensão arterial, são os grandes índices de doença cerebrovascular e as taxas de mortes por acidente vascular cerebral relacionada com doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e a doença coronária (SAVIER,2008).

2.5 SINAIS E SINTOMAS

A HAS pode estar presente no indivíduo sem que apareça qualquer sintoma, tornando-se um indivíduo assintomático. Podendo variar de acordo com o organismo o quadro poderá se apresentar assintomático ou sintomática. Alguns dos sintomas mais comuns em pacientes hipertensos são cefaleia, sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea, vômito, epistaxe, escotomas, cintilantes, zumbidos, fadiga (OIGMAN, NEVES E GISMONDI, 2014 apud KANNEL, VASAN e LEVY, 2003)

2.6 DIAGNOSTICO

Segundo Nakamoto (2012) o diagnóstico de HAS pode ser identificado a partir de aferição dos níveis pressóricos em que quando constatado pelo menos três alterações em momentos diferentes. A aferição da pressão arterial (PA) deve ser realizada por profissional capacitado, com equipamento que ofereçam valores fidedignos para uma avaliação baseada em evidências concretas.

De acordo com o caderno ministério da saúde nº37 de hipertensão arterial sistêmica do ano de 2013 o diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg, verificado em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais de que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnostico de hipertensão. Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnostico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresses físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições após o diagnostico, é importante o profissional analisar os riscos cardiovasculares. O escore framingham é um método muito eficaz que avalia o risco de doença cardiovascular de

acordo com presença ou não de fatores de riscos. Esse método classifica cada indivíduo por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

- Baixo risco: Se apresentar apenas um fator de risco, ele terá menos de 10 % de chance de morrer por problemas cardiovasculares nos próximos dez anos.
- Risco intermediário: tem 10% a 20% de chances de acontecer problemas cardiovasculares nos próximos dez anos.

2.7 TRATAMENTO

Segundo o manual HIPERDIA (2013) a HAS deve ser tratada por multiprofissionais, com a finalidade da manutenção da saúde do paciente, prevenindo e reduzindo os riscos de doenças cardiovasculares, com isso, diminuindo a morbimortalidade e promover uma qualidade de vida dos indivíduos. O grande desafio da Atenção Básica é começar o tratamento dos casos diagnosticados e fazer o acompanhamento regular, informando a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

O tratamento da HAS tem como principal objetivo reduzir da morbidade e da mortalidade cardiovasculares por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Medidas não farmacológicas consistem em redução do peso corporal, dieta pobre em sódio (sal de cozinha) e balanceada, aumento da ingestão de frutas e verduras, redução de bebidas alcoólicas, adoção de exercícios físicos regularmente, cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados (SBC, 2007; BARRETO; SANTELLO, 2002).

Segundo o Brasil (2006) basicamente, há duas abordagens de tratamento para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo de pacientes portadores de HAS.

2.7.1 Principais Antihipertensivos

Os anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes (BRASIL, 2006):

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina.
- Bloqueadores dos canais de cálcio.

2.7.2 O uso de fitoterápicos e plantas medicinais

Fito = planta e Terapia = tratamento. A Fitoterapia é o método de tratamento medicamentoso utilizando plantas medicinais, de maneira não agressiva, pois estimula as defesas naturais do organismo (REZENDE, 2006).

A Organização Mundial da Saúde define planta medicinal como sendo “qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semi-sintéticos” (COSTA; MAYWORM, 2011).

Segundo Oliveira *et al*, (2007) a utilização de plantas como medidas de prevenção e/ou cura de moléstias é um hábito secular na história da humanidade. Para Costa (2011). É importante salientar, que o uso de plantas medicinais integra-se à história da Medicina e da Farmácia e revela-se nos dias de hoje, com a Fitoterapia ocupando lugar de destaque no arsenal terapêutico.

Alexandre, *et al* (2008) afirma sobre a importância de esclarecer que plantas medicinais e, por consequência, os medicamentos fitoterápicos são constituídos de misturas diversas de substâncias com princípios bioativos, denominados compostos secundários, que podem ser responsáveis por ações diversas. No medicamento fitoterápico, ao contrário do medicamento sintético, não há substância ativa isolada, o que dificulta informações acerca de sua ação farmacológica e biodisponibilidade.

Turolla e Nascimento (2006) ressaltam que as plantas medicinais tem um papel muito importante na medicina moderna. Pois podem fornecer fármacos importantes,

compostos que podem ser levemente modificados, tornando-os mais eficazes ou menos tóxicos e produtos naturais que podem ser utilizados como protótipos para obtenção de fármacos com atividades terapêuticas semelhantes a dos compostos originais.

O interesse da população pelas terapias naturais tem aumentado significativamente nos países industrializados, e acha-se em expansão o consumo de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (WHO, 2002).

Para Ferro (2006) a medicina popular, é de suma representatividade para o povo, pois revela um recurso terapêutico valioso, já que grande parte da população vive constantemente assolada por situações de baixa renda e abandono e, em muitos locais do Brasil, sem cuidados médicos científicos e sanitários adequados. Sabe-se que o uso de plantas com fins terapêuticos de curar doenças e sintomas se perpetuaram na história da civilização humana chegando até os dias atuais, sendo largamente utilizada por grande parte da população mundial como fonte terapêutica eficaz.

A procura por tratamentos alternativos ou aditivos a terapêutica farmacológica vem aumentando consideravelmente, e o uso de chás e plantas medicinais se torna cada vez mais frequente na tentativa de diminuir as complicações decorrentes da hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

2.8 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA HIPERDIA

A Enfermagem no âmbito nacional é uma profissão regulamentada a partir da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Suas normas e princípios fundamentam-se pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.(COFEN, 2007)

A consulta de enfermagem está instituída e deve ser garantido aos pacientes que são atendidos por meios do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como aos usuários do Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica conforme a Portaria nº 2.488/2011. (BRASIL, 2011)

Em enfermagem e a educação em saúde são instrumentos de fundamental importância para uma assistência de qualidade, pois o enfermeiro, além de exercer o papel de cuidador é também um educador/facilitador, tanto para o paciente quanto para a família e coletividade. Neste contexto a enfermagem tem papel fundamental no que tange a educação em saúde no grupo HIPERDIA (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

BRASIL (2006) ressalta sobre a importância da abordagem multiprofissional, pois é fundamental ao tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

Cabe ao enfermeiro do HIPERDIA conforme a portaria nº 2.488/2011

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

O Ministério da Saúde (2006) enfatiza no CAB nº 15, sobre a importância da equipe multidisciplinar no acompanhamento do portador de HÁS, cabendo aos mesmos ações como:

- Ações de caráter educativo com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco;
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa.

2.9 O PAPEL DA FAMÍLIA E SOCIEDADE NA PREVENÇÃO DE DCNT's

A SBC recomenda a adoção de medidas preventivas desde a infância, dentro de seus consensos e diretrizes, dentro do contexto familiar quanto a mudanças no estilo de vida, estabelecido por um controle adequado de peso, dieta saudável e balanceada

assim como a adoção da prática regular de exercícios, A partir disto a família junto com a sociedade tem uma grande influência na vida psicológica e emocional do hipertenso assim como suas escolhas no dia a dia.(SBC, 2015).

3.METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma análise documental e descritiva com abordagem quantitativa. No processo de pesquisa será utilizado como base: documentos originais, devido a localidade até o presente momento não possuir uma análise quantitativa de hipertensão no Município de Abaetetuba- Pará (PA). Foi utilizado, para análise, o total de 200 fichas dos usuários, cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), em uma unidade de saúde integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de Abaetetuba-Pa.

A pesquisa documental é parecida com a pesquisa bibliográfica. A diferença entre as duas está na natureza das fontes, as pesquisas documentais são materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Enquanto a pesquisa a bibliografia utiliza-se das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto (GIL, 2008).

Segundo Severino (2007), quando a ciência nasceu no início da era moderna o estudo buscou diretrizes que buscassem o acesso racional desta maneira o em que a forma de se expressa em medidas matemáticas. Por isso toda ciência se baseava em uma função matemática desta exprimindo uma relação quantitativa dos dados a serem analisados.

3.2 ABORDAGEM DA PESQUISA

3.2.1- Local

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende o programa HIPERDIA no Município de Abaetetuba-PA. Para levantar os dados desta pesquisa utilizamos os prontuários dos pacientes atendidos no programa HIPERDIA. O Município de Abaetetuba-PA fica localizado a mais ou menos 56 km da capital do estado do Pará, Belém. Este tem como base econômica o comércio, a pesca e a agropecuária, o município de Abaetetuba limita-se ao Norte pelo Rio Pará e pelo Município de Barcarena; a Leste pelo Município de Moju; ao Sul pelos Municípios de Igarapé-Miri e Moju e a Oeste pelos Municípios de Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru e Muaná. O Município se localiza em área de várzea de estuário, ecossistema que se

estende da foz do Xingu até a ilha do Marajó uma população de aproximadamente 141.100 habitantes (IBGE, 2010).

As informações obtidas foram colocadas em planilhas no Microsoft Excel 2010 para Windows seven, o resultado foi discutido a partir de coletas de dados sobre o índice de hipertensos identificando possíveis causa e relações entre elas do surgimento desta patologia.

3.2.2- Amostra

Foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde a coleta de 200 prontuários de pacientes hipertensos cadastrados que realizam acompanhamento e controle da HAS no programa HIPERDIA.

3.2.3- Período

A pesquisa foi realizada no período de uma semana do dia 31/10/16 a 04/11/16.

3.3 TECNICA DE COLETA DE DADOS

Para o levantamento utilizou-se os prontuários dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA conforme anexos (5, 6 e 7). A partir da análise foram preenchidos os questionários conforme apêndice (1) com perguntas fechadas de acordo com o objetivo do estudo.

3.3.1- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- pacientes cadastrados no programa hiperdia
- Idade entre 20 a 90 anos.
- Sexo feminino e masculino

3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para esta pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

- Idade abaixo de 20 anos.

3.4 ASPECTO ETICOS E LEGAIS

A pesquisa foi submetida a plataforma Brasil com o tema “análise do índice de hipertensão arterial sistêmica no município de Abaetetuba-PA “I sendo uma base de pesquisa unificada em todo território nacional em que será acompanhada a todas etapas com a folha de rosto da plataforma a qual esta anexada como anexo (1). Sendo este um sistema que propicia a busca de dados públicos e posteriormente será

avaliada pelo comitê de ética o qual é responsável pela avaliação dos projetos de pesquisa, devendo informar a comunidade quanto a sua função no controle social. Mediante a folha de rosto da plataforma foi solicitado junto a secretaria de saúde de Abaetetuba a autorização para coleta de dados em 1 unidade básica de saúde e 2 estratégias de saúde da família como consta em anexo (2)

Com base na legislação vigente a resolução 466/12 o ato de pesquisa é respaldado em legislação brasileira, tendo desta maneira direitos e obrigação junto a sociedade

II - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução adota as seguintes definições:

II.1 - achados da pesquisa - fatos ou informações encontrados pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes;

II.2 - assentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades...

II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa;

II.5 - consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar;....(BRASIL, 2012)

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram examinados 200 prontuários dividindo entre gêneros do sexo masculino e feminino, no período de uma semana no dia 31/10/16 a 04/11/16 em uma unidade básica de saúde no município de Abaetetuba-PA, onde através do questionário fechado preenchemos dados como nome, sexo, idade, zona.

No município alvo da pesquisa ao realizar análise dos prontuários dos usuários cadastrados, um dos parâmetros que serviu para quantificar foi o percentual com a classificação por gêneros entre homens e mulheres foi notória a de dados de estudo, verificamos que o número de hipertensos o aumento dos do sexo masculino é superior ao feminino sendo 52% do gênero masculino e 48% do gênero feminino.

Gráfico 1: Relação percentual de hipertensos entre gêneros.



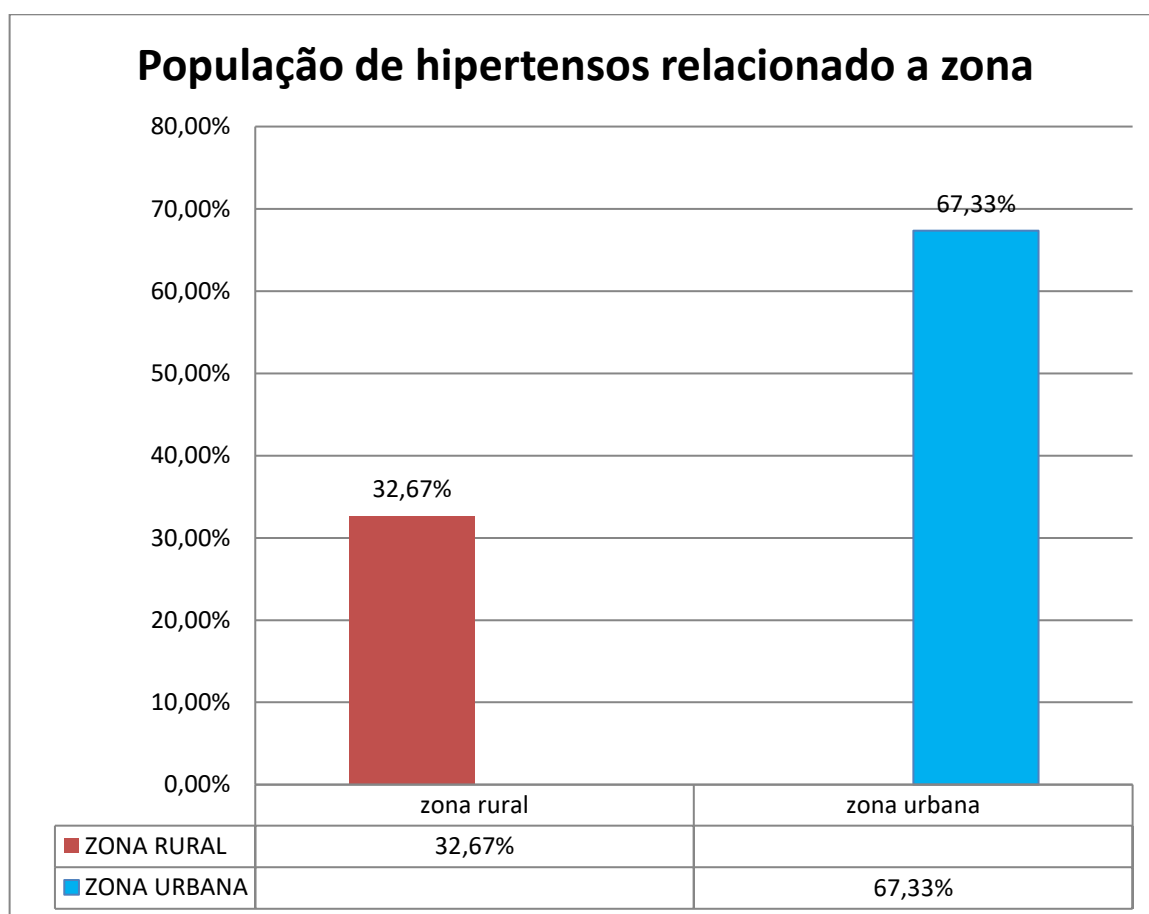
Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

Através da obtenção dos dados da pesquisa na unidade de saúde identificamos que o número de hipertensos do sexo masculino é superior o do feminino. No intuito

de analisar o índice de um gênero para o outro, foram coletados 200 prontuários e verificamos que 102 masculinos 98 femininos sendo uma diferença 2% percentual de um para outro.

Analísado a população por zonas rural e urbana constatou-se o que a população urbana é a que contém o maior número de pacientes hipertensos com cerca de 67,33% de hipertensos os quais através do sedentarismo pela ausência de atividades físicas, entretanto mesmo na população rural a qual realiza atividade física dia a dia em prejuízo a sua saúde longas jornadas de trabalho e maus hábitos alimentares desencadearam a HAS nessa população como na amostra cerca de 32,67% como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 2: Relação de zona de moradia dos hipertensos.

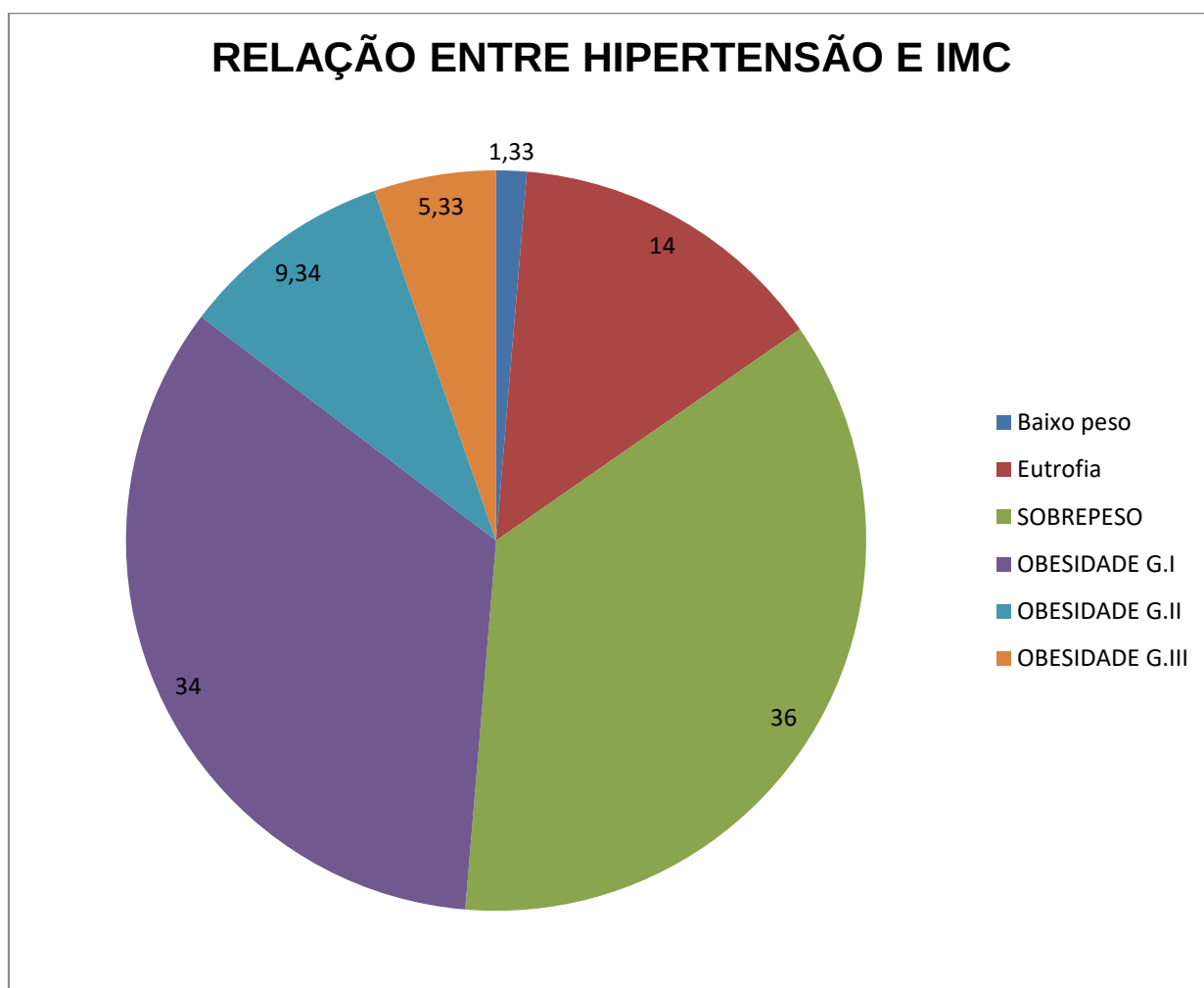


Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

De acordo com as diretrizes brasileiras de obesidade 2009 e 2010(2009) o índice de massa corporal pode ser dividido em 7 categorias: baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade grau I, obesidade grau II, obesidade graus III. avaliando se o

padrão nutricional do paciente com isso o resultado pode indicar grau de risco de doenças. A partir disto classificamos o IMC do total dos 200 usuários em que 1,33% estão baixo peso, 14% eutrofia, 36% sobre peso, 34% obesidade grau I, 9,34% obeso grau II, 5,33% obesidade grau III, como demonstra o gráfico a baixo.(BRASIL,2009)

Gráfico 3: Relação entre o índice de hipertensos e o IMC

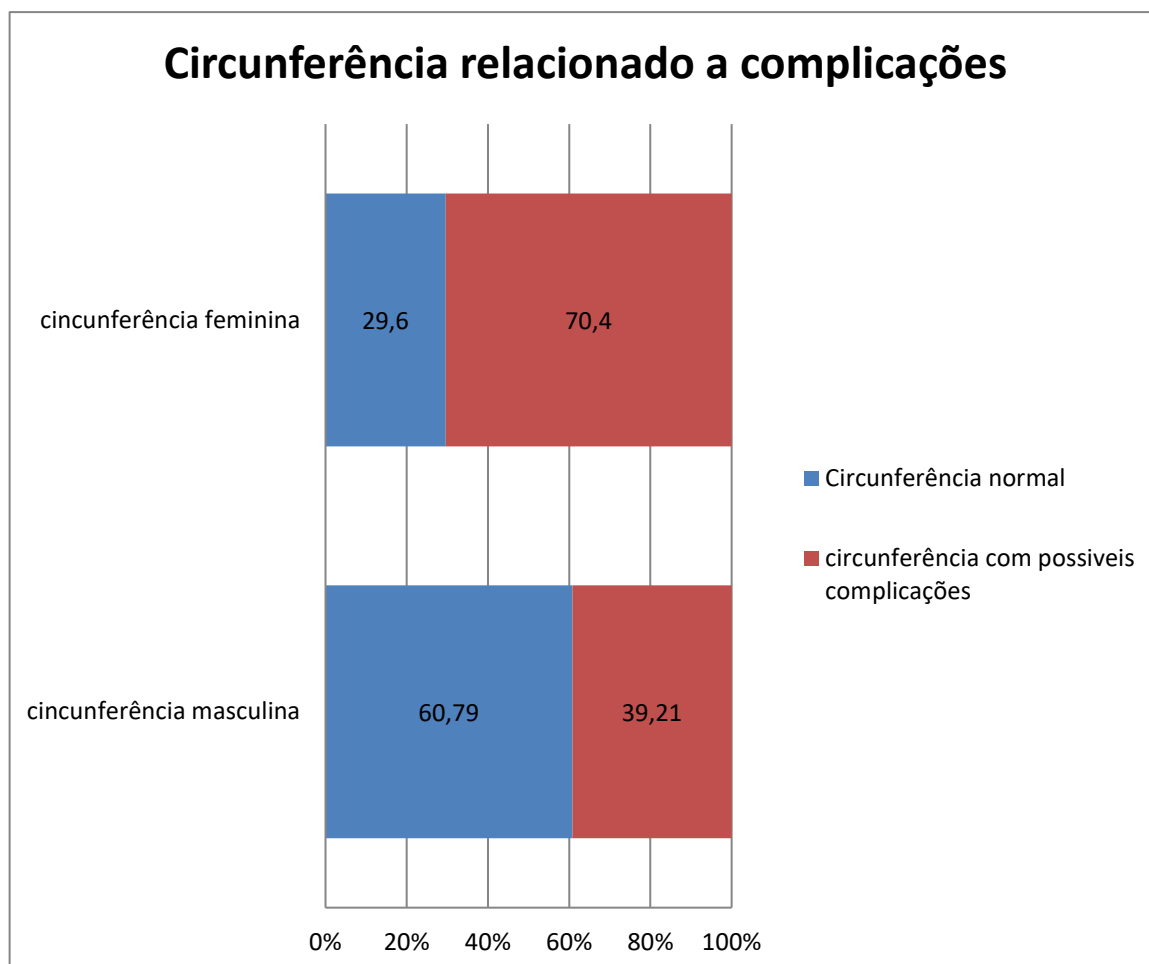


Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

Segundo o ministério da saúde (2011) a circunferência abdominal pode ser um indicador que afere a localização da gordura corporal. Este padrão de distribuição do tecido adiposo tem relação direta com o risco de morbi-mortalidade. Divididos por gênero entre masculino e feminino, sendo que entre o público feminino cadastrado como hipertenso foi constatado que 70,4% acima do normal que pode gerar morbidades e 29,6% com a circunferência normal. Ao contrário das usuárias femininas ao realizar análise masculina constatou-se que ocorre a inversão em que 60,79 dos

homens possuem a circunferência dentro dos padrões normais e 39,21% possuem a medida abdominal acima do normal que pode acabar gerando complicações patológicas (BRASIL, 2011).

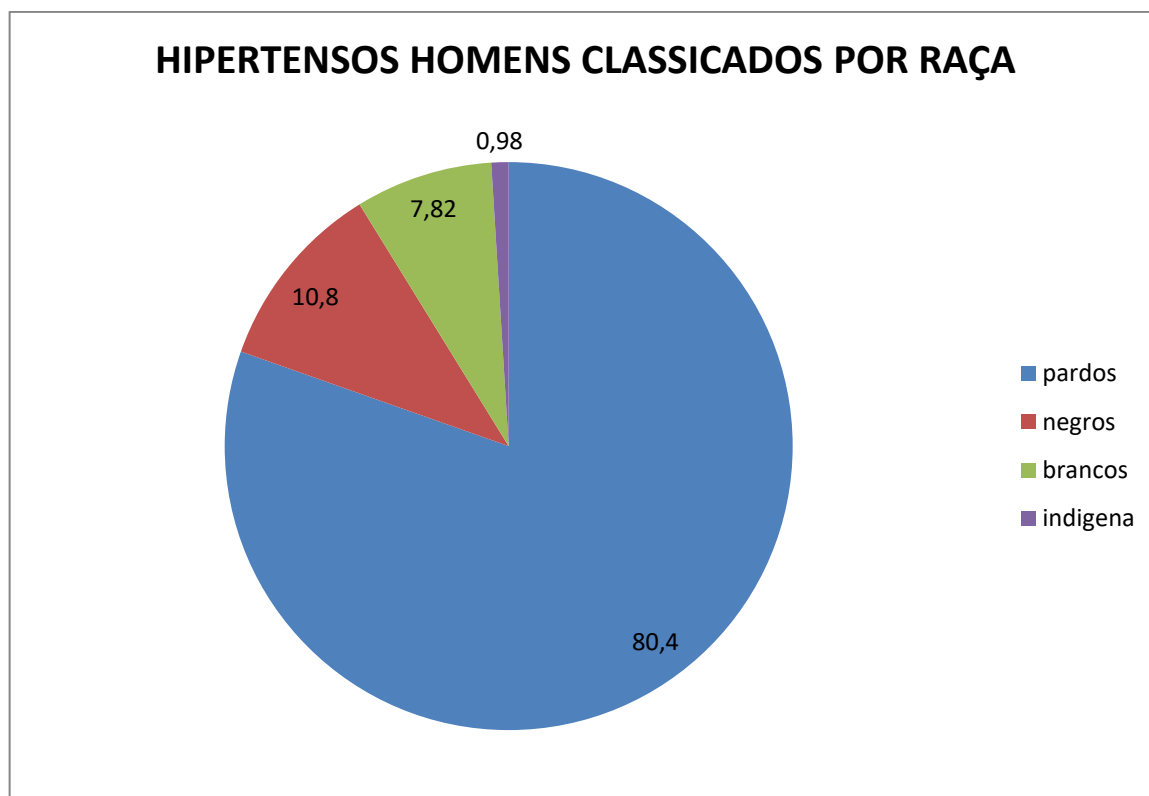
Gráfico 4: Relação de gêneros a partir da circunferência abdominal.



Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) subdivide a população por raças como afrodescendente, Indígena, Amarelo, Negro, Branco Preto, Pardo. Diante desta classificação por raça ficou evidente entre os homens a raça parda com 80,4% negros 10,8%, brancos 7,82% e indígenas 0,98 (IBGE, 2013).

Gráfico 5: Percentual de hipertensos classificados por raça.

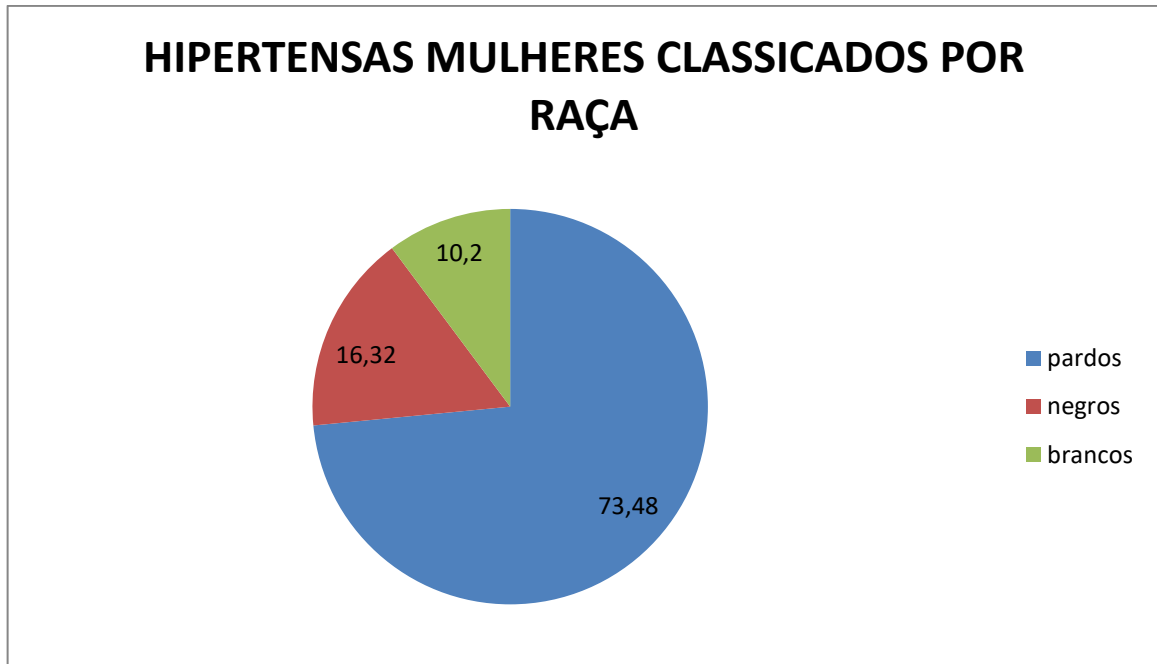


Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

Entre as mulheres os valores percentuais se aproximaram do público masculino sendo que o obtiveram pardos 73,48%, negros 16,32, brancos 10,2% não houve casos de públicos indígenas entre as mulheres. Sendo que a maior ocorrência em ambos gêneros foi da raça parda, seguida pela raça negra e subsequente mente raça branca.

A diversidade étnica no Brasil é ocorre devido a grande quantidade de miscigenação no período Brasil colônia, em que por meio de embarcações as quais traziam escravos e mercadores de diversas localidade do mundo, este que vinha em busca de matérias primas e especiaria da época. (Lopes, 2001)

Gráfico 6: Percentual de hipertensas mulheres classificadas por raça.



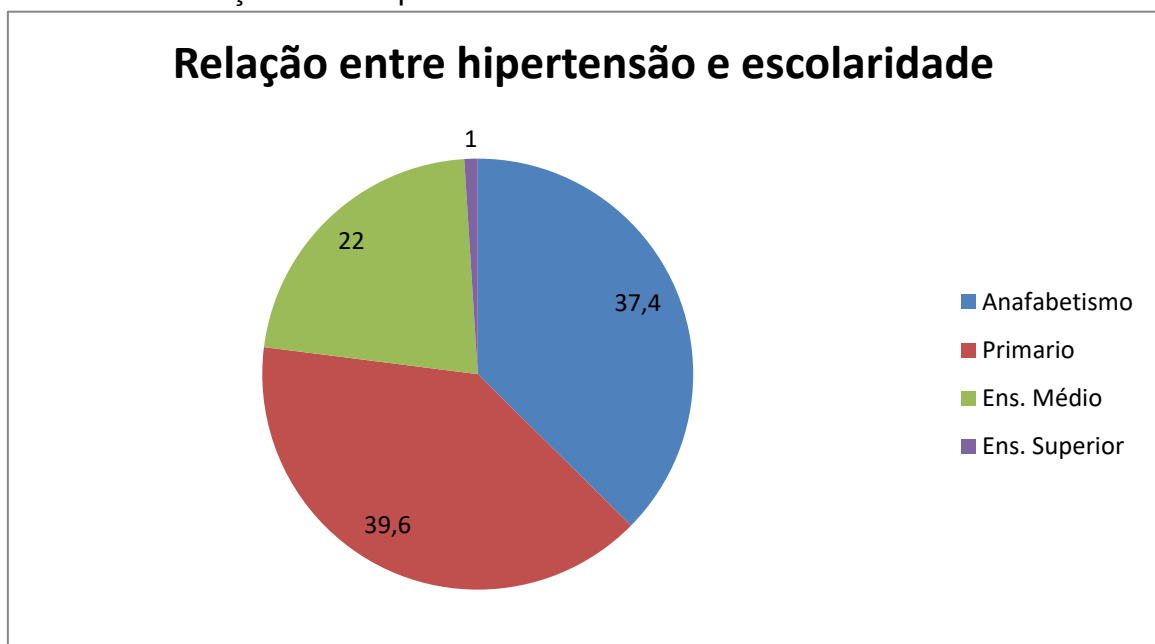
Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

Conforme o artigo 205 constituição federal de 1988:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (Brasil, 1988)

A partir disto um dos fatores que esta relacionado a hipertensão é a baixa escolaridade o que demonstra em quem 37,4% dos entrevistados eram analfabetas, 39,6% possuíam somente o primário, 22% possuíam o ensino médio e 1% era hipertensos . O que demostra o gráfico a seguir.

Gráfico 7: Relação entre hipertensão e escolaridade.



Fonte: Autores da Pesquisa, 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, ao analisarmos o índice de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde em Abaetetuba-PA foi observado: que esse índice desta unidade possui grande relevância na raça parda, um alto índice de baixo nível de escolaridade, onde a maioria mora na zona urbana. Ressaltamos a associação significativa entre a HAS com o IMC e a circunferência da cintura (CC). Cabe o incentivo a políticas públicas desenvolverem a promoção e educação em saúde para que essa população venha a ter o conhecimento sobre risco de IMC e CC elevados assim como; um melhor prognóstico e controle regular da PA. Baseado nos resultados neste trabalho faz-se necessário a continuação deste estudo, com a ampliação da amostra, para as demais UBS do município. Os recursos públicos são gastos por conta de tratamentos medicamentosos, entretanto uma forma correta e ideal para melhoria na saúde das futuras gerações seria os incentivos ações educacionais assim como políticas públicas voltadas a prevenção da HAS, pois prevenção é a melhor forma de preservação da vida.

REFERÊNCIAS

- 1- ALEXANDRE, R.F. et al. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. v. 18, 1:117-136. 2008.
- 2- AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil *Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR – Brasil* (2010)
- 3- ARAÚJO CGS. Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial. Uma breve introdução. *Revista Hipertensão*, 2010;4.
- 4- ASSIS, L. C; SIMÕES, M. O .S; CALVANTI, A.L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil:
- 5- AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens** vol. 21(2):75-82, 2014.
- 6- BARBOSA, R.G. B; LIMA. N. K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertensão* vol.13(1): 35-38, 2006.
- 7- BARRETTO, ACP; SANTELLO, JL. **Manual de hipertensão: entre a evidência e a prática clínica**. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
- 8- BRANDÃO, A. A. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* vol.32.São Paulo Set. 2010.
- 9- BRASIL, Ministério da Saúde. SISHIPERDIA – Sistema de gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Departamento de informática do SUS - Brasília 2008. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em 10 outubro de 2016.
- 10- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 11- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- 12- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2011. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- 13- _____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Atlas do Censo Demográfico**, Brasília 2010.

- 14-_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Características Étnico-raciais da População Classificações e identidades VOL.2.2013.
- 15-_____. Ministério da saúde. **Caderno de atenção Básica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da saúde, 2013.
- 16-_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde** : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- 17-_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde, **Caderno de atenção básica nº15**. – Brasília : 2006.
- 18-_____. resolução 466/12- Brasília 2012.
- 19-_____. DATASUS – consulta nos dias 23, 29 de maio de 2016
- 20-_____. Portaria nº 2.488/2011- Brasília. 2011.
- 21-_____. **LEI Nº 7.498 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Disponível em: www.cofen.gov.br/lei-n-7.49886-b-25-b-junho-d-1986_4161.html. Acessado em: 18/07/2014.
- 22-CARVALHO, C. J. de. *et al.* **Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente**. Artigo Original. Medicina (Ribeirão Preto) 2016;49(2): 124-133
- 23-CHAVAGLIA, A. F.; SILVA, C. A. **ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**. Belém-Pa. 2010
- 24-COSNTANZI, C.B., *et al.* Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do Sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pediatria**, v.85, n.4, p.535-40, 2009. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572009000400011&script=sci_ar_ttext. Acessado em: 10/10/2016.
- 25-COSTA, VP; MAYWORM, MAS. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema- MG. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.13, n.3, p.282-292, 2011.
- 26-Coitinho DC, Leão MM. **Condições Nutricionais da População Brasileira: adultos e idosos**. Brasília, Ministerio da Saude, 2001.
- 27-COLOMBO F.C et al. Hipertensao Arterial na mulher. Cardiologia. Livro texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo. Ed.,p. 628-30, 2011
- 28-FERREIRA, C,; *et al.* **Benefícios do exercício físico na Hipertensão Arterial**. 4º Congresso Virtual de Cardiologia – Set, 2005.

- 29- FERRO, D. **Fitoterapia**: conceitos clínicos. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- 30-FUSH, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Duncan, B. B.; Schimidt, M. I.; Giugliani, E. R.J, *et al.* Medicina Ambulatorial. Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidência. Porto Alegre: Artmed; 2004
- 31-GIORGI, D. M A. E Colaboradores. Diretrizes brasileiras de hipertensão VI.**Rev hipertensão**, ano 13,vol 13 e num 1. São Paulo, 2010.
- 32-GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 33-GOTTLIEB,M.G.V; et al. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 3, jul./set. 2005
- 34-GOULART, F.A. A.- **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília-DF 2011
- 35-GUS, et al. **Prevalencia, reconhecimento e controle da hipertensão arterial no Rio Grande do Sul**. Arq. Bras. Cardiol. V. 83, n. 5, p. 424-8, 2004.
- 36-KANNEL, W.B.; VASAN, R. & LEVY, D. — **Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values?** *Hypertension*, 42(4): 453-6, 2003.
- 37-KUMAR,V. et al. **Robbins Patologia Básica**. Tradução Adriana Pittella Sudré. 8ª. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- 38-KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.83, n. 4, 2007. Disponível:http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034891020090500059&script=sci_ Acessado em 10 de outubro de 2016.
- 39-LOPES.L.R.**Historia do Brasil colônia**.5 ed. Porto alegre. Novo século, 2001.
- 40-MARCINI, M.Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.
- 41-MOREIRA, T. M. M; GOMES, E. B; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. **rev de .Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):662-9.
- 42-NAKAMOTO. A. Y. K. **Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica**. Grupo Moreira filho, São Paulo. 2012.
- 43-NETTER, Frank H. . **atlas de anatomia humana** / Frank H. Netter ; [tradutores Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2011.
- 44-NETTINA, S. M. Prática de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

- 45-OIGMAN,W ; NEVES, M. F; Gismondi, R. A. O. C. **Como Diagnosticar e Tratar:Hipertensão arterial sistêmica.** Revista Brasileira Medicina. Jan/Fev 15 V 72 N 1/2.2015. P 5-17.
- 46-OLIVEIRA,A.S et al. **Substituição do milho por casca de café ou de soja em dietas para vacas leiteiras: consumo, digestibilidade dos nutrientes, produção e composição do leite.** R. Bras. Zootec. v.36 n.4 supl.0 Viçosa jul./ago. 2007
- 47-PAPALIA DE, OLDS SW, FELDMAN RD. **Desenvolvimento humano.** 10ª ed. São Paulo: Artmed; 2009.
- 48-PASSOS ET AL. Hipertenssão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Belo Horizonte(MG) 2006 15(1) : 35 - 45].
- 49-PÉRES, D.S; MAGNA, J.M; VIANA, L.A. Portador de Hipertensão Arterial: Atitudes, Crenças, Percepções, Pensamentos e Práticas. **Revista de Saúde Pública,** v.37, n.5, p.635-42, 2003. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>. Acesso: 10 de outubro de 2016
- 50-REVELES, A.G.; TAKAHASHI, R.T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. Revista da Escola de Enfermagem – USP. v.41, n.2, p.245-50, 2007.
- 51-**Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2012;14(2):65-70. Disponível em:< <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/4189/3313>> Acesso em 05/04/16 às 18:33.
- 52-REZENDE, A. **O Poder das Ervas: Vida Natural.** São Paulo: Ibrasa, 2006. 392p.
- 53-ROSÁRIO T.M, SCALAL, L.C.N.S. **Prevalência, controle e tratamento da Hipertensão arterial sistêmica.** Arq. Bras. 2009.
- 54-SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia;. **VI Diretrizes de Hipertensão.** Arq. Bras. Cardiol. , p.951-51, 2010.
- 55-SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia;SBC notícias: 24,3% da população tem hipertensão arterial , segundo pesquisa do **Ministério da Saúde.** 2015
- 56-TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. **Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público.**
- 57-**Revista Brasileira de Clínica Médica,** v.8, n.6, p.486-9, 2010.
- 58-TUROLLA, MSR; NASCIMENTO, E.S. Informações toxicológicas de alguns fitoterápicos utilizados no Brasil. **RBCF - Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** v. 42, n. 2, abr./jun., 2006
- 59-WHO 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.

- 60-WEISSHEIMER, F. L. **Incidência de Hipertensão Arterial em uma Capital Brasileira:** Estudo de Base Populacional.f 26 Dissertação de Pós-Graduação. Cuiabá.2011

APÊNDICE 1- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ANÁLISE DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA HIPERDIA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE ABAETETUBA-PA.

1-Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo: () M () F

2- Escolaridade ()

- 01-Analfabeto
- 02-Saber ler e escrever
- 03-Ensino Fundamental incompleto
- 04-Ensino Fundamental completo
- 05-Ensino Médio incompleto
- 06- Ensino Médio completo
- 07-Superior incompleto
- 08-Superior completo

3- Cor ou raça ()

- 1-branca
- 2-preta
- 3- parda/mulato
- 4-amarelo
- 5-indigena

6-Estado civil ()

- 1-casado ou união estável
- 2-solteiro
- 3-separado
- 4-viuvo

7- Cidade onde nasceu?:

R: _____

8- Reside em: ()

- 1- Zona Urbana
2- Zona Rural

Medidas Antropométricas do Paciente
9- Altura:
10- Peso:
10-IMC:
11- Diâmetro de Cintura:

12-FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES	SIM	NÃO
Antecedentes Familiares – cardiovasculares		
Diabetes 1		
Diabetes 2		
Tabagismo		
Sedentarismo		
Sobrepeso / Obesidade		
Hipertensão Arterial		
13- PRESENÇA DE COMPLICAÇÕES	SIM	NÃO
Infarto Agudo Miocárdio		
Outras coronariopatias		
AVC		
Pé Diabético		
Amputação por Diabetes		
Doença Renal		
Outros()		

14-Faz uso de medicações? Quais

1-sim () 2-não ()

15. Caso sim, quais remédios:	SIM	NÃO
Hidroclorotiazida 25 mg		
Propranolol 40 mg		
Captopril 25 mg		
Glibenclamida 5 mg		
Metformina 850 mg		
Outro()		

ANEXO 1

FOLHA DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
ANÁLISE DO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE ABAETUBA-PA

2. Número de Participantes da Pesquisa: 100

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
Grande Área 4: Ciências da Saúde

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
MILENA SILVA DOS SANTOS

6. CPF:
819.591.092-00

7. Endereço (Rua, n.º):
WE-82 CIDADE NOVA ANANINDEUA PARA 67140230

8. Nacionalidade:
BRASILEIRO

9. Telefone:
(91) 8174-1151

10. Outro Telefone:

11. Email:
milena_enfa@yahoo.com.br

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 15 / 09 / 16

Milena C. Santos
Enfermeira
COREN-PA 001.986

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:
ASSOCIAÇÃO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-ASSUPERO

13. CNPJ:
06.099.228/0001-01

14. Unidade/Orgão:

15. Telefone:
(11) 5585-4000

16. Outro Telefone:

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Eliane da C. Lobato da Silva CPF: 579620602-44

Cargo/Função: Coordenadora de Enfermagem / FAREN

Data: 15 / 09 / 16

Eliane Lobato
Coordenadora de Enfermagem
Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SESMAE
Protocolado em 26 / 09 / 2016
Ana Karina Barreto

ANEXO 2

SOLICITAÇÃO DE PESQUISA



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CAMPUS VILETA

Ofício 03/2016

Solicitação de realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família do Município de Abaetetuba-PA.

À Secretaria de Saúde de Abaetetuba-PA

Prezados Senhores,

Eu **Milena Silva dos Santos**, docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Paraense de Ensino, estou desenvolvendo um projeto de conclusão de curso sobre: **Análise do índice de hipertensão arterial sistêmica no Município de Abaetetuba-PA**, em conjunto com os discentes e orientandos: Edilson Da Silva Cardoso Junior, Maria Doraciléia Martins Dos Passos e Thais Larissa Gonçalves Da Silva.

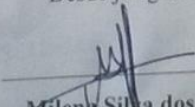
Sendo assim, solicito a vossa contribuição com o estudo na autorização da realização do mesmo com a observação dos prontuários dos pacientes atendidos no programa HIPERDIA das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família do Município de Abaetetuba-PA. Sua colaboração é de fundamental importância para o desenvolvimento e construção da pesquisa.

Vossa Senhoria poderá solicitar esclarecimentos se necessário for e também optar por não aceitar esta pesquisa. Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 466/12 do CNS. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.º no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço dos Graduandos e dos Professores da instituição.

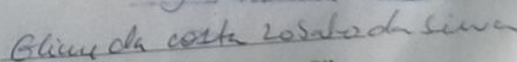
Segue a cópia da folha de rosto da Plataforma Brasil para Encaminhamento ao Comitê de Ética e o Projeto em Anexo.

Desde já agradecemos a sua colaboração.



Milena Silva dos Santos
Professora / Orientadora

Milena S. San
Enfermeira
COREN-PA 001.91



Eliane da Costa Lobato da Silva
Coordenadora de Enfermagem /FAPEN

Eliane Lobato
Coordenadora do Curso
de Enfermagem-FAPEN

SECRETARIA MUNICIPAL DE C.E.P.
SESABAS

Recebido em 26.09.2016

Dr. Kauê Brandão

ANEXO 3 – TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR



BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: Análise do índice de hipertensão arterial sistêmica no município de Abaetetuba / PA

ORIENTADOR(A): Milena Silva dos Santos

PESQUISADORES: Thais Silva / Edilson Junior / Maria Doracileia Passos

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na execução deste projeto.

Maria Doracileia M. dos Passos
Nome do aluno

Pesquisador

Thais Marissa G. da Silva
Nome do aluno

Pesquisador

Edilson da S. Cardoso Junior

Nome do aluno
Pesquisador

[Assinatura]
Nome do orientador
Orientador/Pesquisador

ANEXO 4-TERMO DE ACEITE ORIENTADOR



BACHARELADO EM ENFERMAGEM

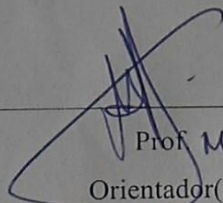
TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, professor (a) Milena Silva dos Santos,
do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino, declaro
aceitar orientar o trabalho intitulado
"Análise do índice de hipertensão arterial no",
de município de Abaetetuba, PA.
de autoria dos(as) alunos (as)

Thaís Silva, Edilson Junior, Maria Rosalinda Passos.

Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e Conselho Nacional de Saúde - CNS Resolução Nº466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação do projeto e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém-PA, ____ de ____ de 20__.


 Prof. Milena Santos
 Orientador(a)

Contato telefone do orientador:
E-mail do Orientador:

ANEXO 5 **FICHA CADASTRO DE HIPERTENSO E DIABÉTICO FRENTE 1ª VIA**



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

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

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

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

ANEXO 6

FICHA CADASTRO DE HIPERTENSO E DIABÉTICO FRENTE 2ª VIA



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

2.ª Via: Arquivar no Prontuário
 (Verso impresso apenas nessa via)
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)			Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário																																																																		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)																																																																							
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento / /		Sexo ☐ M ☐ F																																																																	
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai																																																																				
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /																																																																		
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)		Nº Cartão SUS																																																																		
DOCUMENTOS GERAIS																																																																							
Título de Eleitor	Número		Zona	Série																																																																			
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /																																																																		
CPF	Número		PIS/PASEP	Número																																																																			
DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)																																																																							
Identidade	Número		Complemento	Orgão (TV)	UF	Data de Emissão / /																																																																	
	Tipo		Nome do Cartório			Livro																																																																	
	Folha		Termo			Data de Emissão / /																																																																	
ENDEREÇO (*)																																																																							
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento																																																																		
Bairro	CEP		DDD	Telefone																																																																			
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE																																																																							
Pressão Arterial Sistólica (*)		Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)		Peso (kg) (*)																																																																	
Altura (cm) (*)		Glicemia Capilar (mg/dl)		☐ Em jejum ☐ Pós prandial																																																																			
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		Não																																																																	
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio																																																																			
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias																																																																			
Diabetes Tipo 2				AVC																																																																			
Tabagismo				Pé diabético																																																																			
Sedentarismo				Amputação por diabetes																																																																			
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal																																																																			
Hipertensão Arterial																																																																							
TRATAMENTO																																																																							
Não Medicamentoso: ☐																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="8">Medicamentoso</th> <th rowspan="3">Unidades/dia</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Tipo</th> <th colspan="7">Comprimidos/dia</th> </tr> <tr> <th>1/2</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>6</th> <th>8</th> </tr> <tr> <td>Hidroclorotiazida 25mg</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="5">Insulina</td> </tr> <tr> <td>Propranolol 40mg</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Captopril 25mg</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Glibenclâmida 5mg</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Metformina 850 mg</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							Medicamentoso								Unidades/dia	Tipo	Comprimidos/dia							1/2	1	2	3	4	6	8	Hidroclorotiazida 25mg								Insulina	Propranolol 40mg								Captopril 25mg								Glibenclâmida 5mg								Metformina 850 mg							
Medicamentoso								Unidades/dia																																																															
Tipo	Comprimidos/dia																																																																						
	1/2	1	2	3	4	6	8																																																																
Hidroclorotiazida 25mg								Insulina																																																															
Propranolol 40mg																																																																							
Captopril 25mg																																																																							
Glibenclâmida 5mg																																																																							
Metformina 850 mg																																																																							
Outros ☐ SIM ☐ NÃO																																																																							
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)																																																																					

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

ANEXO 7

FICHA CADASTRO DE HIPERTENSO E DIABÉTICO VERSO

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação bruta etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	$\geq 40,0$	Muito grave

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro