

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

EDUARDO HENRIQUE PEREIRA SANDIM



**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS HIPERTENSOS
CADASTRADOS NO HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ - MS**

**CAMPO GRANDE
2015**

EDUARDO HENRIQUE PEREIRA SANDIM

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ - MS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde de Família como requisito para obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Rosângela da Costa Lima e coorientação da Prof. Dra. Marisa Dias Rolan Loureiro.

**CAMPO GRANDE
2015**

EDUARDO HENRIQUE PEREIRA SANDIM

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS
NO HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ - MS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso de Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Rosangela da Costa Lima e coorientação da Prof. Dra. Marisa Dias Rolan Loureiro.

A banca examinadora examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito_____.

Campo Grande, de de 2015

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Prof. Dra. Rosangela da Costa Lima – Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD

Prof. Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Prof. Dra. Maria Gorette dos Reis – Universidade Federal de Mato Grosso de Sul – UFMS

Prof. Dra. Patricia Moita Garcia Kawakame – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Dedico este trabalho, ao único digno de receber toda a honra e glória, àquele que me deu o dom da vida e a vida eterna por meio de sua maravilhosa graça. Obrigado meu DEUS e PAI, pois a inteligência, as boas oportunidades, e todas as chances foram dadas por ti no tempo e hora certa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por tudo de maravilhoso que ele me proporcionou e tem proporcionado.

Quero especialmente me lembrar aqui com carinho, de cada docente que esteve comigo neste processo de aprendizado, da cada aula, de cada encontro realizado quinzenalmente, quanta expectativa no primeiro dia, quanta euforia, que alegria estar vivendo aquele momento junto com os novos colegas de caminhada, mal sabíamos nós que iríamos aprender tanto e crescer também, não só como profissionais e pesquisadores, mas também como seres humanos em busca de fazer o nosso melhor por aquilo que acreditamos, estas palavras são para dizer obrigado João, Karine, Flávia, Michele, Léia, Lucimara, Leika, Rubiana, Jacinta, Patrícia, Ana Cristina, Luciane, e Rose.

À minha orientadora Prof. Rosângela e coorientadora Prof. Marisa, que me conduziram nesta caminhada árdua e tão prazerosa, lembrando-me também dos (as) membros da banca, fundamentais para a qualidade do trabalho, aos de formação como a prof. Luiza, prof. Vera, prof. Mara, prof. Adriane, prof. Sonia, prof. Sandra, prof. Maurício, prof. Celina, prof. Alessandro, prof. Hamilton, prof. Maria Cristina, prof. Edgar, prof. Rui e todos os que contribuíram para minha formação como mestre.

À minha esposa Edilaine, por ser uma mulher tão especial, pelo incentivo e força durante essa caminhada, pelo carinho, cuidado e paciência e por saber lidar com as minhas ausências.

À minha filha Luiza por ser uma motivação especial para lutar e vencer. Agradeço

À minha mãe, que esteve comigo em meu primeiro dia de aula, além de me proporcionar muitas estadias em sua casa em Campo Grande me apoiando até o final deste curso, ao meu pai pela atenção e preocupação e também a sua esposa, ao meu padrasto, que sempre esteve disposto a me atender.

À minha avó, que sempre me apoiou em todos os momentos importantes de minha vida, assim como meu avô, também mestre e professor, sendo sempre uma referência para meu crescimento profissional e intelectual.

À minha irmã Renata por sempre me valorizar e reconhecer o meu potencial, aos meus irmãos Gabriel e Guilherme, pessoas especiais para mim.

À minha sogra, pelo apoio e contribuição neste momento tão especial de minha vida e ao meu sogro por estar dando forças sempre que necessário.

Enfim a todos de minha família, tios, tias, e primos, lembrando-me especialmente do meu primo Carlos, um grande mestre e amigo, sempre um apoio importante para mim.

Aos meus chefes, que me liberaram e sempre me apoiaram para que eu pudesse estar em todas as aulas, cursos e congressos inerentes ao meu processo de formação profissional.

Muito obrigado...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica
ACS: Agentes Comunitários de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
AVE: Acidente Vascular Encefálico
CC: Circunferência da Cintura
CONASS: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
DAC: Doença Arterial Coronariana
DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV: Doenças Cardiovasculares
DM: Diabetes Mellitus
ESF: Estratégia Saúde da Família
E-SUS AB: Sistema Único de Saúde Eletrônico da Atenção Básica
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA: Programa de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
IAM: Infarto Agudo do Miocárdio
IMC: Índice de Massa Corpórea
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
PA: Pressão Arterial
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD: Pressão Arterial Diastólica
PAS: Pressão Arterial Sistólica
PD: Pressão Diastólica
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PS: Pressão Sistólica
SISHIPERDIA: Sistema de Informação do Programa de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
SUS: Sistema Único de Saúde

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença que apresenta importante impacto comprometendo a qualidade de vida da população, além de elevar os custos para o sistema público de saúde brasileiro. Os objetivos desta pesquisa foram caracterizar os usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do município de Itaquiraí, estado do Mato Grosso do Sul, verificar a completude das informações contidas na ficha do Hiperdia estudado, conhecer a prevalência de hipertensão em usuários cadastrados no Hiperdia e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a pressão arterial. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo. Foram analisadas informações de 719 fichas de cadastro do Hiperdia de quatro unidades de Estratégia Saúde da Família rurais e uma urbana do município estudado, no período de 2000 a 2013. Quanto à completude aproximadamente 100% das fichas apresentaram informações sobre idade (98%) e sexo (98,6%). As variáveis raça/cor (58,7%), escolaridade (57,7%), situação familiar conjugal (50,6%). Sobre as variáveis de saúde antecedentes familiares cardiovasculares tinha 92,4%, doença renal crônica (90,7%), diabetes mellitus tipo 1 (88,8%), diabetes mellitus tipo 2 e acidente vascular cerebral (91,0%), infarto agudo do miocárdio (88,9%), outras coronariopatias (87,8%), sobrepeso e obesidade e sedentarismo (88,6%), tabagismo (88,3%). A pressão arterial elevada esteve presente em 64,0% dos indivíduos. Predominou a faixa etária entre 55 a 70 anos (44,1%) e cerca de 30% dos usuários possuíam idade inferior a 55 anos, eram do sexo feminino (64,5%), da raça/cor branca (51,2%), tinham baixa escolaridade – não sabendo ler/escrever (34,7%) e alfabetizados (40,7%) e conviviam com companheira (o) e filho (s) (58,0%). Sobrepeso e obesidade foi registrado em 31,7% das fichas, sedentarismo em 29,2% e tabagismo em 19,4%. Menos de 10% dos hipertensos apresentaram outras morbidades. As características avaliadas não estiveram estatisticamente associadas com a pressão arterial elevada, demonstrado-se também neste estudo a importância da organização da atenção à HAS a nível municipal, tornando-se uma ferramenta de contribuição para os gestores e profissionais envolvidos na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Epidemiologia. Hipertensão. Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic hypertension is a disease with significant impact affecting the population's quality of life, in addition to increasing the costs to the public system of Brazilian health. The objectives of this research were registered in hypertensive patients Hiperdia County program Itaquiraí, Mato Grosso do Sul state, verify the completeness of the information contained in the record Hiperdia studied to determine the prevalence of hypertension in registered users in HIPERDIA and analyze association between sociodemographic variables and blood pressure. This is a descriptive, quantitative study. We analyzed information from 719 Hiperdia the registration forms four Health Strategy units of the rural family and an urban city studied, from 2000 to 2013. For completeness approximately 100% of the chips had old information (98%) and patients (98.6%). The variables race / color (58.7%), education (57.7%), marital family situation (50.6%). On health variables cardiovascular family history was 92.4%, chronic kidney disease (90.7%), diabetes mellitus type 1 (88.8%), type 2 diabetes mellitus and stroke (91.0%), acute myocardial infarction (88.9%), other coronary heart disease (87.8%), overweight and obesity and physical inactivity (88.6%), smoking (88.3%). High blood pressure was present in 64.0% of subjects. The predominant age group between 55-70 years (44.1%) and about 30% of users were older than 55 years, were female (64.5%), race / white (51.2%), had low educational level - not knowing how to read / write (34.7%) and literate (40.7%) and lived with companion (o) and child (ren) (58.0%). Overweight and obesity was recorded in 31.7% of the chips, inactivity in 29.2% and smoking in 19.4%. Less than 10% of hypertensive patients had other diseases. The characteristics evaluated were not statistically associated with high blood pressure, also shown in this study the importance of the organization of care for hypertension at the municipal level, making it a contribution tool for managers and professionals involved in the Family Health Strategy.

Key words: Epidemiology. Hypertension. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	12
2.2 Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)	14
2.3 Programa Hipertensão e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	16
2.4 Fatores de risco para HAS	19
2.4.1 Obesidade, tabagismo e atividade física	19
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Geral.....	23
3.2 Específicos	23
4 MATERIAL E MÉTODO.....	24
4.1 Delineamento.....	24
4.2 Local do estudo.....	24
4.3 População	24
4.4 Operacionalização e procedimento de coleta de dados	24
4.5 Variáveis.....	25
4.5.1 Variáveis sociodemográficas	25
4.5.2 Variáveis relacionadas à saúde (comorbidades e hábitos de vida)	25
4.6 Processamento a análise dos dados	26
4.7 Aspectos éticos e legais	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO.....	30
7 RECOMENDAÇÃO	37
8 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A	44
ANEXO A	45

ANEXO B	46
---------------	----

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se como importante fator de risco no contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estima-se que em nível global a HAS atinja um bilhão de indivíduos, produzindo em torno de 7,1 milhões de mortes ao ano mundialmente. Na Alemanha 55% dos adultos são acometidos por esta doença, caracterizando-se como o país de maior prevalência do continente europeu, seguindo após a Espanha com 40% e posteriormente a Itália representando 38%, considerando-se neste contexto somente a população maior de 18 anos de idade (BRASIL, 2013).

A prevalência de HAS no Brasil varia entre 22% a 44%, atingindo em média 32% dos indivíduos. Pessoas com 60 a 69 anos têm apresentado taxas acima de 50%, e aqueles com mais de 70 anos 75% de acometimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS está vinculada a diversos hábitos cotidianos como os alimentares, sedentarismo e estresse até àqueles mais difíceis de ser enfrentados, ou seja, os culturais que muitas vezes não permitem o reconhecimento, a magnitude e as implicações da doença. Esta têm caráter silencioso em diversas ocasiões propiciando o desconhecimento do fator de risco/doença, que pode desencadear inúmeros problemas, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE).

Mediante este contexto, vislumbram-se importantes desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, especialmente os inseridos na atenção básica e mais precisamente os que estão atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF), que confrontam diariamente diferentes realidades, hábitos culturais e costumes do cotidiano associados ao hipertenso, e a forma de organização do serviço que exige uma atuação mais eficaz.

Este é apenas um ponto deste universo, deve-se levar em consideração a prática dos profissionais e as necessidades de mudanças do processo de trabalho desta estratégia tão bem intencionada. Pode-se dizer então que os desafios são muitos, mas também que não faltam ferramentas para defrontá-los, buscando soluções mais adequadas, por meio do conhecimento das melhores propostas, tendo em vista a iminente transformação que precisa ocorrer no que tange a assistência às pessoas acometidas pela HAS.

Contiero *et al.*, (2009) ressaltam que a HAS constitui-se como doença crônico-degenerativa de base multifatorial apresentando-se com altos índices na população brasileira, tornando-se um importante fator de risco para as disfunções

cardiocerebrovasculares. Portanto ao pensar na assistência aos indivíduos acometidos por esta doença é necessária uma reflexão e a prática consciente, pois suas implicações trazem impacto para o sistema público de saúde e qualidade de vida dos hipertensos.

Tendo em vista a relevância do assunto, a elaboração de estudos referentes à caracterização epidemiológica destes indivíduos, bem como os fatores participantes da HAS e a maneira pela qual o problema tem sido abordado torna-se fundamental. É necessário conhecer como está a atenção ao hipertenso, partindo do princípio de que no ano 2002 foi instituído o Programa de Reorganização da Atenção ao Portador de HAS e Diabetes *mellitus* (DM) denominado Hiperdia, já se entendendo a necessidade da reelaboração das ações de promoção e prevenção no contexto destas doenças e seus possíveis desfechos.

São objetivos deste estudo caracterizar os hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia do município de Itaquiraí, estado do Mato Grosso do Sul (MS), verificando além da completude das informações contidas na ficha do Hiperdia, a prevalência de hipertensão em usuários cadastrados neste programa, buscando-se analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a PA.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por finalidade reorganizar a Atenção Básica (AB) brasileira, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma forma de ampliação, qualificação e fortalecimento da mesma no intuito de facilitar o processo de transformação do trabalho potencializando as diretrizes, princípios e os próprios fundamentos desta atenção, o que favorece a expansão e maior resolutividade, promovendo mudanças na atual situação de saúde dos indivíduos e grupos populacionais, além de proporcionar mais impacto na relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Destaca-se como característica marcante na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, a formação de equipes multiprofissionais que atuam conjuntamente promovendo ações de saúde embasadas no princípio da integralidade, o que permite atender demandas provenientes de famílias delimitadas por áreas geográficas. A visão central desta política é norteada por um trabalho contextualizado aos aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, políticos e culturais, culminando deste modo para a execução de uma prática organizada e mais eficiente no âmbito da saúde (FERNANDES; BACKES, 2010).

A AB pode ser caracterizada como um agrupamento de ações voltadas à saúde tanto em caráter individual como coletivo, em que a promoção, proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde são prioridades. Seu exercício desenvolve-se com base nos aspectos gerenciais e sanitários, sendo organizados de modo democrático e participativo, desenrolando-se nos moldes do trabalho em equipe, estando esta direcionada a espaços-territórios delimitados. Responsabiliza-se também pela população residente neste espaço com vistas para suas necessidades sanitárias, considerando-se as suas peculiaridades e formas de organização (BRASIL, 2006).

A AB envolve o cuidado mais estreito com o cotidiano dos indivíduos assistidos pelo SUS, utilizando a territorialização como elemento fundamental para a reorientação das práticas em saúde. O território pode ser compreendido como um espaço de produção de vida, aonde são confrontadas diversas relações interpessoais que dão razão às características locais (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

A aproximação construída no contexto equipe de saúde e cliente, constitui-se em oportunidade de conhecer a maneira de viver e compreender a concepção de mundo. Os trabalhadores podem lançar mão deste espaço como ferramenta para detecção de problemas de saúde das famílias, possibilitando também uma das metas da integralidade: organizar os serviços de saúde de acordo com as demandas encontradas (MATTOS, 2009).

A ESF emerge em 1994 denominando-se inicialmente Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de corroborar para a implantação do SUS, por meio da consolidação da APS. Apropriou-se como estratégia para superar o conceito limitado e elitoreiro vinculado à categoria programa. Este processo teve início em 1997 no momento em que o Ministério da Saúde (MS) atribui importância significativa a este modelo para a reorientação da atenção à saúde (UCHIMURA; BOSI, 2012).

O modelo de ESF tem como pilar a vigilância à saúde, ou seja, a organização das atividades com base no território e suas necessidades em saúde detectadas, intersetorialidade e produção social da comunidade, estas configurando-se como paradigma ordenador das ações propostas (GIL, 2006).

No contexto de trabalho da ESF, uma característica marcante é a atuação multiprofissional, com ênfase na equipe, reconhecendo-se as várias áreas do conhecimento em saúde e suas práticas, vislumbrando-se prioritariamente a integralidade que produz resolutividade e acompanhamento sistemático das ações promovidas. Desta maneira propõe-se a reorganização do processo de trabalho em saúde da família, construindo-se novos modos de cuidar (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Mediante isto, a relação que se estabelece entre equipe de saúde da família e comunidade em um determinado território fundamenta-se no fortalecimento de vínculo. Uma equipe precisa implementar em seu cotidiano mudanças nas práticas assistenciais, estas com base nas propostas voltadas para a atenção ao indivíduo, fomentando compromissos face à ética com a vida, promoção e recuperação da população adscrita, garantindo melhor acesso aos cuidados, ao vínculo, corresponsabilização em relação ao cliente, atenção integral às necessidades e o monitoramento permanente dos resultados atingidos (VIEGAS; PENNA, 2013).

É importante destacar que a influência do modelo biomédico hegemônico adquire eficiência no que se refere ao aumento dos gastos em saúde, demonstrando insuficiência ao refletirmos sobre seu impacto em relação à qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, além da baixa otimização dos serviços oferecidos. Este modelo vem favorecer o

encarecimento do sistema público de saúde do Brasil, apontando iminentes mudanças para a reforma sanitária brasileira (GIL, 2006).

2.2 Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

Nas últimas décadas tem sido observadas várias mudanças no rearranjo das doenças, podemos elencar aqui a incidência e prevalência das mesmas e também a causa de morte dos indivíduos e coletividade. O envelhecimento populacional é exemplo destas mudanças no perfil demográfico/epidemiológico acarretando em elevados índices de óbitos provocados por doenças crônicas (MIRANZI *et al.*, 2008).

A mudança nos índices de natalidade, mortalidade e fecundidade que ocorreram a partir de 1950 configuram a dinâmica de transição demográfica no Brasil, de uma população com predominância de jovens, nota-se um número cada vez maior e mais significativo de indivíduos na faixa etária superior a 60 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Neste contexto de transformação, ocorreu a diminuição da causa morte por doenças infectoparasitárias destacando-se as de causa crônico-degenerativas, e estas emergem com fatores de riscos que se associam aos modos de vida nos grandes centros urbanos, por exemplo o estresse e sedentarismo (AZAMBUJA *et al.*, 2011).

As doenças cardiocirculatórias, cerebrovasculares, respiratórias crônicas, isquêmicas e a DM ou seja, as DANT, tornam-se importante problema de saúde para a coletividade, isso em países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento. Estes últimos vivenciam esta problemática de maneira mais grave, devido às privações sofridas em decorrência de políticas públicas que não estão diretamente ligadas aos determinantes sociais de saúde (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Com valores de pressão arterial acima 115 mmHg sistólico (PS) e de 75 mmHg diastólico (PD), o risco para eventos cardiovasculares eleva-se de maneira contínua, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso. Os valores de 140 mmHg para a PS e de 90 mmHg para a PD, utilizados para diagnosticar HAS, refere-se ao momento no qual a duplicação de risco se compromete de forma mais acentuada, tendo em vista que os riscos anteriores já estavam elevados (BRASIL, 2013).

Dessa forma a HAS se caracteriza como fator de risco independente, contínuo e linear para diversas enfermidades, dentre as quais pode-se citar tanto as cardíacas como as vasculares, ocupando estas importante grau de responsabilidade na ocorrência de mortalidade

por AVE, com uma taxa de aproximadamente 40%, ficando a doença arterial das coronárias com valor de 25%. Neste cenário destaca-se também o DM tipo II, doença que acarreta diversas complicações, como: IAM, cegueira, gangrena, AVE e insuficiência renal crônica (CUNHA *et al.*, 2012).

As modificações no padrão nutricional, demográfico e epidemiológico da população, percebidas no século passado, levaram a construção de um perfil, onde as DANT, estando em alta prevalência, apresentando elevado custo social e um relevante impacto na morbimortalidade dos brasileiros e de outras populações do mundo, passaram a ocupar lugar de destaque perante os governantes, levando-se em consideração também o ônus crescente produzido (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Em uma pesquisa realizada na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2007 identificou-se que no contexto das internações decorrentes das doenças cardiovasculares (DCV), a atividade física traria um importante impacto para a redução de custos. Com um gasto anual de R\$ 4.250.000,00, em média R\$ 2.100.000,00 seriam poupados se a população inativa fisicamente mudasse seus hábitos. O custo dos medicamentos antihipertensivos foi em torno de R\$ 100.000,00 durante o ano, estando ao alcance uma redução de aproximadamente R\$ 13.000,00 inferindo-se com a condição supramencionada (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Aproximadamente 60% a 80% dos casos de HAS e DM no Brasil podem ser acompanhados na APS, utilizando-se tão somente ações de prevenção e promoção, sendo que a rede de APS envolve o primeiro nível de cuidado, o que nos anos 90 foi corroborado com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e também Programa Saúde da Família (PSF) hoje ESF (CARVALHO *et al.*, 2012).

A ESF vem sendo fortalecida e encontra-se em crescimento nos últimos anos e sua evidente importância a elevou como um método de mudança nos moldes da AB e destaca-se no controle e detecção da HAS, como uma de suas atribuições, configurando-se desta forma ação imprescindível na saúde do adulto em seu estágio inicial, sendo também uma estratégia de trabalho após o Pacto de Defesa pela Vida, que é o compromisso entre os gestores do SUS com as prioridades que afetam a situação de saúde dos brasileiros (RABETTI; FREITAS, 2011).

A partir do momento que foram identificados importantes fatores de riscos para DCV e também ações para controle efetivo em combinação com a promoção da saúde para a comunidade, além do acompanhamento de indivíduos em alto risco, houve acentuada redução

nos índices de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Em pesquisa realizada em Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, foram detectadas dificuldades para que seja efetivada a prática de orientações de cunho preventivo no que tange às DCNT, isso identificado por profissionais médicos, os mesmo referem que a falta de adesão da população frente às medidas recomendadas (47,5%) e outros motivos como tempo escasso para a realização das consultas (27,1%) e a não participação dos pacientes em seu autocuidado (17%) que são barreiras que prejudicam tal práxis (CAPILHEIRA; SANTOS, 2011).

As consequências advindas das DCV, principalmente o IAM e o AVE, são agentes nocivos à população e um desafio para a saúde coletiva, sobressaindo-se também em adultos jovens pesquisados. O que torna o problema complexo é o fato de no momento do diagnóstico de HAS e DM já serem notadas as complicações, num ciclo de vida onde a capacidade produtiva é essencial, e uma das responsabilidades é ser economicamente ativo (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

2.3 Programa Hiperdia e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

O HIPERDIA foi construído com base na Portaria 371/GM, de 4 de março de 2002, por meio do plano de reorganização da atenção à HAS e DM, propondo metas e diretrizes com a finalidade de ampliar ações de prevenção, identificação, tratamento e controle dessas doenças, consoante à reorganização do processo de trabalho em saúde. Trata-se de encontros, onde hipertensos e diabéticos acompanhados pelas unidades de saúde podem receber orientação sobre sua enfermidade, dividindo também seus problemas, sendo estes um dos locais de entrega dos medicamentos necessários ao tratamento (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Diante disto, desenvolver programas em nível de AB com o foco na prevenção, diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e diabéticos é uma medida necessária, sendo o ano 2002 um marco para o plano de reorganização do cuidado direcionado a essa clientela, que foram inseridos no registro nacional dessas pessoas no sistema denominado HIPERDIA e Programa Nacional de Atenção Farmacêutica para HAS e DM (LIMA *et al.*, 2011).

No intuito de aperfeiçoar a construção do plano de reorganização da atenção à HAS e ao DM, o MS convidou membros das sociedades científicas de cardiologia, DM, HAS, nefrologia, entidades nacionais de portadores, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

(CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) constituindo-se assim um comitê técnico que proporcionou mais força ao HIPERDIA (TOSCANO, 2004).

Zillmer *et al.*, (2010) afirmam que a barreira existente nos sistemas de informações em saúde, apresenta-se primeiramente com relação à informação coletada, sendo necessário o fácil acesso de dados relevantes, procurando-se a interdependência das várias fontes disponíveis, sendo asseguradas análises no que se referem às comparações existentes em um dado período e entre as diversas investigações, detectando-se a fidedignidade e completude das mesmas.

Em estudo de Jardim e Leal (2009), que avaliou a qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema Hiperdia em São Carlos, estado de São Paulo, no período de 2002 a 2005, os resultados demonstraram que em grande parte dos formulários de cadastro faltavam informações imprescindíveis para melhor identificar a condição de saúde, como valores de circunferência abdominal e glicemia.

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a HAS apresenta-se com alta prevalência, acima de 30%, sendo também uma doença de difícil controle e considerada como um dos fatores de risco passíveis de intervenção. Por ser um “mal silencioso”, a mesma configura-se como um problema de grande magnitude no contexto médico-social nos países avançados e em grande parte dos países em processo de desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2005).

Barbosa *et al.*, (2008) e Schmidt *et al.*, (2009) afirmam que no escopo dos fatores modificáveis de morbimortalidade por DCV precoce, HAS tem apresentado importância significativa em nível global, sendo também fator de contribuição independente para a ocorrência DCV, corroborando assim no impacto para a saúde pública, além de tornar-se o principal causa de óbito no país.

Para um controle eficaz e permanente da HAS, os hipertensos precisam de incentivos no intuito de gerar mudanças no padrão de comportamento em saúde, assim destaca-se a necessidade de programas e políticas públicas voltadas para uma assistência integral, e o desenvolvimento de um sistema de informação que seja um alicerce no que se refere ao conhecimento das características de um grupo específico e ao mesmo tempo direcione as ações em saúde torna-se fundamental na atenção a este grupo (PIERIN *et al.*, 2011).

O perfil epidemiológico mencionado neste estudo inclui características demográficas, morbidade e hábitos de vida (sedentarismo e tabagismo) das pessoas inseridas no programa, com a finalidade de se intervir enquanto APS e mais especificamente em nível de ESF, espaço

propício e definido pelo MS para reordenação da atenção à saúde, em que a promoção e prevenção sejam o foco dos trabalhadores e usuários alicerçados na base denominada integralidade.

Por mais que já se conheça a efetividade e a eficiência das ações preventivas e de controle à disposição, sendo estas medicamentosas ou não, a HAS permanecerá por um longo período sendo um das doenças de complexo enfrentamento, tendo por base o impacto de suas consequências para indivíduos hipertensos e também sociedade (SANTOS *et al.*, 2005).

Mesmo na iminência de complicações que a HAS pode ocasionar, a adesão a terapêutica e ao tratamento antihipertensivo é insuficiente, isto se configura como um entrave aos serviços públicos de saúde e também para as políticas do setor, inclusive aquelas implantadas na APS como a ESF (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A HAS tem apresentado um papel preponderante para a ocorrência direta ou como fator de risco quando se pensa na morbimortalidade no contexto das doenças do sistema cardiocirculatório. Em estudo de revisão sobre HAS realizado em várias cidades brasileiras encontrou prevalência de 19% a 44% (ligados a critérios utilizados e métodos de aferição), em que foram detectadas frequências mais altas nos indivíduos idosos e com baixa escolaridade (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a).

Observa-se que, o fato de se criar políticas e programas de intervenção em DCV talvez não seja fator decisivo para a resolução do problema, diminuição da ocorrência de doenças, é de grande importância a participação do indivíduo na adesão do tratamento. Este processo de autocuidado está diretamente ligado aos fatores: conhecimento de sua situação de saúde e comprometimento em realizar o tratamento, e a necessidade de profissionais de saúde serem proativos para prestar esclarecimentos necessários ao cliente e favorecer a participação da família no cuidado (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

Silva, Farah e Ricarte (2012) confirmam a importância da implementação de programas de educação em saúde com o foco no estímulo às atividades físicas, pois esta se torna essencial como medida terapêutica auxiliando no controle glicêmico e pressórico, assim como na diminuição do número de medicamentos e redução das complicações crônicas advindas da HAS e DM.

De acordo com Leavell e Clark, a prevenção de doença pode ser definida como uma ação prévia, baseada no conhecimento da história natural com o propósito de dificultar o avanço da doença. Sendo assim as intervenções preventivas teriam a finalidade de coibir a manifestação de doenças específicas, o que denominamos prevenção primária, ou quando se atua promovendo a cura, atenuando-se os danos, o que chamamos de prevenção secundária,

até se atingir o nível de prevenção terciária, em que o propósito maior é a reabilitação do indivíduo com um quadro da doença instalado. Sendo assim a promoção da saúde torna-se um dos pilares da prevenção primária, e esta envolve um conjunto de práticas para aumentar a saúde e o padrão da qualidade de vida com o foco no indivíduo, seu ambiente e estilo de vida (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

A temática terapia medicamentosa no contexto da atenção à HAS perpassa diversos aspectos como: cliente e suas características (sexo, idade, etnia, anos de estudo e condição socioeconômica, além da condição civil); enfermidade (cronicidade e ausência de sintomas); hábitos culturais, estilo de vida e crenças (percepção sobre a doença e suas vivências relacionadas à mesma, conceito de saúde e doença e auto-estima); questões institucionais (acesso, distância, política de saúde, atendimento); terapia (efeitos colaterais, custo, esquema medicamentoso e qualidade de vida); relação equipe-paciente (abordagem/atenção e nível de envolvimento). Todos estes fatores precisam ser incluídos ao se tratando do assunto adesão do paciente à terapêutica anti-hipertensiva (SANTOS *et al.*, 2005).

2.4 Fatores de risco para HAS

2.4.1 Obesidade, tabagismo e atividade física

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), obesidade pode ser definida como uma disfunção de ordem multifatorial que ocorre por balanço energético positivo levando ao acúmulo de gordura. Esta associa-se a importantes riscos para a saúde devido as complicações de caráter metabólico, considerando-se, a elevação da pressão arterial, do colesterol, triglicérides, além da resistência à insulina. Sua etiologia relaciona-se a fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, políticos e culturais (BRASIL, 2014).

Conceitua-se também a obesidade como uma afecção crônica que resulta de múltiplos processos em que está presente a interação entre fatores ambientais e genéticos, e quando acomete mulheres, esta relaciona-se à infertilidade, distúrbios na alimentação, depressão, IAM, HAS, DM tipo II, diferentes tipos de câncer como: de mama, endométrio e de cólon intestinal, além de DCV (FRANÇA; ALDRIGHI; MARUCCI, 2008).

A epidemia de obesidade é observada nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, devido a magnitude quando se pensa no impacto financeiro para o sistema público de saúde, pois o mesmo se relaciona com inúmeras doenças e fatores de riscos

participantes na ocorrência das DCV. As associações de grande relevância neste contexto são HAS, resistência à insulina, dislipidemia, glicemia de jejum alterada, intolerância à glicose e como consequência o DM (BRASIL, 2014).

Conforme ocorre o aumento do índice de gordura corporal eleva-se também o risco de morbimortalidade. A obesidade e o acúmulo de gordura na região abdominal denotam importante fator para o desenvolvimento do risco cardiovascular, no entanto o aumento da gordura intra abdominal apresenta risco mais evidente. Analisar informações antropométricas é de extrema importância, pois estas possibilitam estratégias de maior efetividade no controle do peso corporal com o propósito de diminuir o risco presente nas DCNT (CUNHA *et al.*, 2012).

Estudo realizado na cidade de São Luís, estado do Maranhão, em que foram avaliados hipertensos cadastrados no HIPERDIA na faixa etária a partir de 20 anos, foi observada frequência de sobrepeso que correspondeu a 64, 8% de acordo com o índice de massa corporal (IMC) e também um importante dado sobre obesidade central com 83,4% de circunferência da cintura (CC) e 75,9% na relação cintura quadril (RCQ). O aumento da adiposidade apresentou associação com níveis elevados da pressão arterial diastólica (PAD) e triglicérides, e por conseguinte a obesidade abdominal esteve associada ao aumento de PAD, colesterol total, triglicérides e colesterol LDL (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Em uma pesquisa realizada em Campina Grande – estado da Paraíba, ao se investigar hábitos de vida, foi observado que apesar do reduzido número de tabagistas (5,3%) e uso de bebida alcoólica (1,5%), o grupo estudado deixou evidente um elevado índice de inatividade física (75,8%), valor este superior à média no Brasil (71,3%) (MONTENEGRO NETO *et al.*, 2008).

A necessidade da prática do exercício físico no contexto das doenças crônico-degenerativas tem ganhado importante espaço em publicações científicas. No entanto o padrão de atividade física está cada vez mais reduzido. Na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, o índice de sedentarismo no ano de 2007 foi de 49,5% na população masculina e 54% na feminina ocorrendo um aumento de 41,1% para 52,0% de sedentários nesta municipalidade nos anos de 2002 a 2007. No atual contexto de morbidade, em que são detectados elevados percentuais de agravos cardiovasculares, DM e neoplasias fica evidente a transformação dos hábitos da sociedade contemporânea, dentre eles a diminuição do padrão de exercícios físicos têm tomado lugar de destaque no comportamento da população (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Observa-se mediante estas informações o quanto os hábitos de vida saudáveis são essenciais para a prevenção da obesidade e sobrepeso. Toma grande relevância os aspectos participantes deste agravo na saúde individual e coletiva, tendo em vista sua responsabilidade para a ocorrência das condições clínicas e metabólicas de maior complexidade, interferindo diretamente no controle da PA, corroborando como um importante fator de risco cardiovascular.

Quanto aos fatores de risco e complicações da HAS, um estudo realizado em Florianópolis, estado de Santa Catarina, que avalia pré-hipertensão e HAS em adultos, um quinto dos participantes da pesquisa referiu fazer uso frequente de cigarros e bebidas alcoólicas. A maior parte deles não tinha o hábito de praticar exercícios físicos durante o lazer e não se alimentavam com hortaliças e frutas e a prevalência de obesidade geral, abdominal e de DM foi respectivamente 16,1%, 16,2%, 6,7% (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012).

De acordo com a World Health Organization-WHO (2011) aproximadamente 30% dos brasileiros são hipertensos e segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) esses valores variam de 22% a 44%, sendo encontrado com maior frequência em indivíduos de pele preta, de maior idade, economicamente mais vulneráveis, com ingestão abundante de sódio e apresentando-se acima do peso.

Dados de uma pesquisa realizada em uma UBS, no município de Campinas-SP no ano de 2011 apontou que o tempo de diagnóstico de HAS/DM foi de um a cinco anos acometendo 48,6% dos indivíduos estudados e que 75,6% das pessoas foram orientadas sobre a doença, formas de tratamento e possíveis complicações, destes 67,5% julgaram-se bem informados, o que corroborou para que 37,7% dos participantes relatassem adesão às medidas terapêuticas (ALVES; CALIXTO, 2012).

O ato de prevenir e tratar a HAS através de intervenções não farmacológicas têm adquirido um espaço importante. O propósito dos profissionais de saúde quando orientam tais práticas como a atividade física, por exemplo, é para que indivíduos possam desfrutar de seus benefícios em um período que pode variar de médio a longo prazo (LEÃO *et al.*, 2013).

Em estudo realizado na cidade de Porto Firme, estado de Minas Gerais, foi identificado que por meio de acompanhamento individualizado através de visitas domiciliares houve uma maior possibilidade de um trabalho detalhado no que concerne aos aspectos fracionamento de refeições e recomendações dos grupos alimentares e como resultado ocorreu a redução do IMC e CC, reflexo da diminuição na quantidade da dieta e ingestão de massas (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Durante pesquisa realizada com hipertensos e/ou diabéticos residentes na cidade de Francisco Morato, no estado de São Paulo (SP), detectou-se que 33,3% das pessoas mantinham uma alimentação adequada e 42,2% parcialmente correta, sendo encontrado 25,0% de indivíduos fisicamente ativos de modo regular. Investigação envolvendo usuários com hipertensão cadastrados no Programa HIPERDIA mostrou que a redução no consumo de sal é a principal conduta alimentar realizada com a finalidade de controlar a HAS (63,0%), seguida pela restrição na ingestão de gorduras (21,0%) e de doces e açúcares (8,0%) (GIROTTO *et al.*, 2013).

Fica evidente a importância dos fatores participantes para a ocorrência da HAS, cada um possui sua peculiaridade e modo de enfrentamento, muitos podem ser abordados de modo simultâneo e integral. Ações voltadas para o controle da HAS, de maneira geral abrangem a redução do consumo dos alimentos de risco: rico em sódio e gorduras saturadas, combate ao sedentarismo, mudanças dos hábitos e comportamentos, incluindo medidas para a redução do estresse psicossocial, além de atividades de prevenção e tratamento das condições de sobrepeso e obesidade, evitando desta forma a DM e outras disfunções metabólicas como a dislipidemia.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar os hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA do município de Itaquiraí-MS, bem como avaliar a completude de suas informações.

3.2 Específicos

- a) Verificar a completude das informações contidas na ficha do HIPERDIA;
- b) Conhecer a prevalência de hipertensão em usuários cadastrados no hiperdia;
- c) Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a PA.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento

Estudo descritivo, quantitativo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Itaquiraí, município situado na região Cone Sul do estado de Mato Grosso do Sul.

4.3 População

Todas as fichas de cadastros do programa, que corresponde a hipertensos e diabéticos residentes na zona urbana e rural do município de Itaquiraí-MS, no período entre 2000 a 2013. Foram excluídas as fichas de:

- Hipertensos que foram a óbito no período em estudo;
- Indivíduos com diagnóstico apenas de DM.

O município de Itaquiraí - MS apresenta quatro ESF rurais (Santo Antônio, Santa Rosa, Sul Bonito e Indaiá) e duas ESF urbanas (Itaquiraí e Jardim Primavera).

4.4 Operacionalização e procedimento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a ficha de cadastro do HIPERDIA do MS preenchida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares e equipe de saúde das ESF do município de Itaquiraí-MS.

Os enfermeiros coordenadores das ESF de Itaquiraí – MS, onde as fichas cadastrais do HIPERDIA encontravam-se disponibilizadas foram informados por meio de uma Comunicação Interna oriunda da Secretaria Municipal de Saúde sobre a importância da pesquisa, que a mesma encontrava-se autorizada.

Após a coleta das fichas de cadastro, estas foram digitadas uma a uma, observando-se as informações contidas nas mesmas e fazendo-se a conferência dos dados, além das correções pertinentes quando detectados erros de digitação. É importante justificar que o número de fichas cadastrais são subestimadas, uma vez que nem todas estavam disponíveis para digitação por motivos de extravio e/ou falhas na logística do trabalho de uma das ESF localizada na área urbana.

Torna-se importante destacar neste estudo, o fato de existir somente a análise de dados secundários, ou seja, não foi possível o encontro de todas as informações por falhas/ausência e/ou erros no registro das mesmas. Diante disto, desenvolver programas na AB com o foco na prevenção, diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e diabéticos é medida necessária, sendo o ano 2002 um marco para o plano de reorganização do cuidado direcionado aos indivíduos acometidos por HAS e DM (LIMA *et al.*, 2011).

4.5 Variáveis

4.5.1 Variáveis sociodemográficas

Foram consideradas as variáveis: idade, sexo, raça/cor (branca, parda, preta, amarela e indígena) escolaridade (não sabe ler/escrever, alfabetizado, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto) situação familiar/conjugal (convive c/ companheira (o) e filho (s), convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos, convive c/ familiares, sem companheira(o), convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares, vive só, convive c/ outra(s) pessoa(s), convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais.

4.5.2 Variáveis relacionadas à saúde (comorbidades e hábitos de vida)

Antecedentes familiares cardiovasculares, doença renal, DM tipo1, DM tipo 2, AVE, IAM, outras coronariopatias, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e tabagismo.

A medida da pressão arterial é realizada pelos ACS que tenham formação na área de saúde (curso de auxiliar de enfermagem) durante as visitas domiciliares e reuniões do HIPERDIA, além das aferições realizadas por profissional técnico específico

(enfermeiro, técnico de enfermagem e médico) também em ambiente domiciliar, unidade de saúde, além daquelas aferidas durante a atividade do HIPERDIA, como já mencionado.

A PA foi mensurada com o aparelho esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Após a aferição as mesmas foram classificadas em controlada e elevada (pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg) (BRASIL, 2013).

4.6 Processamento a análise dos dados

Para a organização e tabulação dos dados, foi construído um banco de informações no Epi Info versão 3.5.2, neste os dados de todas as fichas cadastrais foram digitados e posteriormente salvos no Programa *Microsoft Office Excel 2007*.

Para a análise estatística, foram realizados testes para detectar associação entre dados sócio-demográficos em relação à PA, com base em duas categorias: controlada e elevada. Foi utilizado o teste *Qui – quadrado* (χ^2) aplicado com 95% de confiabilidade, sendo consideradas significativas associações com p valor $< 0,05$.

4.7 Aspectos éticos e legais

De acordo com a resolução N° 466/12, os dados foram coletados após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n° 497.110/2013.

5 RESULTADOS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e de saúde dos usuários cadastrados no Programa HIPERDIA do município de Itaquiraí-MS, 2000 a 2013 (n=719)

Variáveis	Completeness (%)	Categoria	Nº	%
Idade	98,0	Até 55 anos	202	28,7
		De 55 a 70 anos	311	44,1
		Acima 70 anos	192	27,2
Sexo	98,6	Feminino	457	64,5
		Masculino	252	35,5
Raça/Cor	58,7	Branca	216	51,2
		Parda	123	29,1
		Preta	69	16,4
		Amarela	13	3,1
		Indígena	1	0,2
Escolaridade	57,7	Não sabe ler/escrever	144	34,7
		Alfabetizado	169	40,7
		Fundamental incompleto	73	17,6
		Fundamental completo	12	2,9
		Médio incompleto	2	0,5
		Médio completo	1	0,2
		Superior incompleto	14	3,4
Situação Familiar/Conjugal	50,6	Convive c/ companheira(o) e filho(s)	211	58,0
		Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos	54	14,8
		Convive c/ familiares, sem companheira(o)	45	12,4
		Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares	28	7,7

		Vive só	21	5,8
		Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais	5	1,4
Morbidades/ Hábitos de vida		Antecedentes familiares cardiovasculares	149	21,0
	92,4			
	90,7	Doença renal crônica	94	13,2
	88,8	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	66	9,3
	91,0	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	62	8,7
	91,0	Acidente vascular cerebral	51	7,2
	88,9	Infarto agudo do miocárdio	40	5,6
	87,8	Outras coronariopatias	24	3,4
	88,6	Sobrepeso e obesidade	225	31,7
	88,6	Sedentarismo	207	29,2
	88,3	Tabagismo	138	19,4

Das 804 fichas de cadastros disponíveis no HIPERDIA do município de Itaquiraí/MS (que corresponde a hipertensos e diabéticos cadastrados no período de 2000 a 2013), foram excluídos 71 que não apresentavam o diagnóstico de HAS. Do total de 733 fichas utilizaram-se 719 (98,0%), pois 14 destas tiveram informações perdidas, inviabilizando sua utilização na análise.

Dos usuários cadastrados no HIPERDIA, 64,0% estavam com a PA sistêmica elevada registrada na ficha.

Tabela 2 – Características sociodemográficas e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA do município de Itaquiraí-MS, 2000 a 2013

Características	Hipertensão Arterial Sistêmica				χ^2	P	
	Controlada		Elevada				
	Nº	%	Nº	%			
Idade (n=705)	Até 55 anos	77	30,6%	125	27,6%	0,718	0,698
	De 55 a 70 anos	109	43,3%	202	44,6%		
	Acima 70 anos	66	26,2%	126	27,8%		

Sexo (n=709)	Feminino	170	66,4%	287	63,4%		
	Masculino	86	33,6%	166	36,6%	0,665	0,415
Raça/Cor ¹ (n=408)	Branca	70	54,3%	146	52,3%		
	Parda	39	30,2%	84	30,1%		
	Preta	20	15,5%	49	17,6%	0,284	0,868
Escolaridade (n=415)							
	Não sabe ler/escrever	43	32,3%	101	35,8%		
	Alfabetizado	54	40,6%	115	40,8%		
	Fundamental ou mais	36	27,1%	66	23,4%	0,81	0,667
Situação familiar (n=364)							
	Com companheiro	89	77,4%	204	81,9%		
	Sem companheiro	26	22,6%	45	18,1%	1,031	0,31

Legenda: X^2 – teste de Qui-quadrado

¹Amarela e indígena não incluídas devido a baixa frequência

A Tabela 2 apresenta a associação entre as variáveis sociodemográficas e o controle da HAS, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas e a HAS.

6 DISCUSSÃO

Os dados analisados nessa pesquisa, referentes ao período de 2000 a 2013 foram coletados por diferentes profissionais (ACS, enfermeiros, médicos) inseridos nas ESF de Itaquiraí/MS, fator este importante e que influencia diretamente a homogeneidade dos mesmos. O processo de registro de informações requer atenção, padronização e processos de incentivo e capacitação, o que pode não acontecer de maneira adequada. Estudos de cunho científico que dependem destas informações, já previamente coletadas podem apresentar certa fragilidade, o que não os invalida e nem tampouco pode ser motivo para deixar de reconhecer a importância dos resultados encontrados neste tipo de pesquisa.

Quanto à completude, foram observadas falhas no processo de preenchimento da ficha de cadastro do Hiperdia por meios de algumas variáveis analisadas, o que denota um importante aspecto a ser observado no contexto deste Programa, uma vez que este instrumento é a porta de entrada para caracterização epidemiológica dos usuários hipertensos, servindo também como forma de acompanhamento dos mesmos.

Destacou-se a elevada proporção de completude dos dados referentes à idade e sexo, o que demonstra a importância destas informações sobre a identificação do usuário em relação aos profissionais das ESF, notando-se um baixo preenchimento do campo situação familiar/conjugal, trazendo reflexos diretos na qualidade das informações do Hiperdia.

Este padrão de preenchimento pode ser observado mediante os dados encontrados, pois 98,0% foi encontrado no campo sexo e 98,6% no campo idade, característica esta já esperada entendendo a importância socialmente reconhecida destas informações, o que as fazem ter um potencial de utilização maior que outros como, por exemplo, situação familiar/conjugal, tendo nesta pesquisa uma proporção de 50,6%. Esta falha de preenchimento torna-se fundamental ao pensarmos na importância do apoio da família e/ou companheiro (a) nos processos terapêuticos de tratamento de doenças como HAS, uma doença crônica com implicações diretas no cotidiano dos indivíduos.

Gomes *et al.*, (2010), encontrou que todos os usuários que referiam viver em união estável, apresentavam sua PA controlada. Este dado mostra o quão imprescindível é coletar de maneira completa as informações em potencial de um usuário nos serviços de saúde, e em especial ao se tratar de hipertensos, pois desta forma é possível elaborar ações mais eficazes protagonizando as pessoas e suas famílias.

Quanto às morbidades e hábitos de vida foi identificado um bom preenchimento, em que antecedentes familiares cardiovasculares apresentou 92,4% de registro, após esta DM tipo 2 e AVC com 91,0%. Dentre estas variáveis, registrou menor preenchimento outras coronariopatias marcando 87,8%, pode-se inferir que, possivelmente, devido a baixa escolaridade encontrada e a maneira como o trabalho de coleta foi realizado pelos profissionais interferiu neste resultado, o que também reflete um importante ponto a ser levantado no que se refere a avaliação dos serviços de saúde.

Rabetti e Freitas (2011) afirmam que ao se avaliar a eficiência dos serviços no que refere a HAS, buscar os pontos fortes no trabalho dos municípios de referência seria ação relevante para se obter novas ferramentas de gestão e planejamento nesta área de atenção. Esta medida fomenta a melhoria da qualidade da assistência, reconhecendo os municípios e suas ações mais eficazes, subsidiando deste modo os serviços para a produção de resultados que tenham maior impacto.

No estudo dos autores acima, dos 66 municípios avaliados no estado de Santa Catarina, 41 apresentaram ineficiência relacionada à vinculação dos indivíduos no HIPERDIA, bem como na assistência individualizada e visita domiciliar. De todas estas, a mais evidente foi a vinculação dos hipertensos que foi verificada por meio do número de cadastros, refletindo valores em torno de 47,3% no estado.

Estas informações também podem ser inferidas com a realidade desta pesquisa, ao fazer a relação com as variáveis escolaridade com 57,7% e situação familiar/conjugal 50,6%, encontradas como resultado neste estudo, o que vem corroborar para a compreensão da atual realidade dos serviços no âmbito do cuidado à HAS.

Tomasi *et al.*, (2011) explicam, que a utilização dos sistemas de saúde com os fundamentos na APS, ordenam-se de modo a responder grande parte das demandas por meio da interação entre o comportamento de busca de saúde, postura proativa dos profissionais na dinâmica do sistema, além da disponibilidade dos recursos para o diagnóstico e tratamento adequado.

Conhecer o padrão de utilização e as características dos indivíduos atendidos nos serviços públicos de saúde é essencial para planejar e organizar o sistema em todo o seu funcionamento, este universo torna-se de maior relevância nos processos relacionados à AB, configurando-se a mesma como porta de entrada desse sistema que é público e nacional, e que corresponde em média a 30% dos atendimentos realizados (TOMASI *et al.*, 2011).

Podem ser observados nos resultados deste estudo variações nos padrões de completude de todas as variáveis analisadas, portanto faz-se necessário o repensar das práticas

no processo de atenção e cuidado às pessoas acometidas pela HAS no município pesquisado. Os estudos acima mencionados fortalecem este por mostrar a importância do sistema de saúde e das práticas a ele inerentes, seja no âmbito do programa Hipertensão, do envolvimento dos profissionais que atuam nas ESF, além da participação da população no comportamento relacionado aos cuidados em saúde.

Torna-se fundamental no processo de preenchimento dos sistemas de informação em saúde a fidedignidade das informações registradas, tendo em vista o propósito de prestar assistência e tratamento aos indivíduos no contexto da saúde. No entanto ao interpretar dados de origem secundária, referindo-se aqui aos sistemas de informações em saúde brasileiros, a demanda por uma análise cautelosa e crítica deve ser acentuada (BOING; BOING, 2007).

Santos, Nery e Matumoto (2013) entendem que profissionais de saúde que tratam de pessoas com HAS, precisam atuar de modo a impulsionar transformações na produção do cuidado, não se limitando ao corpo propriamente dito e nem tampouco às prescrições, os mesmos devem ir além promovendo a consolidação das ações e princípios que fundamentam o SUS, garantindo um cuidado humanizado.

Diante do exposto e refletindo sobre os dados de completude encontrados neste estudo, é importante pensarmos na colocação de Pires e Mussi (2009), que dizem ser necessária a reflexão dos profissionais de saúde no que concerne ao cuidado prestado, pois aspectos psicossociais e emocionais estão envolvidos diretamente no desenvolvimento e controle da HAS. Assim sendo, a manutenção de uma PA controlada não tem como base apenas a abordagem biológica, são imprescindíveis as esferas experiência de vida e subjetividade, tendo-as como referência no que tange ao autocuidado e adoecimento.

Ao observar as informações que são coletadas por meio da ficha do programa HIPERTENSÃO, nota-se que as mesmas envolvem estritamente características vinculadas ao modelo biomédico, o que contraria o pensamento descrito pelos autores supramencionados, além disso, destaca-se aqui que nem ao menos os dados deste caráter são colhidos de maneira adequada, aspecto que pode se tornar comprometedor ao pensarmos na *práxis* da assistência aos hipertensos.

Em um estudo que avaliou a implantação da atenção a hipertensos por equipes de saúde da família na região de Recife, estado de Pernambuco, a adesão dos profissionais no que se refere à alimentação do SISHIPERTENSÃO foi deficitária, afetando diretamente a qualidade das informações disponíveis. Observou-se também que mediante processos de planejamento e organização das ações, o sistema de informação não era utilizado e isso na maioria das ESF pesquisada (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011). Esta realidade é

semelhante a do município em estudo, pois ao buscar as informações na base de dados do sistema HIPERDIA, foram encontrados apenas o registro dos dados de duas unidades de ESF, e ainda os mesmos estavam desatualizados, não podendo utilizá-los como ferramenta de planejamento e gestão dos serviços.

O padrão de completude encontrado nos formulários de cadastro do HIPERDIA retrata importantes aspectos assistenciais, assim como o controle propriamente dito da PA destes usuários. Portanto para um controle eficaz e permanente, os hipertensos precisam de incentivos no intuito de gerar mudanças no padrão de comportamento em saúde. Diante desta situação, destaca-se a necessidade de programas e políticas públicas voltadas para uma assistência integral no âmbito da HAS, e o desenvolvimento de um sistema de informação que seja um alicerce no que se refere ao conhecimento das características de um grupo específico e direcione as ações em saúde, estas fundamentais no cuidado dos mesmos (PIERIN *et al.*, 2011).

A idade predominante neste estudo foi de 55 a 70 anos com 44,1%, sobrepeso e obesidade 31,7% e sedentarismo 29,2%. Resultados encontrados no trabalho de Montenegro Neto *et al.*, (2008) destacam que com a elevação das taxas sobrepeso e obesidade, juntamente às mudanças do padrão de vida e associando-se o envelhecimento da população, estes configuram-se como fatores fundamentais ligados ao aumento da incidência de diversas doenças como AVC, DM tipo II, HAS e doença isquêmica do coração.

No atual contexto de morbidade, em que são detectados importantes percentuais de DCV, DM e neoplasias, fica evidente a transformação dos hábitos da sociedade contemporânea, dentre eles a diminuição do padrão de exercícios físicos têm tomado lugar de destaque no comportamento da população.

Levando-se em consideração o perfil dos hipertensos deste estudo, em pesquisa realizada na AB de saúde em Terezina, estado do Piauí, foram encontrados 71,5% de pessoas com hipertensão, marcando acentuado número de usuários acima de 60 anos 51,0%, predominando o sexo feminino 74,3%, sendo 51,5% casados (CARVALHO *et al.*, 2012), informação semelhante a encontrada no presente estudo apresentando 58,0% de indivíduos que conviviam com companheira (o) e filho (s). Estes dados corroboram para identificar importantes semelhanças no perfil dos indivíduos acompanhados pelo programa HIPERDIA, apesar das disparidades regionais existentes.

Outro aspecto deste estudo que chama a atenção ao confrontar-se com a literatura é a prevalência da raça/cor branca com 51,2%, em estudo publicado por Santa-Helena, Nenes e Eluf-Neto (2010b), os indivíduos com PA mais alteradas estavam associados à característica

cor da pele preta-parda em uma proporção significativa abrangendo 79,8% dos indivíduos analisados. É importante destacar que demograficamente em Mato Grosso do Sul não se tem números expressivos de população de pele preta, portanto a realidade mencionada no estudo acima deve ser analisada com mais critério, tendo em vista as diferentes características raciais da população nos municípios brasileiros.

Resultados de um estudo realizado em São Carlos, estado de São Paulo, no período de 2002 a 2005 em que foram analisadas 2.662 fichas do HIPERDIA, 64,0% dos cadastrados eram do sexo feminino e quanto à raça/cor 78,9% dos indivíduos declararam ser brancos (JARDIM; LEAL, 2009). Estes dados vêm ao encontro com os demonstrados nesta pesquisa, que detectou uma proporção de 64,5% de mulheres e pessoas da raça/cor branca com 51,2%. Diante disto, dados sociodemográficos como sexo e raça/cor podem indicar possivelmente mudanças nos perfis epidemiológicos das pessoas acompanhadas por este Programa, levando-se em conta que 72,4% da população de São Carlos é de etnia branca, sendo mais da metade descendentes de italianos.

Em estudo realizado com hipertensos atendidos nas unidades básicas de saúde da Região Oeste de cidade de São Paulo, os valores de PA dos controlados (45,5%) mostraram-se significativamente inferiores aos dos não controlados ($p < 0,05$) e ao caracterizar estes usuários, identificou-se que dentre as variáveis sociodemográficas, o sexo feminino e a idade com menor faixa etária influenciou de modo significativo ($p < 0,05$) no controle da HAS (PIERIN *et al.*, 2011). Já os resultados desta pesquisa apontam que 64,0% dos hipertensos têm PA elevada com predominância do sexo feminino (64,5%), porém muda-se o contexto apenas quanto à idade, pois nesta 44,1% dos indivíduos têm entre 55 a 70 anos.

As consequências advindas das DCV, principalmente o IAM e o AVC, são agentes nocivos à população e um desafio para a saúde coletiva, sobressaindo-se também em adultos jovens pesquisados (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010). Este dado vem de encontro e também é similar aos mostrados neste estudo, primeiramente o mesmo não se enquadra com a realidade identificada, pois a maioria dos indivíduos tem entre 55 a 70 anos 44,1%, somando-se a isto o fato de apenas 5,6% relatarem diagnóstico de IAM e 7,2% AVC. No que se refere à semelhança, quase 30% dos indivíduos encontrados têm menos de 55 anos, ou seja, existe concordância entre os estudos ao se analisar que cada vez mais pessoas jovens e adultas estão sujeitas a intercorrências relacionadas ao descontrole da HAS e doenças cardiocirculatórias, podendo ocasionar episódios como IAM e AVC.

Ao avaliar os valores de PA nesta pesquisa observou-se que 36,0% dos indivíduos estavam com a PA controlada e 64,0% elevada, estes dados são semelhantes aos encontrados

em um estudo realizado nas ESF de Blumenau, estado de Santa Catarina, onde a mensuração dos valores pressóricos mostrou que 69,3% mantinham valores de PA \geq a 140 mmHg e/ou diastólica \geq a 90 mmHg (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b).

Este alto percentual de hipertensos com a PA elevada (64,0%), remete a uma possível falha no processo de organização da atenção à HAS no município, uma vez que o percentual encontrado no estudo de 12.324 adultos, de 20 a 59 anos, em 100 municípios brasileiros foi menor 42,4% (PICCINI *et al.*, 2012).

Em estudo realizado no município de Londrina, estado do Paraná, praticamente metade dos hipertensos afirmou ter frequentado a escola até a terceira série do ensino fundamental (GIROTTO *et al.*, 2013). Estes números são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, em que foram detectados 40,7% de indivíduos alfabetizados.

Pode-se observar um elevado número de pessoas sem escolaridade, este dado pode ser confirmado ao se detectar que 34,7% não sabem ler/ escrever. Em estudo de revisão sobre HAS realizado em várias cidades brasileiras encontrou-se prevalência de 19% a 44%, ficando evidente as frequências mais altas desta doença nos indivíduos idosos e com baixa escolaridade (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010a).

Estudo de Pierin *et al.*, 2011 concorda com os achados desta pesquisa quando se analisa a relação entre as variáveis raça/cor, situação familiar/conjugal e escolaridade no que concerne ao controle da hipertensão, encontrando-se que estas características não influenciam nos níveis pressóricos. Torna-se relevante considerar que o universo da presente pesquisa apresentou limitada completude de informações fundamentais para análises mais precisas e fidedignas.

Estudos como o de Barbosa *et al.*, (2008) corroboram com estes achados quando afirmam que no escopo dos fatores modificáveis de morbimortalidade por DCV precoces, a HAS tem apresentado grande impacto em nível global, sendo também fator de contribuição independente para a ocorrência de agravos cardiovasculares.

Quanto à análise do tabagismo entre os usuários hipertensos, encontramos uma proporção de 19,4% e ao ser feita a analogia com o estudo de Malta *et al.*, (2014), estes resultados podem ser correlacionados às ações de controle do tabaco no Brasil, as mesmas têm promovido importante avanço para a diminuição desse vício no país, sendo que de 34,5% em 1989, este índice foi para 11,3% no ano de 2013, fator contribuinte também para a redução das doenças do aparelho circulatório em 30% nos últimos 20 anos.

Em pesquisa tipo caso-controle de base hospitalar, multicêntrica, realizada na região metropolitana de São Paulo, incluindo 553 indivíduos (271 casos e 282 controles), foi

identificado que tabagismo e história familiar de DCV, HAS e doença arterial coronariana (DAC) são fatores de risco independentes associados ao aumento de IAM, sendo o hábito de fumar, um fator de risco preponderante (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005). Neste estudo evidenciou-se que 21% dos cadastrados tinham antecedentes familiares cardiovasculares e 19,4% eram tabagistas, estas condições podem corroborar para o aparecimento das complicações advindas da HAS, mesmo na iminência de proporções não tão elevadas.

Confronta-se com as demais realidades o estudo de Gomes, Silva e Santos (2010), pois ao avaliar o controle da HAS, assim como os fatores que a podem influenciar no contexto de uma ESF, ficou demonstrado que dentre as comorbidades referidas pelos indivíduos atendidos pelo programa HIPERDIA não foram mencionados o histórico de DCV e de tabagismo. Destaca-se nesse estudo 91% de PA controlada e apenas 9% com valores acima do recomendado.

Em pesquisa de Cunha *et al.*, (2012), a HAS fica caracterizada como fator de risco independente, contínuo e linear para diversas enfermidades, tanto para as cardíacas como as vasculares, estando estas em um importante grau de responsabilidade na ocorrência de mortalidade por AVC, com uma taxa de aproximadamente 40% e doença arterial das coronárias 25%. Nesse cenário destaca-se também o DM, doença que acarreta diversas complicações principalmente à população adulta. As informações deste estudo resgatam a relevância da HAS, tendo em vista todos os aspectos participantes da doença, principalmente o epidemiológico, que atua ativamente como influenciador nos processos de adoecimento, ou seja, conhecer as características de um grupo de indivíduos acometidos pela hipertensão torna-se fundamental, pois seus desfechos comprometem pessoas em fase de intensa produção de vida, e estas ao se depararem com a doença e suas repercussões vivenciam significativas mudanças em sua qualidade de vida.

Ao contextualizarmos o elemento controle da PA e sua multiplicidade de fatores com os achados desta pesquisa, podemos correlacioná-los com a informação oriunda da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), que caracteriza a HAS como uma doença altamente prevalente e de difícil controle, sendo vista como um dos fatores de risco passíveis de intervenção, além de configurar-se fundamentalmente como um problema de saúde pública de grande relevância.

7 RECOMENDAÇÃO

Algumas fragilidades puderam ser encontradas durante o desenvolvimento deste estudo, todas decorrentes do padrão de completude encontrado nas fichas de cadastros dos hipertensos no Hiperdia durante o período de coleta dos dados. Mesmo assim, esta pesquisa apresentou-se importante, pois proporcionou a caracterização socioepidemiológica de pessoas acometidas pela HAS em uma realidade, aonde o serviço de saúde precisa ser reorganizado, melhorando suas práticas de cuidado e atenção à população, considerando-se especialmente o público alvo deste estudo.

Com base nos achados neste contexto, torna-se iminente um maior preparo técnico dos profissionais no trabalho de cadastramento de dados dos indivíduos e famílias que se utilizam dos serviços de saúde do SUS. A caracterização epidemiológica de pessoas hipertensas acompanhadas pelas unidades de saúde da família é necessária, pois através disto as equipes poderão realizar planejamento mais adequado das ações com ênfase na HAS.

Por fim, identificou-se o quão são fundamentais os aspectos operacionais no contexto do programa Hiperdia, conhecendo potencialidades e principalmente as suas fragilidades, buscando-se através deste estudo colaborar para a organização da atenção aos hipertensos no município estudado.

Sugiro que mais pesquisas deste caráter sejam realizadas, destacando-se a relevância do adequado registro das informações fornecidas pelas pessoas durante o processo de acolhimento e cadastramento para inclusão nos serviços de saúde do SUS como o HIPERDIA por exemplo ou o atual e-SUS AB, sistema de informação do MS que ainda está em processo de implantação.

8 CONCLUSÃO

Quanto às características dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, predominaram a população entre 55 a 70 anos (44,1%), sexo feminino (64,5%), raça/cor branca (51,2%) e não sabiam ler/escrever ou eram apenas alfabetizados 75,4%, residindo junto a outras pessoas 58,0%. Evidenciou-se a falta de informações em algumas variáveis nas fichas de cadastros do HIPERDIA, considerando-se aqui a completude destas, fator este importante como indicador do padrão de preenchimento realizado pelos profissionais que atuam na ESF. Percebe-se a necessidade de valorização de algumas informações como raça/cor, escolaridade e situação familiar/conjugal.

Destaca-se o alto percentual de hipertensos com a PA elevada, o que remete a uma possível falha no processo de organização da atenção à HAS no município. O presente estudo não consegue deixar claro a relação da completude com esse dado encontrado, porém a falha no preenchimento pode vir a ser um fator participante para a dificuldade em assistir e acompanhar os acometidos pela doença de maneira a obter um melhor controle desta.

Demonstrou-se que as variáveis sociodemográficas idade, sexo, raça/cor e escolaridade não estiveram associadas à PA, ou seja, no universo pesquisado elas não contribuíram para a ocorrência ou elevação dos níveis pressóricos.

Encontrou-se neste estudo informações que irão contribuir para o trabalho dos gestores e profissionais de saúde inseridos na ESF, os resultados demonstrados fornecem características de um grupo de pessoas acometidas pela HAS, doença crônica que se não adequadamente tratada e acompanhada ocasionam inúmeras complicações, estas interferindo no cotidiano e qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, sem falar das implicações desta para a economia do país, tendo em vista seus elevados custos para o sistema de saúde público.

REFERÊNCIAS

- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n. 3, p. 255-260, abr. 2012.
- AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 3, p. 206-213, mar. 2005.
- AZAMBUJA, M. I. R.; ACHUTTI, A. C.; REIS, R. A.; SIVA, J. O.; FISHER, P. D.; ROSA, R. S.; BORDIN, R.; OLIVEIRA, F. A. de.; CELESTE, R. K.; SCHNEIDER, A. P.; CAMPANI, D. B.; PICCININI, L.; RAMOS, M.; SATTLER, M. A.; OLIVEIRA, P. A. B.; LEWGOY, A. M. B. Saúde urbana, ambiente e desigualdades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 110-115, abr./jun. 2011.
- BARBOSA, J. B.; SILVA, A. A. M. da.; SANTOS, A. M. dos.; MONTEIRO JUNIOR, F. C.; BARBOSA, M. M.; FIGUEIREDO NETO, J. A. de.; SOARES, N. J. S.; NINA, V. J. S.; BARBOSA, J. N. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís – MA. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 91, n. 4, p. 260-266, 2008.
- BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade física e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 9-14, 2010.
- BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramento e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa pratique saúde contra a hipertensão arterial**. [acesso 26 de mar 2011]. Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br/portal/saude>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, jun. 2011.

- CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G. da.; CUNHA, C. P. da. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa hiperdia no município de teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1885-1992, 2012.
- CONTIERO, A. P. ; POZATI, M. P. S.; CHALLOUTS, R. I.; CARREIRA, L; MARCON, S. S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 62-70, mar. 2009.
- COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F da.; CARVALHO, E. F de. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.
- CUNHA, R. M.; SOUZA, C. O. S.; SILVA, J. F. da.; SILVA, M. A. da. Nível de atividade física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma cidade do Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 14, n. 3, p. 427-435, jun. 2012.
- FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.
- FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1. p. 80-86, 2009.
- FRANÇA, A. P.; ALDRIGHI, J. M.; MARUCCI, M. F. N. Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 65-73, jan./mar. 2008.
- FIGUEIRA, T. R ; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 937-943, 2009.
- GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M. de.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.
- GOMES, T. J.O; SILVA, M. V. R; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.
- JARDIM, A. D. L.; LEAL, A. M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema hiperdia em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 405-417, jan./mar. 2009.
- KLEIN J. M; GONÇALVES A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 113-120, 2005.

- LEÃO E SILVA, L. O.; SOARES, M. M.; OLIVEIRA, M. A. de.; RODRIGUES, S. M.; MACHADO, C. J.; DIAS, C. A. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 227-242, jun./fev. 2013.
- LIMA, M. L. de.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; ZILLMER, J. G. V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011.
- MALTA, D. C.; GOSCH, C. S.; BUSS, P.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R.; FREITAS, P. C.; AKERMAN, M. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014.
- MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 263-271, abr./jun. 2011.
- MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, s. 1, p. 771-780, abr./jun. 2009.
- MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez. 2008.
- MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.
- MONTENEGRO NETO, A. N.; SIMÕES, M. O. S. da.; MEDEIROS, A. C. D. de.; PORTELA, A. S. da.; DANTAS, P. M. S. da.; KNACKFUSS, M. I. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, v. 58, n. 4, p. 350-356, 2008.
- PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, jan./mar. 2006.
- PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.
- PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo hiperdia em unidade básica de saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 2, p. 123-129, fev./mar. 2009.
- PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. V.; SILVEIRA, D. S. da.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILELIO, A. S. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543-550, 2012.

PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1389-1400, 2011.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 229-236, 2009.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-268, 2011.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; SILVA, L. D. da.; RIBEIRO, S. M. R.; DIAS, C. M. G. C.; MITRE, S. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, v. 25, n. 2, p. 271-282, mar./abr. 2012.

SANTA-HELENA, E. T. de.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. **Revista Saúde e Sociedade**, v.19, n. 3, p. 614-626, 2010(b).

SANTA-HELENA, E. T. S. de.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, dez. 2010(a).

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14. n. 3, p. 332-340, jul./set. 2005.

SANTOS, J. C. dos.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, out. 2012.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L. de.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. de. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 74-82, ago. 2009.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; PERES, M. A. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 988-998, jul. 2012.

SILVA, W. C. M. da.; FARAH, B. Q.; RICARTE, G. B. Atividade física e fatores associados em usuários do programa hiperdia de uma unidade de saúde da família do Recife. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 385-392, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010.

TEIXEIRA, N. S. C. C. A.; RIBEIRO, V. S.; SANTOS, A. M. dos.; CABRAL, N. A. L.; FRANÇA, A. K. T. C. Perfil antropométrico de hipertensos cadastrados pelo hiperdia em uma unidade de saúde da região nordeste do Brasil. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 48-53, mai./ago. 2012.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R. X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D. S. da.; SIQUEIRA, F. V.; TEIXEIRA, V. A.; DILÉLIO, A. S.; MAIA, M. F. S. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, 2011.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da estratégia saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 149-160, jan./mar. 2012.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, out./dez. 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **Data and statistics**. [acesso 26 mar 2011] Disponível em: <http://www.who.int/>

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; LIMA, L. M. de. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma unidade básica do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 240-246, jun. 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

Título da Pesquisa: Caracterização dos usuários do HIPERDIA do município de Itaquiraí-MS

Nome do Pesquisador: Eduardo Henrique Pereira Sandim

Base de dados a ser utilizada: Sistema HIPERDIA, base de dados de Itaquiraí-MS

Como pesquisador qualificado comprometo-me com a utilização das informações contidas na base de dados acima citada, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados da base HIPERDIA serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) 01 / 10 / 2013

Eduardo Henrique Pereira Sandim

ANEXO A


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 (*)		Cod. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (completo de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização				
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		St. 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	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão				
	Tipo		Nome do Cartório		Livro				
	Folha	Tomo		Data de Emissão					
ENDEREÇO (*)									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP	DDD	Telefone						
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial (Sistólica) (*)	Pressão Arterial (Dialstólica) (*)	Altura (cm) (*)	Peso (kg) (*)						
Glicemia Capilar (mg/dl)		<input type="checkbox"/> Em jejum		<input type="checkbox"/> 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 coronaropatias					
Diabetes Tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pe diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal					
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
Não Medicamentosos: <input type="checkbox"/>									
Medicamentosos									
		Comprimidos/dia						Unidades/dia Insulina <input type="text"/>	
Tipo		1/2	1	2	3	4	5		6
Hidroclorotiazida 25mg									
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclâmida 5mg									
Metformina 850 mg									
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

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

ANEXO B

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Os hipertensos cadastrados nas ESF da área urbana da área de seu município estarão sendo convidados a participar da pesquisa: " **Caracterização dos usuários do hiperdia do município de Itaquiraí-MS**. Para tanto, preciso de sua permissão para obter informações referentes às informações do atendimento do HIPERDIA.

A finalidade deste estudo é caracterizar os usuários do HIPERDIA deste município clínica e demograficamente para melhor conhecer o processo de atenção à saúde dos portadores destes agravos. Estarão participando apenas os da área urbana por motivos de logística.

Caso seja permitida a realização desta pesquisa em seu município, seu nome e identidade, bem como os nomes e identidades dos usuários (pacientes) serão mantidos em sigilo e não haverá nenhum prejuízo.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de artigo científico, Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde, bem como em reuniões realizadas nas ESF com o propósito de apresentar as características dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de forma clínica e demográfica, assim como a assistência aos portadores desta doença.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 9637-7087, Eduardo Henrique Pereira Sandim.

Declaro que autorizo a realização deste estudo com os usuários do HIPERDIA deste município.

Itaquiraí-MS, 22 de outubro de 2013



DANIEL MAMÉDIO DO NASCIMENTO
Secretário Municipal de Saúde