

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARCOS VINICIUS FERNANDES RODRIGUES DUARTE**

**A IMPORTÂNCIA DO COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA  
PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PESSOAS ACOMETIDAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**FORTALEZA**

**2016**

**MARCOS VINÍCIUS FERNANDES RODRIGUES DUARTE**

**A IMPORTÂNCIA DO COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA  
PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PESSOAS ACOMETIDAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>o</sup>. Ms Vanessa Mesquita Ramos

**FORTALEZA**

**2016**

**MARCOS VINÍCIUS FERNANDES RODRIGUES DUARTE**

**A IMPORTÂNCIA DO COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA  
PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PESSOAS ACOMETIDAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

TCC apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. titulação (Dr./Me.), nome.  
Instituição

---

Profº. Mestre, Keila Maria Carvalho Martins  
Instituição

---

Profº. Mestre, Glauciene Siebra Maura Ferreira  
Instituição

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, elevado pela acendrada confiança no mérito e éticos aqui presentes.

A minha orientadora **Vanessa Mesquita Ramos**, pelo seu suporte no pouco que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A minha namorada **Mariana Araújo**, por sempre estar ao meu lado.

Aos meus pais **Dvair Damasceno Duarte e Aparecida de Fátima Fernandes Rodrigues Duarte**, e irmãos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*A arte da medicina consiste em distrair o paciente enquanto a Natureza cuida da doença.*

**Voltaire**

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um sério problema de saúde no Brasil, tanto por sua prevalência elevada como por suas taxas de morbimortalidade. É uma patologia por si mesma e um fator de risco clássico para as doenças do aparelho circulatório, além de interferir diretamente na qualidade de vida das pessoas por ela acometidas e na de seus familiares. Medidas que possibilitem a sua prevenção e o seu controle devem ser implementadas. Um espaço ideal para a prática de medidas que proporcionem a prevenção e a detecção precoce da HAS é a Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família. Sua abordagem pode ser feita por meio de mudanças no estilo de vida e/ou de tratamento medicamentoso com drogas anti-hipertensivas. A adesão ao tratamento é necessária para o seu sucesso e a promoção de estratégias que a possibilitem deve ser uma meta da equipe de saúde. Neste trabalho, será dada ênfase a importância do comportamento individual na prevenção primária em pessoas acometidas com hipertensão arterial, oferecendo a cada um uma nova oportunidade no que diz respeito a qualidade de vida. Todo processo será realizado durante atendimento no Programa de Saúde da Família – PSF IV – Francisca Almeida dos Santos, no município de Chaval - CE, onde se aplicará intervenção em pacientes hipertensos, mediante consultas rotineiras e entrevistas guiadas, observando e analisando as respostas obtidas para um olhar mais amplo ante os acontecimentos diários quanto a qualidade de vida e hábitos alimentares, para que seja implantado um cronograma motivacional ante as necessidades apresentadas pelos mesmos no que refere-se à aceitação de si como paciente hipertenso, o tratamento indicado por profissional competente à sua Unidade de Saúde, a qualidade de vida, no que diz respeito a prática de atividades saudáveis tanto física como social e mental diminuindo assim possíveis complicações e objetivando resultados positivos, sejam eles empregados na atenção primária do paciente hipertenso, ou ainda, visualmente nos indicadores de saúde municipais.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Atenção primária. Prevenção à Saúde. Promoção da Saúde.

## RESUMEN/ABSTRACT

### RESUMEN

Systemic arterial hypertension (SAH) represents a serious health problem in Brazil, both because of its high prevalence and because of its morbidity and mortality rates. It is a pathology in itself and a classic risk factor for diseases of the circulatory system, besides directly interfering in the quality of life of the people affected by it and that of its relatives. Measures that enable its prevention and control should be implemented. An ideal space for practicing measures that provide the prevention and early detection of hypertension is Primary Health Care, through the Family Health Strategy. Their approach can be made through lifestyle changes and / or drug treatment with antihypertensive drugs. Adherence to treatment is necessary for its success and the promotion of strategies that make it possible should be a goal of the health team. In this work, emphasis will be placed on the importance of individual behavior in primary prevention in people affected by arterial hypertension, offering each one a new opportunity with regard to quality of life. All process will be performed during the Family Health Program - PSF IV - Francisca Almeida dos Santos, in the municipality of Chaval - CE, where intervention will be applied in hypertensive patients, through routine consultations and guided interviews, observing and analyzing the responses obtained for A broader view of daily events regarding quality of life and eating habits, so that a motivational schedule can be implemented in response to the needs presented by them in relation to the acceptance of themselves as a hypertensive patient, the treatment indicated by a competent professional to the Their Health Unit, the quality of life, regarding the practice of healthy physical, social and mental activities, thus reducing possible complications and aiming for positive results, whether they are used in the primary care of the hypertensive patient or, visually, in the indicators Health services.

**Key words:** Hypertension. Primary attention. Health Promotion. Health Promotion.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	09
1.1 Local de Intervenção .....	10
2. PROBLEMA .....	13
3. JUSTIFICATIVA .....	14
4. OBJETIVOS .....	15
4.1 Objetivo Geral .....	15
4.2 Objetivos Específicos .....	15
5. REVISÃO DE LITERATURA .....	16
5.1 Contextualizações da Hipertensão Arterial .....	16
6. METODOLOGIA .....	24
6.1 Tipo de estudo/abordagem .....	24
6.1.2 Cenários de estudo .....	24
6.1.3 Participantes da pesquisa .....	24
6.1.4 Períodos da coleta de dados .....	25
6.1.5 Métodos e procedimentos para a coleta de informações .....	25
6.1.6 Apresentações e análise de informações .....	25
6.1.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa .....	26
7. CRONOGRAMA .....	27
8. RECURSOS NECESSÁRIOS .....	28
9. RESULTADOS ESPERADOS .....	29
REFERÊNCIAS .....	30
APÊNDICE .....	32
ANEXOS .....	35



## 1. INTRODUÇÃO

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial (HA) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. Propõem-se avaliações gerais dirigidas a todos e, em alguns casos, avaliações complementares apenas para grupos específicos. O PSF IV – Francisca Almeida Santos, conta com 300 pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial (HA), cadastrados e com acompanhamento realizado semanalmente tanto na unidade de saúde como domiciliar, aos que desta visita se fazem necessários.

São utilizados como medicamentos durante o tratamento: Hidroclorotiazida (25mg), Furosemida (40mg, 10mg/ml), Captopril (25mg), Losartana (50mg), Carvedilol (6,25mg), Bensilato de Anlodipino (5mg), Propanolol (40mg), Metildopa (250mg), Enalapril (5mg, 20mg), Atenolol (50mg), AAS (100mg), Clopidogrel (75mg). Porém a maioria dos pacientes faz uso dos medicamentos com orientações para uma melhor dieta e qualidade de vida proporcionada, por mudanças nos hábitos diários.

Realizamos aferição da pressão arterial (PA), peso, altura, IMC, circunferência abdominal e entrevista prévia para melhor acompanhamento de cada caso, após a classificação prévia, será realizada atividades junto ao NASF visando o conceito básico de promoção à saúde e se necessária solicitação de exames laboratoriais e posterior consulta direcionada ao serviço de Nutricionista.

## 1.1 Local de Intervenção



A Unidade Básica de Saúde PSF – IV Francisca Almeida dos Santos, situado na região central da cidade de Chaval – Ce, foi implantada e inaugurada no dia 08 de fevereiro de 2012 sobre o Governo Estadual de Cid Ferreira Gomes (Governador) e Governo Municipal de Janaline de Almeida Pacheco (Prefeita), e há 4 anos está instalada em uma sede própria com funcionamento de segunda a sexta de 7:30 horas as 17:00 horas.

A Unidade Básica de Saúde conta com os seguintes profissionais: Médico(a) Saúde da Família (1), Enfermeiro(a) (1), Técnico(a) em Enfermagem (1), Dentista (1), Técnico(a) em Saúde Bucal (1), Técnico(a) em Farmácia (1), Recepcionista (2), Cozinheiro(a) (1), Segurança(1), Coordenador(a) (1), Auxiliar de Serviços Gerais (1).

A Unidade Básica de Saúde PSF – IV Francisca Almeida dos Santos é acessível a toda população da área destinada e ademais conta com os serviços de: Sistema Único de Saúde – SUS, Medicina Familiar, Odontologia, Imunização, Farmácia, Enfermaria e Curativos.

- **Equipamentos**

A equipe do PSF-IV Francisca Almeida dos Santos, conta com os instrumentos necessários para a atenção de todos os serviços oferecem: Equipamento para toma de amostra de PAPANICOLAU, Termômetros, Estetoscópio, Esfigmomanômetro, Balanças Digitais e Manuais, Otoscópio, Lanterna, Baixa Língua (Paleta), Medicamentos básicos do SUS, Eco Som portátil, Computador para a realização de trabalhos, Cadeira de Frios.

Outorga prestações de serviços a diferentes programas como: Medicina Geral, Saúde sexual e reprodutiva, Odontologia, Enfermaria, Referência e contra referência de pacientes, Visitas a comunidades e domiciliares, Programa de Imunizações / Vacinas, Atenção ao recém-nascido, Atenção a mulher grávida (Controle pré-natal, Controle de puerpério, Planificação familiar), Programas Nacionais de Saúde

(Tuberculose, Hanseníase, DST, Dengue, Rastreamento de CA colo uterino, Rastreamento de CA de mama, Vacinações todos os dias (pentavalente, pólio, tétanos, febre amarela, rubéola, antirrábica, BCG, SRP), Rastreamento de CA de próstata etc.),

Estabelecimento de referência para os pacientes: Hospital Municipal Elizete Cardoso Passos Pacheco.

- **Enfermaria**

Conta com uma atenção guiada ao atendimento seja primário ou emergencial e está equipada com: Vitrine com Medicamentos dos SUS (1), Materiais de Seringa, Baixa Língua, Material para Curativos, Material para Suturas, Maca (1).

- **Consultório Médico**

Consta com um consultório médico, equipada com: Mesa de Escritório (1), Maca (1), Materiais de escritórios e livros, Eco som portátil (1), Estetoscópio (1), Otoscópio (1), Vitrine (1), Ar condicionado (1).

- **Consultório Odontológico**

Devidamente equipado para a atenção primária e vários tipos de tratamento.

- **Consultório de Enfermagem**

Devidamente equipado, consta com: Mesa de escritório (1), Maca (1), Materiais de escritório e livros, Eco som portátil (1), Estetoscópio (1), Esfigmomanômetro (1), Banheiro privado (1), Ventilador de Parede (1), Armário (1).

- **Infraestrutura**

A Unidade Básica de Saúde PSF – IV Francisca Almeida dos Santos conta com a seguinte infraestrutura física: Recepção (1), Consultório Médico (1), Consultório Odontológico (1), Consultório de Enfermagem (1), Farmácia (1), Sala de Triagem (1), Cadeia de Frios e Imunizações (1), Sala de Reuniões (1), Sala de Curativos (1), Cozinha (1), Almojarifado (1), Sanitários (4).

Além da estrutura física adequada e bem equipada para o bom funcionamento da equipe, o PSF-IV conta com atendimento odontológico com atendimento de qualidade. Contamos com uma população de 1.996 habitantes.

Os atendimentos de alta complexidade são realizados em Camocim, Sobral e Fortaleza; a equipe de saúde realiza consultas agendadas e visitas domiciliares, sistema de vigilância epidemiológica como campanha de vacinação, programa de atenção a mulher (citologia orgânica, planejamento familiar etc.) e demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde. A equipe realiza mensalmente reuniões para maior capacitação e levantamento de dados sobre possíveis problemáticas apresentada em nossa área. Conhecendo que a estratégia do PSF-IV prioriza ações de prevenção primária, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, estabelecemos como princípio básico o respeito e a responsabilidade de oferecer a cada paciente a melhor conduta terapêutica direcionado na importância da prevenção primária em pacientes hipertensos.

## 2 PROBLEMA

Um dos maiores problemas de estado de saúde da população na área de abrangência do PSF-IV é a alta prevalência da hipertensão arterial; é motivar de maneira social e humanitária os usuários hipertensos, para obtenção de resultados durante tratamento hipertensivo, bem como a apropriação de sua patologia, visando melhores resultados durante o tratamento. Pois entre os hipertensos que são cadastrados em tal unidade, a sua maioria não tem noção da gravidade de sua condição.

Segundo Freire (1979 p.15):

A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica.

Desta forma, a consciência só é tomada como tal, após sua prática cognoscível, a prática da conscientização nestes pacientes, exige antes de qualquer atitude a mostra da realidade frente às perspectivas futuras.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Decidiu-se realizar a presente intervenção devido ao grande fluxo de pacientes com Hipertensão Arterial no PSF-IV Francisca Almeida Santos, município de Chaval - CE, visto que além do uso de medicação é necessária a intervenção para o controle efetivo e o bem estar social, físico e mental do paciente hipertenso, viabilizando melhoria na sua rotina domiciliar bem como diminuindo os riscos de incidências de problemas sintomáticos causados pela enfermidade aqui apresentada e discutida, e ainda perfazendo os caminhos de que a prevenção primária resulta satisfatória aqui, pois, a grande maioria dos hipertensos atendidos nesse posto possui condições socioeconômicas médio-baixos necessitando acompanhamento.

Este agravo está ligado à falta de adesão ao tratamento, hábitos de vida, renda, desconhecimento da gravidade, negação ao tratamento, grau de instrução, apoio familiar, etc.

O grande desafio desse projeto é que a equipe consiga aderir os hipertensos ao tratamento, bem como motivar hábitos de vida saudáveis desde a criança ao idoso.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo Geral

- ✓ Realizar acompanhamento individual e personalizado para os hipertensos com maior predisposição a outras doenças.

### 4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil da população hipertensa acompanhadas no PSF-IV Francisca Almeida dos Santos, Chaval - Ceará, segundo as *variáveis demográficas* (sexo, idade, estado civil, ocupação), *relacionadas à HA* (uso de medicamentos anti-hipertensivos, controle dos níveis pressóricos e tempo de progressão da HA), *hábito de estilo de vida* (atividade física, tabagismo, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e consumo de bebida alcoólica) e *percepção da qualidade de vida*;
- ✓ Correlacionar a percepção da qualidade de vida desta população com variáveis demográficas, relacionados à HA e hábito de estilo de vida.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Contextualização da Hipertensão Arterial

- **Definição**

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). (LEWINGTON S, et al. **Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** Lancet. 2003); (MA, Weber. Et al. **Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension.** J Hypertens. 2014).

Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. (LEWINGTON S, et al. **Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** Lancet. 2003); (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão.** Rev Bras Hipertens. 2010).

- **Hipertensão Arterial e Doença Cardiovascular no Brasil**

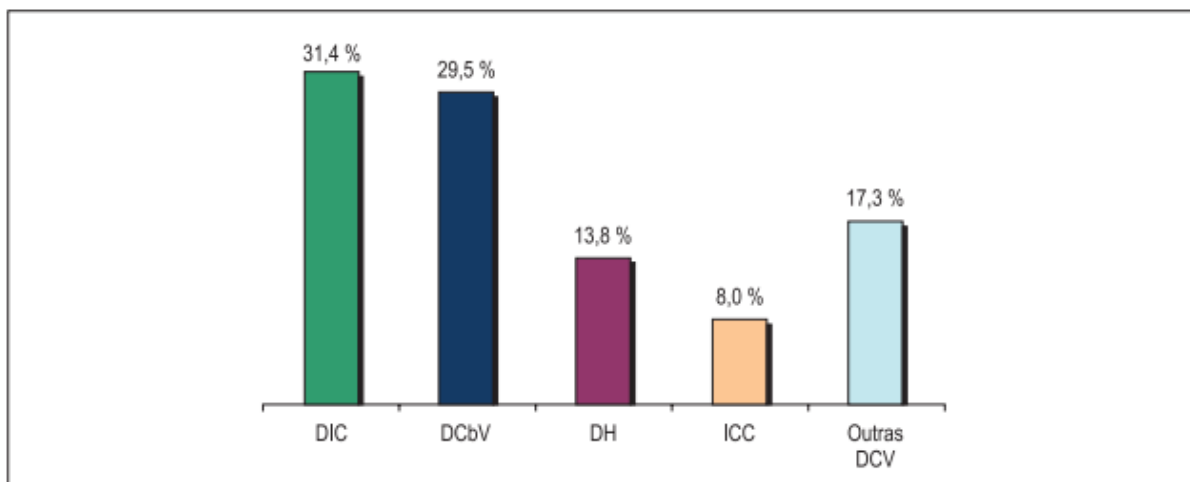
No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). (LC, Scala LC. Et al. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.** In: SM, Moreira. AV, Paola. **Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** 2ª. edição. São Paulo. Editora Manole; 2015).

Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$



4,18 bilhões entre 2006 e 2015. (DO, Abegunde. Et al. **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries**. Lancet. 2007).

Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (Figura 1).



**Figura 1** – Taxa de mortalidade no Brasil por doença cardiovascular (DCV) e distribuição por causas no ano de 2013. DIC: doenças isquêmicas do coração; DCbV: doença cerebrovascular; DH: doenças hipertensivas; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. As doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da IC congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013). (RM Guimarães. et al. **Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012**. Rev Panam Salud Publica. 2015). (Figura 2).

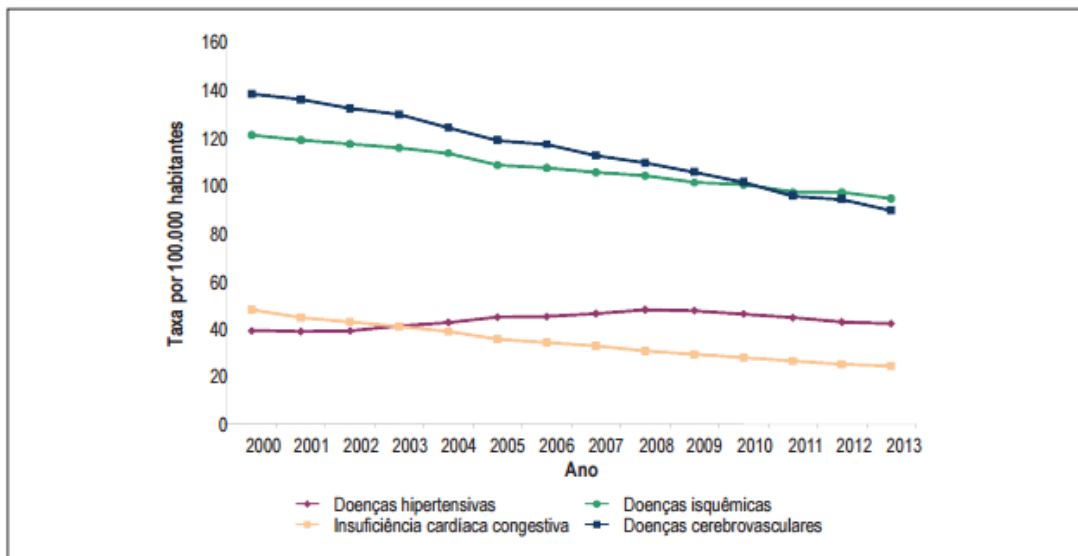


Figura 2 – Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde, MS.

- **Prevalência de Hipertensão Arterial**

A prevalência de HA no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação. (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de HA de acordo com diferentes métodos de abordagem

Fonte	PA	n	Geral (%)	Homens	Mulheres
Picon et al. <sup>10</sup>	Aferida	17.085	28,7 (26,2–31,4)	27,3 (22,5–32,8)	27,7 (23,7–32,0)
Scala et al. <sup>7</sup>	Aferida		21,9–46,6	-	-
VIGITEL, 2014**	Autorreferida, por telefone	40.853	25,0		
PNS, 2013**	Autorreferida	62.986	21,4	18,1	21,0
PNS, 2014**	Aferida	59.402	22,3	25,3	19,5

PA: pressão arterial. \*Meta-análise; estudos da década de 2000. \*\*Nota: as pesquisas VIGITEL e PNS não consideram hipertensos aqueles que se declararam hipertensos sob tratamento.

Na meta-análise de Picon et al., os 40 estudos transversais e de coorte incluídos mostraram tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%.<sup>10</sup> Estudos com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de HA em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%). (D, Chor. Et al. **Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study.** PLOS One. 2015).

Dados do VIGITEL (2006 a 2014) indicam que a prevalência de HA autor referida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, respectivamente, sem diferenças em todo o período analisado, inclusive por sexo. Entre adultos com 18 a 29 anos, o índice foi 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de

60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e  $\geq 75$  anos, 55%. O Sudeste foi a região com maior prevalência de HA autor referida (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%). Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%, respectivamente. (BRASIL, Vigitel 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2016. Disponível em: Acesso em 19/05/2016).

Em 2014, a PNS mediu a pressão arterial (PA) de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em smartphone. A prevalência geral de PA  $\geq 140/90$  mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% vs 19,8%).

- **Com Relação a Classificação**

Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Entretanto, valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório estão expressos no Quadro 6.

**Quadro 6 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade**

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	$\leq 120$	$\leq 80$
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

*Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS  $\geq 140$  mm Hg e PAD  $< 90$  mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.*

- **Fatores de Risco para Hipertensão Arterial**

- **Idade**

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos  $\geq 60$  anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (BGE). **Sinopse do censo demográfico**, 2010. Disponível em 2010).

Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HA. (RV, Picon, et al. **Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis**. Am J Hypertens. 2013).

### **Sexo e etnia**

Na PNS de 2013, a prevalência de HA autor referida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra. (RM, Nascimento-Neto, et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Atlas corações do Brasil. Rio de Janeiro; 2006).

### **Excesso de peso e obesidade**

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>), 52,5% vs 43%. No mesmo período, obesidade (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014.

### **Ingestão de sal**

O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos CV e renais. (D, Zhao, et al. **Dietary factors associated with hypertension**. Nat Rev Cardiol. 2011).

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte. (A, Briasoulis, et al. **Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis**. J Clin Hypertens. 2012).

O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do VIGITEL de 2014 indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou

muito alto de sal nos alimentos. (BRASIL, Vigitel 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2016. Disponível em: Acesso em 19/05/2016).

### **Ingestão de álcool**

Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. (SSA, Andrade, et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde**, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**. 2015).

Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia. Dados do VIGITEL, 2006 a 2013, mostram que consumo abusivo de álcool – ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade. (SSA, Andrade, et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde**, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**. 2015).

### **Sedentarismo**

Estudo de base populacional em Cuiabá, MT, (n = 1.298 adultos ≥ 18 anos) revelou prevalência geral de sedentarismo de 75,8% (33,6% no lazer; 19,9% no trabalho; 22,3% em ambos). Observou-se associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a 8 anos e renda per capita < 3 salários mínimos. (LC, Scala, et al. **Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira**. *Arq. Bras Cardiol*. 2015).

Dados da PNS apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%). Houve diferença nas frequências

de insuficientemente ativos entre faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%) e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%). (DC, Malta, et al. **Brazilian lifestyles: National Health Survey results**, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**. 2015).

### **Fatores socioeconômicos**

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%.<sup>26</sup> No entanto, dados do estudo ELSA Brasil, realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil com maior nível de escolaridade, apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens. (D, Chor, et al. **Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brazil Study**. PLOS One. 2015).

### **Genética**

Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos. (L, Kimura. Et al. **Multilocus family-based association analysis of seven candidate polymorphisms with essential hypertension in an African-derived semiisolated Brazilian population**. Int J Hypertens. 2012;2012).

- **Estratégias para implementação de medidas de prevenção**

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos.

- **Alimentos que devem ser evitados (Quadro 1)**

<p><b>Alimentos Ricos em Sódio</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sal de cozinha</li> <li>2. Temperos industrializados, caldos concentrados, shoyu, mostarda, Ketchup, salsicha, mortadela, linguiça, presunto, salame, paio.</li> <li>3. Enlatados</li> <li>4. Conservas: azeitonas, pickles, palmitos, aspargo</li> <li>5. Bacalhau, charque, carne seca, defumados</li> <li>6. Queijos</li> <li>7. Aditivos: glutamato, monossódico usado em condimentos e sopas de pacote.</li> </ol>
<p><b>Alimentos que elevam os triglicédeos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alimentos e bebidas com açúcar</li> <li>2. Mel e derivados</li> <li>3. Bebidas alcoólicas</li> <li>4. Cana de açúcar, melado, garapa e rapadura</li> <li>5. Alimentos ricos em gordura</li> </ol>
<p><b>Alimentos ricos em gorduras saturadas e/ ou colesterol</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leite e derivados: leite integral, nata, manteiga, queijo amarelo, requeijão, creme de leite</li> <li>2. Porco e derivados: bacon, torresmo, linguiça, banha, salame, mortadela, presunto, salsicha</li> <li>3. Qualquer tipo de fritura</li> <li>4. Frutos do mar: sardinha enlatada, camarão, mexilhão, ostras, marisco</li> <li>5. Miúdos: coração, moela, fígado, miolos, rins</li> <li>6. Dobradinha, caldo de mocotó</li> <li>7. Couro de peixe e pele de frango</li> <li>8. Gema de ovo e suas preparações</li> <li>9. Carne de gado com gordura visível</li> <li>10. Coco: óleo, polpa e leite</li> <li>11. Castanhas e amendoim</li> <li>12. Chocolate e derivados</li> <li>13. Azeite de dendê</li> <li>14. Sorvetes</li> </ol>

Fonte: KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. **Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes.** Jornal de Pediatria, 2007.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de estudo/abordagem**

Este estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar o perfil da população hipertensa coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF-IV Francisca Almeida dos Santos) Chaval - Ceará e correlacionar a percepção da qualidade de vida desta população com variáveis demográficas, relacionados à HAS e hábitos de vida, assim como a prevenção primária.

#### **6.1.2 Cenário de Estudo**

O estudo será realizado no PSF-IV Francisca Almeida dos Santos e comunidades rurais que compõe a cobertura do posto. O PSF – IV tem uma equipe credenciadas pelo Ministério da Saúde, atuando exclusivamente em zona urbana e rural. A equipe é composta por um médico clínico geral, enfermeiros, técnica em enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, e um total de sete agentes comunitários de saúde. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a população do município coberta pelo PSF-IV totaliza 1.996 habitantes. O presente estudo será realizado nos distritos de zona rural que compõe a cobertura do PSF-IV, tais como Mucambo dos Costas, Lagoa do Mucambo, Mucambo dos Quincas, Japão e Pernambuquinho, como também na própria sede do posto de saúde. A população total é de 1.996 habitantes, sendo 300 hipertensos acompanhados e cadastrados. A principal atividade econômica é a produção de sal marinho em Salinas, na agricultura de subsistência (algodão arbóreo, caju, arroz, milho, mandioca e feijão), na pecuária (bovinos, suínos, e avícola) e na piscicultura (criatórios de camarão).

#### **6.1.3 Participantes da pesquisa**

Será selecionada um total de 150 participantes aleatoriamente dentre os 300 hipertensos cadastrados pelo PSF-IV que frequentaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) no período de realização da pesquisa e atenderam aos critérios para inclusão no estudo.



Os critérios para inclusão no estudo foram:

- ✓ Idade superior entre 30 até > de 80 anos
- ✓ Diagnóstico clínico de HAS;
- ✓ Residir na área de abrangência do PSF-IV Francisca Almeida dos Santos, e estar em acompanhamento com a equipe;
- ✓ Não apresentar dificuldades de manter comunicação verbal de maneira a possibilitar a resposta das perguntas do instrumento de pesquisa;
- ✓ Consentir em participar da pesquisa

#### **6.1.4 Período da coleta de dados**

A coleta de dados será realizada no período de agosto a setembro de 2016.

#### **6.1.5 Métodos e procedimentos para a coleta de informações**

Será realizada por meio de entrevista e exame físico, no período de funcionamento do posto de saúde em consultório médico, com portas fechadas, respeitando a privacidade do paciente. Após leitura e explicação dos objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi entregue ao participante em duas vias, sendo solicitada a entrega de uma via assinada, o que garantiu a autorização de sua participação.

Entrevista e exame físico será utilizado para coleta de dados sócio-demográficos, mensuração da qualidade de vida (APÊNDICE B), mensuração de variáveis relacionadas à HA e mensuração de variáveis de hábito e estilo de vida (ANEXO A).

#### **6.1.6 Apresentação e análise das informações**

Os dados sócios demográficos referentes ao estilo de vida e relacionados à HAS e qualidade de vida será descritos em valores absolutos e percentuais para caracterização da amostra. A correlação entre a percepção da qualidade de vida com as variáveis sócio- demográficas, de estilo de vida e relacionadas à HA será realizada através de cálculo de coeficiente de *Spearman* devido à natureza categórica das variáveis em análise.

#### **6.1.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

Como a pesquisa respeita os princípios bioéticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – MS. Se utilizará: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE A).

## 7 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
ATIVIDADES	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
<i>Conhecimento do público alvo</i>						■	■					
<i>Preparação de intervenção através de dados colhidos durante consulta</i>							■	■				
<i>Tradução dos dados coletados</i>								■	■			
<i>Seleção de material bibliográfico</i>									■	■		
<i>Início do cruzamento de dados com revisão de literatura</i>										■	■	
<i>Finalização do trabalho</i>										■	■	
<i>Entrega do trabalho</i>												■

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO (R\$)</b>	<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>
Papel Resma	02	15,00	30,00
Cartucho (cor preta)	02	35,00	70,00
Cartucho (colorido)	01	35,00	35,00
Encadernação	00	0	0
Internet por mês	Livre	0	0
Computador Notebook	01	1.500,00	1.500,00
Impressora Multifuncional	01	250,00	250,00
Pendrive 16GB	01	100,00	100,00
Transporte Urbano e Rural (Despesas com combustível)	30 litros	4,06	121,80
<b>TOTAL (R\$)</b>			<b>2.106,80</b>

A pesquisa será financiada por mim, Marcos Vinícius Fernandes Rodrigues Duarte.

## 9 RESULTADOS ESPERADOS

A HA é uma doença altamente prevalente na população brasileira, tornando-se fator relevante na morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas, principalmente as doenças cardiovasculares. A avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensos é um fator determinante para avaliar a melhora do indivíduo após o início do tratamento, bem como identificar as alterações causadas pela doença e pelo seu tratamento.

O controle da pressão arterial não está relacionado apenas aos hábitos de vida saudável do indivíduo e seu tratamento medicamentoso, mas também à conscientização sobre a doença e as comorbidades relacionadas. Neste contexto, a equipe de saúde assume relevante papel na educação e prevenção primária para saúde, elaborando estratégias de intervenção pautadas no conhecimento da população atendida e no referencial teórico referente à não adesão ao tratamento. Desta forma, uma melhor qualidade de vida nos indivíduos hipertensos pode estar relacionada à postura frente à doença e aos cuidados tomados para o controle da PA. em ambos os casos, é fundamental a intervenção da equipe de saúde na aquisição de habilidades dos pacientes para controle da patologia.

Os resultados esperados são os de melhor qualidade de vida aos hipertensos da área da unidade de saúde aqui apresentada, bem como a motivação de pacientes e familiares acerca da enfermidade que afeta milhões de pessoas em todo o mundo e no Brasil tem crescido cada vez mais. Ademais esperamos com o passar dos estudos e atividades a serem realizadas, criar um âmbito motivacional junto a equipe, através de palestras de atualização e cursos de aperfeiçoamento.

## REFERÊNCIAS

A, Briasoulis, et al. **Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis.** J Clin Hypertens. 2012

BRASIL, Vigitel 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** 2016. Disponível em: Acesso em 19/05/2016

D, Chor. Et al. **Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study.** PLOS One. 2015

DC, Malta, et al. **Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013.** Epidemiol Serv Saúde. 2015

DO, Abegunde. Et al. **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** Lancet. 2007

D, Zhao, et al. **Dietary factors associated with hypertension.** Nat Rev Cardiol. 2011

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (BGE). **Sinopse do censo demográfico, 2010.** Disponível em 2010

KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. **Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes.** Jornal de Pediatria, 2007

LC, Scala LC. Et al. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.** In: SM, Moreira. AV, Paola. **Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. edição.** São Paulo. Editora Manole; 2015

LC, Scala, et al. **Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira.** Arq. Bras Cardiol. 2015

LEWINGTON S, et al. **Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** Lancet. 2003.

L, Kimura. Et al. **Multilocus family-based association analysis of seven candidate polymorphisms with essential hypertension** in an **African-derived semiisolated Brazilian population**. Int J Hypertens. 2012;2012

MA, Weber. et al. **Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension**. J Hypertens. 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão**. Rev Bras Hipertens. 2010

RM Guimarães. Et al. **Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012**. Rev Panam Salud Publica. 2015

RM, Nascimento-Neto, et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Atlas corações do Brasil. Rio de Janeiro; 2006

RV, Picon, et al. **Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis**. Am J Hypertens. 2013

SSA, Andrade, et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Epidemiol Serv Saúde. 2015

## APÊNDICE (S)

### APÊNDICE A

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você tem um tipo de doença denominada hipertensão arterial Sistêmica e está sendo convidado a participar do estudo sobre a importância do comportamento individual na prevenção primária em pessoas acometidas com Hipertensão Arterial, cadastrados no PSF – IV Francisca Almeida dos Santos, localizada na cidade de Chaval – Ceará. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida dos hipertensos e correlacioná-la com as suas condições sócio-demográficas e hábitos de vida por meio de uma intervenção primária. Caso você participe, será necessário fazer uma avaliação pela equipe. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo você não receberá nenhum dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento no estudo, pois você será identificado com um número.

Eu, \_\_\_\_\_ li ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Chaval – Ce. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento Identidade

---

Assinatura do pesquisador responsável

Dr. Marcos Vinicius F. R. Duarte

(88) 98848-0700



## APÊNDICE B

### A IMPORTÂNCIA DO COMPORTAMENTO INDIVIDUAL NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA EM PESSOAS ACOMETIDAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Pesquisador: Marcos Vinicius Fernandes R. Duarte

Nome da Unidade de Saúde PSF-IV FRANCISCA ALMEIDA DOS SANTOS	Cód. CNES 6429351	Cód. EQUIPE INE 0000084551	DATA
---	----------------------	-------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO				
Nome			Data Nascimento	Sexo ( ) M ( ) F
Nome da Mãe		Nome do Pai		
Raça/Cor	Escolaridade	Nacionalidade	País de Origem	Data Naturalização / /
UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. Conjugal	Número do Cartão SUS	

DOCUMENTO OBRIGATORIO					
Identidade	Número	Complemento	Órgão	UF	Data da Emissão

ENDEREÇO				
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone	

DADOS CLINICOS DO PACIENTE				
Pressão Arterial Sistêmica	Pressão Arterial Diastólica	Cintura (cm)	Peso (kg)	
Altura (cm)	IMC	Glicemia Capilar (mg/dl)	( ) Jejum ( ) Pós Prandial	

Fatores de Risco e Doenças Concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares – Cardiovasculares			Infarto Agudo do Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras Coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé Diabético		
Sedentarismo			Amputação por Diabetes		
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial			Deficiência Física		
Alcoolismo			Outros:		

TRATAMENTO											
Não Medicamentoso ( )											
Medicamentoso								Unidades/Dia			
Tipo	Comprimidos/dia						Insulina				
	1/2	1	2	3	4	5				6	
Hydroclorotiazida 25mg											
Propranolol 40mg											
Captopril 25mg											
Losartana 50mg											
Enalapril 5mg											
Glibenclâmida 5mg											
Metformina 500mg											
Outros ( ) Sim Não ( )											
Há quanto tempo faz uso de medicamentos para Hipertensão e/ou Diabetes											

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL		
Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Otima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderado)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	≥180	≥110
Sistólica isolada	≥140	<90

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (CM) E RISCOS DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS COM OBESIDADE EM HOMENS E MULHERES		
	Normal	Elevado e Muito Elevado
<b>Sexo Masculino</b>		
	< 94 cm	≥ 94 cm ≥ 102 cm
<b>Sexo Feminino</b>		
	< 80 cm	≥ 80 cm ≥ 88 cm

VALORES NORMAIS DE GLICOSE DE ACORDO COM INGESTÃO DE ALIMENTOS	
Em jejum normal (sem comida durante oito horas).	70 - 99 mg/dl
Em pós Prandial (duas horas após a ingestão de alimentos).	< 140 mg/dl
Normoglicemia	60-110 mg/dl
Hipoglicemia	< 60 mg/dl
Hiperglicemia (em jejum).	≥ 110 mg/dl
DIAGNOSTICO DE DIABETES	
Dois testes de glicose no sangue em jejum consecutivos	≥ 126 mg/dl
Qualquer glicose no sangue aleatória	≥ 200 mg/dl
H1OG de 75g de duas horas	> 200 mg/dl
PRE DIABETES OU GLICEMIA DE JEJUM ALTERADA	
Glicemia de jejum	100-125 mg/dl
H1OG de 75g de duas horas	140-199 mg/dl
VALORES NORMAIS DE GLICOSE EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS	
Em jejum	72-108 mg/dl
Pós Prandial (duas horas após a ingestão de alimentos).	140 mg/dl

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL - IMC		CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO ADULTO		
IMC= peso em kg / (altura em metros*altura em metros)		IDADE	VACINA	DOSE
Condição	Condição	20 a 59 anos	Hepatite B	3 doses (0, 30 e 180 dias)
Magreza grave	Magreza grave		Febre Amarela	Uma dose e um reforço
Magreza moderada	Magreza moderada		Índice Viral	2 doses de 20 a 29 anos
Magreza leve	Magreza leve			1 dose de 30 a 49 anos
Normal	Normal		Duplo Adulto	Reforço a cada 10 anos
Sobrepeso	Sobrepeso	60 anos ou mais	CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO IDOSO	
Obesidade Grau I	Obesidade Grau I		Hepatite B	3 doses (0, 30 e 180 dias)
Obesidade Grau II (severa)	Obesidade Grau II (severa)		Febre Amarela	Uma dose e um reforço
Obesidade Grau III (morbida)	Obesidade Grau III (morbida)		Duplo Adulto	Reforço a cada 10 anos
			Gripe (influenza)	1 dose anual

RELATÓRIO MÉDICO

Assinatura e Carimbo do Médico

## ANEXO (S)

### ANEXO A

#### QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM HIPERTENSOS ARTERIAL (MINICHAL-BRASIL)

Nos últimos sete dias...	Não, absolutamente.	Sim, um pouco	Sim, bastante.
1. Tem dormido mal?			
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?			
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?			
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?			
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?			
6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?			
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta continua?			
8. Sente-se incapaz de disfrutar suas atividades habituais a cada dia?			
9. Tem se sentido esgotado e sem forças?			
10. Teve sensações de que estava doente?			
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensações de falta de ar sem causa aparente?			
12. Teve inchaço nos tornozelos?			
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?			
14. Tem sentido a boca seca?			
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço?			
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?			
17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa tem afetado a sua qualidade de vida?			

O MINICHAL-BRASIL é composto por 17 questões e dois domínios. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência tipo Likert e tem quatro opções de resposta de 0 (Não, absolutamente) a 3(sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo a 0 estiver o resultado, melhor a qualidade de vida. O domínio Estado Mental compreende as questões de 1 a 9, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio Manifestações Somáticas compreende as questões de 10 a 16 e tem pontuação máxima de 21.