

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Isabella Martins Barbosa da Silva Paes

**ESTILO DE VIDA E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2012

Isabella Martins Barbosa da Silva Paes

**ESTILO DE VIDA E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Co-orientadora: Dr^a. Annick Fontbonne

RECIFE

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- P126e Paes, Isabella Martins Barbosa da Silva.
Estilo de vida e o controle da hipertensão arterial em indivíduos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família, em Pernambuco / Isabella Martins Barbosa da Silva Paes. - Recife: s. n., 2012.
95 p. : ilus.
- Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; co-orientadora: Adriana Falangola.
1. Hipertensão – prevenção e controle. 2. Fatores de risco. 3. Estilo de vida. 4. Saúde da família. 5. Qualidade de vida. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Fontbonne, Annick. III. Título.

CDU 616.12-008.331.1

ISABELLA MARTINS BARBOSA DA SILVA PAES

**ESTILO DE VIDA E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
INDIVÍDUOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 02/03/2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dr.^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira Goveia
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof.^a. Dr.^a. Anete Rissin
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Eduarda Cesse pelo apoio, incentivo e oportunidade de crescimento durante estes anos;

À minha co orientadora Annick Fontbonne pelas importantes contribuições na execução deste trabalho;

À toda equipe ServiDiaH pelo esforço, dedicação e empenho em todas as etapas da pesquisa;

Às “garotinhas lindas” do mestrado: Silvinha, Duda e Shirley pela amizade e momentos compartilhados nesta jornada;

À Equipe “corda de carangueijo” do NASF, pela compreensão e força nos momentos difíceis;

Aos professores, colegas de turma e funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) / Aggeu Magalhães –PE pelas contribuições que sem dúvida incentivaram o meu crescimento pessoal e profissional;

Ao meu marido – *Hermann*, aos meus pais – *Tito e Noemi* e às minhas irmãs - *Jú e Dani* por todo amor, carinho, amizade, apoio, união e compreensão de sempre;

E em especial ao meu filhinho Marcelo, que já na barriga da mamãe ajudou a concluir mais uma etapa em minha vida...

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

PAES, Isabella Martins Barbosa da Silva. Estilo de vida e o controle da hipertensão arterial em indivíduos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família, em Pernambuco. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O estilo de vida adotado poderá contribuir para exposição a fatores que influenciam no risco de adoecimento ou morte prematura. Com o crescente aumento das doenças crônicas não transmissíveis no mundo, a identificação destes fatores passam a orientar intervenções e práticas de saúde, com o objetivo de preveni-las ou controlá-las. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar os fatores de risco relacionados ao estilo de vida e as orientações profissionais que influenciam no controle da hipertensão arterial. Se constituiu em um estudo quantitativo de corte transversal, com 784 usuários hipertensos acompanhados pela ESF em municípios pernambucanos. Dos hipertensos entrevistados, apenas 43,1% eram controlados em relação à pressão arterial; grande parte não realizava atividades físicas (69,0%), apresenta excesso de peso (74,3%), e possuía acúmulo de gordura abdominal (65,3%). As análises univariadas mostraram que o IMC foi a variável do estilo de vida que apresentou associação positiva ($p < 0,05$) com o controle da pressão arterial. Entre as orientações profissionais esta relação esteve presente para as variáveis relacionadas à atividade física e perda de peso. A regressão logística multivariada identificou que o sexo, o nível de estudos, e o questionamento sobre a realização de atividades físicas, são fatores que independentes de outros exerceram influência no controle da pressão arterial. Estes resultados denotam a importância de estimular a adesão a um estilo de vida saudável, em que as orientações prestadas devem ser feitas de forma contínua, considerando as especificidades do indivíduo e de seu território em particular, buscando incentivar a autonomia para o auto cuidado e melhoria da qualidade de vida.

Palavras chaves: Estilo de vida, hipertensão, Saúde da Família, qualidade de vida.

PAES, Isabella Martins Barbosa da Silva. Lifestyle and control of hypertension in individuals assisted by Strategy for Family Health in Pernambuco. 2012. Dissertation (Academic Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The lifestyle adopted may contribute to exposure to factors that influence the risk of illness or premature death. With the increasing number of chronic diseases in the world, the identification of these factors begin to guide interventions and health practices, in order to prevent them or control them. In this perspective, this study aimed to analyze the risk factors related to lifestyle and professional guidelines that influence the control of hypertension. Constituted a cross-sectional quantitative study, with 784 hypertensive patients followed by ESF municipalities in Pernambuco. Of hypertensive respondents, only 43.1% were controlled in relation to blood pressure; largely did not perform physical activities (69.0%), is overweight (74.3%), and had abdominal fat accumulation (65, 3%). The univariate analysis showed that BMI was the variable that lifestyle had a positive association ($p < 0.05$) with blood pressure control. Among the professional guidance this relationship was present for the variables related to physical activity and weight loss. Multivariate logistic regression identified that gender, education level, and questioning about physical activity are independent of other factors that had an influence on blood pressure control. These results show the importance of encouraging adherence to a healthy lifestyle, in which the guidelines provided should be made continuously, considering the specificities of the individual and his particular territory, seeking to foster autonomy and self care improvement quality of life. Keywords: Lifestyle, hypertension, family health, quality of life

Keywords: lifestyle, hypertension, Family Health, quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação do estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC) em adultos.	32
Tabela 2. Relação entre as características socioeconômicas e demográficas e o controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.	36
Tabela 3. Relação entre as características do estilo de vida e o controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.	37
Tabela 4. Relação entre orientações profissionais para o estilo de vida e o controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.	39
Tabela 5. Relação entre características do estilo de vida e as orientações profissionais recebidas pelos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.	40
Tabela 6. Associação entre as características sociodemográficas e do Estilo de vida em relação ao controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.	41
Tabela 7. Associação entre as orientações profissionais e as características do Estilo de vida e em relação ao controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONASS	Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselhos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
mmHG	milímetros de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PE	Pernambuco
PRAHD	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SISHIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	14
2.1	A Hipertensão arterial: um problema de saúde pública	14
2.2	A identificação de fatores de risco: um instrumento para o planejamento das ações de saúde	15
2.3	Os fatores de risco relacionados ao estilo de vida	17
2.3.1	<i>O consumo de tabaco e álcool</i>	<i>17</i>
2.3.2	<i>O sobrepeso/obesidade e o sedentarismo</i>	<i>19</i>
2.3.3	<i>Os Hábitos alimentares</i>	<i>20</i>
2.4	A Estratégia de Saúde da Família e a atenção prestada ao usuário hipertenso	21
2.5	Os fatores de risco e as políticas públicas	25
3	JUSTIFICATIVA	25
4	OBJETIVOS	27
4.1	Geral	27
4.2	Específicos	27
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
5.1	População do estudo	28
5.2	Sobre a pesquisa ServiDiaH	28
5.2.1	<i>Desenho amostral da pesquisa ServiDiaH</i>	<i>28</i>
5.2.2	<i>Instrumento de coleta dos dados da pesquisa ServiDiaH</i>	<i>29</i>
5.3	Variáveis do estudo	30
5.4	Análise Estatística dos Dados	30
5.4.1	<i>Análise Descritiva</i>	<i>30</i>
5.4.2	<i>Análise Associativa</i>	<i>32</i>
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34

7	RESULTADOS	35
7.1	Características socioeconômicas e demográficas	35
7.2	Características do estilo de vida	36
7.3	Orientações profissionais relacionadas ao estilo de vida	37
7.4	Fatores associados ao controle da Pressão Arterial	40
8	DISCUSSÃO	43
8.1	Considerações iniciais	43
8.2	Aspectos socioeconômicos e demográficos	43
8.3	Aspectos relacionados ao estilo de vida	45
9	CONCLUSÕES	49
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A - Formulário dos usuários hipertensos – pesquisa ServDiaH	61
	ANEXO A – Carta de autorização para utilização dos dados	96

1 INTRODUÇÃO

A forma como os indivíduos e a sociedade se organizam para viver influenciam seus padrões de saúde-doença. A depender do estilo de vida adotado, haverá uma maior ou menor exposição a fatores que incrementam ou reduzem o risco de adoecimento ou morte prematura. O estilo de vida pode ser entendido como hábitos e comportamentos auto determinados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo, que se expressam em determinadas condutas ao longo da vida (POSSAS, 1989; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

As práticas da vida cotidiana, influenciadas pelos hábitos culturais e cada vez mais pelos hábitos de consumo das sociedades capitalistas, trazem a tona um perfil epidemiológico complexo, no qual as doenças crônicas vêm tomando lugar de destaque (BARRETO; CARMO, 2007; CESSÉ; FREESE, 2006; FREESE; FONTBONNE, 2006).

Entre os diversos problemas crônicos, as doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, correspondendo à primeira causa de óbito em todas as regiões do país, em ambos os sexos. Mesmo havendo tendências de redução da mortalidade por este grupo de doenças, elas representaram aproximadamente 31,5% dos óbitos ocorridos no país, uma taxa de mortalidade de 131/100.000 habitantes e 10% do número de internações (CESSÉ et al., 2008; MOURA et al., 2007).

A presença da Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal fator para as complicações cardiovasculares atingindo 25% da população adulta brasileira e mais de 50% da população a partir dos 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Para a redução da prevalência dos principais fatores de risco relacionados às doenças crônicas, o Ministério da Saúde prioriza a promoção da saúde como estratégia para controlar e prevenir a morbimortalidade decorrente destas doenças (BRASIL, 2006). Atualmente no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família é vista como o principal modelo para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas no âmbito da atenção primária. O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, e têm como foco a família e não apenas o indivíduo, o que permite o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e de co responsabilidade com a comunidade, o que torna a Estratégia de Saúde

da Família um meio potencial para medidas de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 1997, 2006; BUSS,2000).

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 A Hipertensão Arterial: um problema de saúde pública

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente, sendo considerada como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. De acordo com a V Diretriz Brasileira para Hipertensão Arterial (2006), um indivíduo adulto (maior que 18 anos) é considerado hipertenso após duas medidas tensionais em momentos distintos, com valores acima de 140/90 mmHg (LESSA, 1998).

Assim como as demais DCNT, a hipertensão arterial apresenta um processo de instalação insidioso, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, com evolução para graus variados de incapacidade ou para morte, acometendo principalmente a população adulta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Apesar da literatura médica afirmar que a hipertensão arterial não apresenta sintomatologia própria, sendo considerada uma doença que pode permanecer assintomática por várias décadas, algumas queixas relacionadas a conseqüências das tensões alteradas sobre outros órgãos são levantadas por muitos indivíduos hipertensos, como ansiedade e irritabilidade, labilidade emocional, palpitações, perturbações visuais, vertigens, tonteiras, cefaléia, e sangramento pelas narinas. No entanto, a principal complicação da hipertensão arterial é sem dúvida a sua forte associação com as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004; FUCHS, 2004; KAPLAN, 1998).

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta causa ou doença que justifique a elevação da pressão arterial, sendo estes casos classificados como hipertensão arterial primária. Poucos são os hipertensos em que se consegue definir uma doença orgânica, ou seja, uma causa como responsável pela elevação e manutenção dos níveis tensionais, sendo estes casos classificados de hipertensão arterial Secundária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90%, onde a estimativa mundial é de que 1 bilhão de indivíduos sejam portadores de hipertensão, e que esta doença seja responsável por aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano (CHOBANIAN, 2003).

Apesar dos poucos estudos no Brasil, inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades em regiões diferentes do país apontam para uma prevalência estimada da hipertensão arterial na ordem de 23 a 44% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Porém, esses estudos ainda estão restritos principalmente às Regiões Sul e Sudeste do país, não podendo estas informações serem representativas para a população brasileira, tendo em vista que não é possível extrapolar com segurança a magnitude da hipertensão arterial, o que acaba por inviabilizar a sua comparação e utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Diante desta realidade, o objetivo final da terapia anti-hipertensiva é reduzir a morbimortalidade dos pacientes que apresentam elevado risco cardiovascular. O tratamento da hipertensão arterial é realizado através de medidas não medicamentosas para todos os indivíduos (mudanças no estilo de vida), e quando necessário o uso de medicamentos também deve ser adotado (BRASIL, 2008; CHOBANIAN, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O acompanhamento e controle da hipertensão arterial são realizados pela aferição da pressão arterial (PA), onde o rastreamento deve servir como medida preventiva de saúde. Este simples procedimento pode revelar a presença de níveis pressóricos elevados em pacientes assintomáticos, permitindo um tratamento precoce, seja ele farmacológico ou não (WHELTON et al., 2002).

Deste modo, conhecer a distribuição da hipertensão arterial e seus fatores de risco em uma população permite a adoção de estratégias a grupos mais susceptíveis. A maioria destes fatores, além da própria hipertensão arterial, pode ser modificado ou atenuado sobretudo por mudanças no estilo de vida (CARVALHO, 1988; SIMÃO et al., 2002).

2.2 A identificação de fatores de risco: um instrumento para o planejamento das ações de saúde

O termo risco começou a ser utilizado empiricamente em torno dos anos 20, tendo como base epistemológica para a formalização do seu conceito a ‘epidemiologia da exposição’. As exigências de validação dos discursos científicos no século XX valorizavam o que fosse passível de formalização e aplicação prática, incentivando as investigações de pessoas sob ameaça e populações em risco de exposição à infecções – ‘o risco representado

por exposição’ – entendido como a oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença (AYRES, 2002).

A partir de 1945, com o aumento do número de casos por doenças não transmissíveis, os interesses voltados ao campo da epidemiologia passam a ser de não apenas identificar a exposição, mas de conhecer esses fenômenos, retratando o que vem a ser a ‘epidemiologia do risco’, visando à construção e verificação de associações probabilísticas entre eventos (AYRES, 2002).

O rápido conhecimento dos fatores que levam ao adoecimento foi possível graças à disseminação dos métodos estatísticos entre os epidemiologistas, o que ocasionou o aumento da precisão na formulação das perguntas, e, sobretudo nas respostas trazidas pelos estudos epidemiológicos. Estes acontecimentos levaram o conceito e a utilização do risco a se difundir e a se tornar um verdadeiro paradigma científico, e a epidemiologia a desenvolver uma forma própria de demonstrar e argumentar cientificamente os seus estudos (AYRES, 2002).

A identificação do risco/fatores de risco, suas causas e consequências, passam a orientar intervenções, penetrando profundamente no conjunto das práticas de saúde. O enfoque de risco consolida-se conceitualmente como um instrumento discriminador de diferentes probabilidades objetivas de danos determinados em indivíduos, famílias e grupos sociais, fornecendo um critério tecnocientífico para a organização à saúde (BACKETT, 1984).

Na década de 50, a cidade de Framingham localizada em Massachusetts, Estados Unidos, foi selecionada pelo governo americano para ser o local de um estudo de coorte para descobertas sobre doenças cardiovasculares. O estudo de Framingham possibilitou o conhecimento detalhado dos principais fatores de risco, sobretudo os relacionados ao estilo de vida dos indivíduos, através de avaliações clínicas e laboratoriais periódicas. Inicialmente foram recrutados 5.209 residentes saudáveis entre 30-60 anos de idade e, desde então a cada 2-4 anos esta população e, atualmente as gerações descendentes, são reavaliadas cuidadosamente e acompanhadas em relação ao desenvolvimento de doenças cardíacas (FRAMINGHAM HEART STUDY, 2011).

Os resultados do estudo de Framingham permitiram identificar que a atuação de diversos fatores de risco ligados aos estilos de vida e ao ambiente psicossocial, conjuntamente com a suscetibilidade do indivíduo, aumentou a probabilidade da ocorrência da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares (CHOR et al., 1999; MOLINA et al., 2003).

2.3 Os fatores de risco relacionados ao estilo de vida

A velocidade com que as transformações sociais, políticas e econômicas vem ocorrendo nos países emergentes, decorrente entre outros fatores do processo acelerado de urbanização e industrialização, geram mudanças nas condutas de vida das populações. As principais mudanças de conduta observadas dizem respeito às modificações no perfil alimentar, onde predomina o consumo excessivo de alimentos calóricos e de pouco valor nutricional, e de atividade física, com a redução dos exercícios físicos (BARRETO; CARMO, 2007; CESSÉ; FREESE, 2006; FREESE, 2006; FREESE; FONTBONNE, 2006; MONTEIRO, 1999).

Entre os principais fatores de riscos decorrentes do modo de vida urbanizado e pós-tecnologia estabelecida, encontra-se o sedentarismo, a obesidade, os hábitos alimentares inadequados, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, sendo estes fatores de risco reconhecidos como modificáveis, sendo por tanto passíveis de intervenções que incentivem mudanças de comportamento (BRASIL, 2002, 2006, 2008; CANTOS et al., 2004; FILHO; MARTINEZ, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; ZANELLA et al., 2006).

2.3.1 O consumo de tabaco e álcool

O tabagismo é responsável por cerca de seis milhões de mortes em todo o mundo, sendo considerado um grave problema de saúde pública devido a sua associação com diversas doenças crônicas. Estima-se que até 2020, esse número deve aumentar para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes (MATHERS; LONCAR, 2006). O uso do tabaco expõe os indivíduos (fumantes ou que convivem com fumantes) a inúmeras substâncias tóxicas, além de aumentar o risco da morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema pulmonar e câncer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Existe uma associação direta entre o fumo e a arteriosclerose, o que é um fator agravante da doença hipertensiva. Isto se explica, pois, além do tabaco comprometer a integridade dos vasos sanguíneos, a nicotina, substância encontrada no fumo, produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e,

conseqüentemente a pressão arterial. Além disso, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas. Portanto, os fumantes têm mais chance de apresentar formas malignas da doença hipertensiva, que acarretam incidência elevada de morte súbita (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Nos últimos anos, houve redução do número de fumantes em nosso país, sobretudo após assinatura da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) em 2006, que incentivou o governo brasileiro a adotar um elenco de medidas relacionadas à propaganda e patrocínio de produtos do tabaco, à política de impostos e preços, ao comércio ilícito, ao tabagismo passivo, a ações de vigilância e pesquisas, dentre outras. Em 2006, a capital pernambucana apresentava a prevalência de 20,2% de indivíduos fumantes, passando para 17,9% em 2010 (BRASIL, 2006, 2010).

Apesar desta realidade em relação à redução do consumo do tabaco, houve aumento do número de fumantes do sexo feminino, provavelmente fruto da publicidade direcionada a este público durante décadas (BRASIL, 2004).

Assim como o tabagismo, o uso abusivo de álcool traz conseqüências para a pressão arterial. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial de modo lento e progressivo, na proporção de 2 mmHg para cada 30 mL de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que, quando este é suspenso, as cifras se revertem (XIN, 2002).

De acordo com o inquérito telefônico realizado pelo VIGITEL em 2010, visando à identificação e monitoramento da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção relacionados às doenças crônicas em todas as capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal, foi constatado que a capital pernambucana encontra-se em segundo lugar no que se refere ao consumo abusivo de álcool para ambos os sexos. Entre os homens 36,7% relataram consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias, e entre as mulheres 15,9% (BRASIL, 2010).

Dados deste mesmo estudo mostram que nas capitais brasileiras, o consumo abusivo de álcool é quase três vezes maior entre os homens (26,8%) do que entre as mulheres (10,6%), onde o maior consumo ocorre nas faixas etárias mais jovens, entre 18 e 44 anos (BRASIL, 2010).

2.3.2 O sobrepeso/obesidade e o sedentarismo

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão arterial, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos desta doença, onde aproximadamente 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso e/ou a obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Importante destacar que o aumento da circunferência da cintura também tem se mostrado um indicador importante nesta relação, estando a obesidade central fortemente associada com os níveis de pressão arterial (CARNEIRO, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; PITANGA, 2005).

A maior prevalência de hipertensão na obesidade tem sido atribuída à hiperinsulinemia decorrente da resistência à insulina presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. A hiperinsulinemia promove ativação do sistema nervoso simpático e reabsorção tubular de sódio, o que contribui para aumentar a resistência vascular periférica e a pressão arterial (MISRA, 1998).

Entre as principais causas do excesso de peso encontra-se o sedentarismo, estando este também relacionado ao aumento da incidência de hipertensão arterial, onde os indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (FAGARD, 2005).

A estimativa mundial é que mais de 60% dos adultos sejam sedentários, e que no Brasil, estes níveis podem chegar a aproximadamente 80% (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005; IBGE, 2005). Explicações para este fato podem estar relacionadas as barreiras/ dificuldades encontradas por parte da população para a prática de atividade física, que podem ser demográficas, psicológicas, socioculturais, ambientais ou pela atividade por si só (HILL, 2006).

Os exercícios físicos, através de fatores hemodinâmicos, humorais e neurais, têm importante papel na redução dos níveis pressóricos. Associado a esta redução, os exercícios físicos também contribuem para o aumento das taxas de HDL-C e diminuição da resistência a insulina, tolerância a glicose, LDL-C, VLDL-C e do sobrepeso (HALVERSTADT, 2007; STURMER, 2006). Frente aos benefícios do exercício físico e aos malefícios do sedentarismo, instituições e organizações de diversos países têm implementado esforços na área da saúde para estimular a adesão a um programa de atividade física regular, com objetivo

de melhorar a qualidade de vida individual e coletiva (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005; PATE, 1995).

2.3.3 Os Hábitos alimentares

A relação entre fatores nutricionais e hipertensão arterial vem sendo demonstrada por diversos estudos que apontam a influência de uma alimentação saudável na redução dos níveis pressóricos, e a elevação destes devido a condutas alimentares inadequadas, como o consumo excessivo de sódio e gorduras e o baixo consumo de frutas e verduras (CRUZ; SOBRAL; PENA, 1998; MOLINA et al., 2003; PESSUTO; CARVALHO, 1998; SACKS, 2001).

A OMS destaca que as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% das doenças cerebrovasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Os alimentos ricos em gordura influenciam diretamente os níveis de colesterol e obesidade, também importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares (NEUMANN et al., 2007). Gus e colaboradores (2004) detectaram, entre hipertensos, maiores prevalências de hipercolesterolemia (38,4%) que em indivíduos com níveis pressóricos normais, salientando a importância do controle do colesterol, além da própria hipertensão arterial.

Apesar dos mecanismos de atuação do sódio sobre a elevação da pressão arterial ainda não estar bem estabelecidos, o uso abusivo do sal tem sido considerado, há muito tempo, um importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial. Sabe-se, contudo, que existem indivíduos sódio sensíveis e outros sódio resistentes. Os sódio sensíveis têm a pressão arterial elevada proporcionalmente ao aumento do consumo de sódio, estando a sensibilidade ao sal associada à mortalidade tanto em normotensos quanto em pessoas com hipertensão que possuem idade superior a 25 anos (AUGUSTO; GERUDE, 2005; MOLINA, 2003).

Estudos realizados na população brasileira detectaram consumo de sal elevado, superior a 12 g/dia, sendo necessária a redução desta quantidade para 2,4g/dia para que se tenha uma ingestão diária adequada (MOLINA, 2003; SACKS, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

As recomendações ofertadas pela V Diretriz Brasileira para Hipertensão arterial (2006), em relação aos hábitos alimentares saudáveis, têm como referencial a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) e a dieta do Mediterrâneo. Ambas têm como preceito a alimentação balanceada em verduras, frutas, legumes, cereais, tubérculos, leguminosas, carnes magras, leite e derivados desnatados e óleos vegetais. (ALONSO, 2004; PANAGIOTAKOS, 2004; SACKS, 2001).

Destaque importante deve ser dado para que os cuidados com a alimentação sejam incentivados desde a infância, e que as orientações a este respeito ao longo da vida respeitem a identidade cultural e os hábitos alimentares dos indivíduos e das comunidades, não esquecendo que nesse processo também estão envolvidos valores sociais, afetivos/emocionais e comportamentais, que precisam ser cuidadosamente integrados às propostas de mudanças (BRASIL, 2006; HAYMAN, 2004; KOKKINOS, 2005; WAXMAN, 2004).

2.4 A Estratégia de Saúde da Família e a atenção prestada ao usuário hipertenso

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica à Saúde, sendo inicialmente denominada de Programa de Saúde da Família (PSF). A sua expansão vertiginosa, ocorrida a partir de 1998, permitiu a aceleração do processo de descentralização da gestão, a organização dos serviços e das práticas de atenção e impulsionou a reestruturação das formas de financiamento do setor saúde (FREESE, 2006; SOUZA; GARNELO, 2008).

Este conjunto de modificações que ocorreu no desenho e na operação da política de saúde no país veio reforçar e fortalecer a reorganização do sistema de saúde, tornando o Programa em Estratégia Saúde da Família (ESF) (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008; SOUZA, 2002).

Entre as diretrizes de atuação propostas pela Estratégia Saúde Família, destacam-se a territorialização da atenção básica, o cadastramento das famílias adstritas, o diagnóstico familiar e o foco nas necessidades em saúde da comunidade. Incentivando, assim, a vinculação dos pacientes com sua unidade básica de saúde (FILHO; FASSA; PANIZ, 2008).

A ESF busca, através de suas especificidades, possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde introduz uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde. Os serviços buscam desenvolver estratégias para a atenção integral à saúde de indivíduos e de grupos, bem como intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta (BRASIL, 1997, 2006; BUSS, 2000).

Em 2001, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e diabetes mellitus, Federações Nacionais de Portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com o propósito de reorganizar a rede de saúde no que se refere à melhoria da atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2001).

Foi elaborado um documento com a finalidade de subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica, utilizando como mecanismo a expansão da Estratégia Saúde da Família, trazendo orientações sobre as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, visando otimizar os recursos dentro de critérios científicos. Este documento também estabelece critérios de diagnóstico, identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas, aplicação de tratamento adequado para a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, além de critérios para a referência aos serviços de média complexidade (BRASIL, 2001).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, (PRAHD) teve sua aprovação em portaria no ano de 2002, e concomitantemente, foi feito um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) que possibilita o monitoramento e avaliação contínua dos usuários cadastrados (BRASIL, 2001, 2002).

O Plano fortalece a concepção de que a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades da ESF são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle do diabetes e da hipertensão arterial no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, melhorando a qualidade de vida dos portadores, reduzindo o

número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos (BRASIL, 2001).

Segundo Pereira (2007), a reorganização se daria mediante a reestruturação e ampliação do atendimento básico voltado para a hipertensão e o diabetes, com ênfase na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde. No entanto, em avaliações realizadas com o objetivo de analisar a atenção prestada aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial na ESF, identificaram-se fragilidades desta atenção. Ações de assistência previstas no Plano de Reorganização foram implantadas de forma insatisfatórias devido aos problemas relativos à adequação da área física, a deficiência de insumos, a falta de capacitação específica para os profissionais, a fragilidade das ações de prevenção e diagnóstico precoce e de acompanhamento dos usuários, o incipiente uso da informação para o planejamento das ações e problemas de referência e contra-referência (BEZERRA; SILVA; SANTOS, 2009; COSTA, 2007; GALINDO, 2010; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; PEREIRA, 2007).

A adoção da ESF como política prioritária de atenção básica compreende condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais para a abordagem da hipertensão. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, adoção de medidas preventivas primárias e no atendimento aos portadores hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

Além do diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes usuários, a ESF também é um indispensável recurso para as atividades de promoção da saúde, por meio de atividades de educação em saúde que auxiliem na conscientização da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial e demais doenças crônicas (GUS et al., 2004). Estas atividades devem considerar as múltiplas dimensões sociais e culturais que envolvem os indivíduos, não se retendo a apenas um mecanismo de transmissão de conhecimento ou informação (RANGEL-S, 2007).

A fim de apoiar as ações que as ESF desenvolvem na atenção básica, como também aumentar a resolutividade e escopo destas ações, foi criado em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional, tendo como diretrizes a ação interdisciplinar e intersetorial; a educação permanente em saúde dos profissionais e da população; o desenvolvimento da noção de território, priorizando ações coletivas; a

integralidade; a participação social; a educação popular, e, sobretudo, a promoção da saúde e a humanização do cuidado (BRASIL, 2006). A inserção destes profissionais tem por objetivo facilitar a mudança de comportamento dos indivíduos a partir da troca de experiências, orientações mais detalhadas e principalmente através de práticas educativas em grupos que visam à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

2.5 Os fatores de risco e as políticas públicas

A identificação de fatores de risco e o incentivo a condutas de estilo de vida saudáveis são as principais estratégias para as ações de prevenção e controle da maioria das doenças não transmissíveis, onde a adoção de um modelo de intervenção que envolva diversos setores sociais- sociedades científicas, universidades, setor público e privado, e a comunidade em geral, é condição importante para o alcance das metas desejadas. (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

É necessário destacar que as intervenções devem ser planejadas e executadas considerando além das condições sociais e econômicas, o caráter subjetivo relacionado às práticas cotidianas de vida dos indivíduos e da comunidade, respeitando a historicidade, a cultura, as crenças e os costumes, podendo desta forma auxiliar na construção de práticas efetivas de saúde (AYRES, 2002, 1995; KRIGHER, 2001; POSSAS, 1989).

As estratégias de políticas públicas devem ser pensadas de forma ampla, visando atingir toda a sociedade. Neste sentido, algumas alternativas visando à redução de fatores de riscos podem ser adotadas, como: o desenvolvimento de ações educativas envolvendo diversos tipos de mídias e atividades de prevenção e promoção à saúde em diferentes ambientes (nas escolas, nos locais de trabalho, de lazer, e em equipamentos sociais disponíveis nas comunidades); o maior incentivo a implementação de programas que visem a prática de atividades físicas e o estímulo a alimentação saudável; o estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados, entre outras. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Atualmente, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, visando o enfrentamento das doenças crônicas e seus fatores de risco, o que inclui a hipertensão arterial. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias

crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define as diretrizes e ações em: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral (BRASIL, 2009).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a) A elevada morbimortalidade decorrente da hipertensão arterial e suas conseqüências na qualidade e expectativa de vida;
- b) O fato da hipertensão arterial está diretamente relacionada ao estilo de vida adotado pelos indivíduos e populações;
- c) A importância em se identificar precocemente os fatores de risco que influenciam negativamente os níveis de pressão arterial;
- d) O papel fundamental da Estratégia de Saúde da Família na prevenção e controle da hipertensão arterial;

Este estudo se justifica pela:

- a) Existência de poucos estudos representativos da população do Estado de Pernambuco;
- b) Necessidade em identificar os fatores de risco e o papel das orientações profissionais que influenciam no controle da pressão arterial;
- c) Possibilidade em contribuir no planejamento de estratégias de prevenção e controle da hipertensão arterial na atenção básica.

Desta forma, o presente estudo pretende responder as seguintes questões:

- 1) Quais os fatores de risco relacionados ao estilo de vida que estão influenciando o controle da pressão arterial dos usuários acompanhados pela ESF no Estado de Pernambuco?

- 2) Quais as orientações profissionais relacionadas ao estilo de vida que estão influenciando o controle da pressão arterial dos usuários acompanhados pela ESF no Estado de Pernambuco?

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar a relação entre os fatores de risco relacionados ao estilo de vida e as orientações profissionais que influenciam no controle da hipertensão arterial em indivíduos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, em municípios do Estado de Pernambuco.

4.2 Específicos

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e o estilo de vida da população em estudo;
- b) Identificar a existência de fatores de risco relacionados ao estilo de vida;
- c) Identificar a existência de orientações sobre fatores de risco relacionado ao estilo de vida por parte dos profissionais da ESF;
- d) Verificar a associação entre os fatores de risco identificados e a prática de orientações profissionais sobre estilo de vida, com o controle da pressão arterial;
- e) Verificar a associação entre as características relacionadas ao estilo de vida e as orientações profissionais.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 População do estudo

Este estudo utilizou os dados referentes aos usuários hipertensos acompanhados pela ESF, que fizeram parte da pesquisa ServiDiaH.

5.2 Sobre a pesquisa ServiDiaH

A pesquisa ServiDiaH teve como objetivo avaliar a atenção prestada aos hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em municípios pernambucanos. As suas atividades foram desenvolvidas no período de 2009 à 2011, no Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância à Saúde (LAM Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), em colaboração com o Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (Departamento de Medicina Social/UFPE), o Grupo de Estudo de Gestão e Avaliação em Saúde (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira - IMIP), e com o IRD (Institut de Recherche pour le Développement). A pesquisa contou com recursos do CNPq (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIEDECIT/MS N° 37/2008), da FACEPE (Edital FACEPE 09/2008 / PPSUS–Pernambuco MS/CNPq/FACEPE/SES), da Fiocruz (Edital PAPES V) e do IRD (no âmbito do seu convênio de cooperação internacional com o CNPq).

5.2.1 Desenho amostral da pesquisa ServiDiaH:

Etapas do processo de amostragem:

- a) Sorteio dos municípios: os municípios foram separados por porte populacional, em pequeno porte (< 20.000 habitantes), médio porte (20.000 a 100.000 habitantes) e grande porte (> 100.000 habitantes). A partir desta divisão, foram sorteados 16 municípios de pequeno porte e 16 municípios de médio porte. Para os municípios de grande porte, foram selecionados por critérios de conveniência 3 municípios em sede

de macrorregião de saúde (Recife, Caruaru e Petrolina), garantindo a representatividade do Estado de Pernambuco.

- b) Sorteio das equipes de saúde da família (ESF): Para realização do sorteio, foi considerada a relação de todas as ESF atuando no estado de Pernambuco em Agosto de 2008 a partir da última base do Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES ("EPPE0808"). Foram sorteados 10% do total das equipes dos municípios de forma proporcional ao porte populacional, resultando em 67 equipes nos municípios de pequeno porte, 116 em municípios de médio porte e 74 em municípios de grande porte.
- c) Sorteio dos usuários hipertensos: O cálculo da amostra teve como base a estimativa de 30% para os hipertensos bem controlados, com erro alfa de 5% e erro beta de 20%. Foi considerada a diferença de 10% de pacientes bem controlados entre os portes dos municípios. Para cada equipe selecionada, foi realizado um sorteio sistemático, iniciando a seleção a partir de um ponto aleatório da listagem de acompanhamento dos Agentes de Saúde da Família (ACS). Desta forma, obteve-se uma amostra aproximada de 800 usuários hipertensos, para os 35 municípios estudados. Após finalizações da coleta de dados, em Novembro de 2010, foram entrevistados 784 usuários hipertensos.

5.2.2 Instrumento de coleta dos dados da pesquisa SeviDiaH

O formulário padronizado utilizado, foi formulado retomando os itens do Primary Care Assesment Tool (PCATool), originalmente criado nos Estados Unidos (SHI, STARFIELD, JIAHONG, 2001) com o objetivo de possibilitar a avaliação e a investigação da relação entre os atributos da atenção primária à saúde (APS), a utilização dos serviços e os resultados em saúde. Este instrumento foi validado pela equipe do PPG-Epidemiologia da UFRGS (HARZHEIM et al., 2006), adequando-o ao fato de investigar um modelo de atenção primária à saúde realizada na Estratégia Saúde da Família. Para as questões referentes à satisfação dos usuários, foi utilizado o instrumento desenvolvido por Klotzel et al. (1998), sendo este também validado no Brasil.

Após avaliações e testes através de estudos pilotos, foram contempladas 253 perguntas divididas em 14 blocos objetivando obter informações sobre: dados gerais, características demográficas/ socioeconômicas, gastos com saúde por causa da doença,

hábitos de vida, medidas da pressão arterial (1ª medição), história e tratamento da hipertensão arterial, medidas da pressão arterial (2ª medição), consultas de acompanhamento da hipertensão arterial na atenção básica, exames físicos, orientações/exames de acompanhamento da hipertensão arterial, medidas da pressão arterial (3ª medição), encaminhamentos para especialistas, complicações da hipertensão arterial e internações por hipertensão arterial ou relacionadas com a hipertensão arterial.

Para o preenchimento do bloco sobre exames físicos foram realizadas as medidas de pressão arterial, peso, altura, cintura e quadril dos indivíduos hipertensos.

5.3 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo incluíram questões abordadas nos seguintes blocos do formulário: dados gerais, características demográficas/ socioeconômicas, hábitos de vida, medidas da pressão arterial (1ª, 2ª e 3ª medições) e exames físicos, sendo estas:

- a) variável dependente: controle da pressão arterial;
- b) variáveis explanatórias:
 - demográficas: sexo e idade;
 - socioeconômicas: nível de estudos, ocupação e renda mensal;
 - estilo de vida: atividade física, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica, hábitos alimentares, sobrepeso/obesidade (IMC,CC) e pressão arterial;
 - orientações profissionais: relacionadas ao estilo de vida.
- c) possíveis variáveis de confusão: idade, sexo, tipo de tratamento e duração da doença.

5.4 Análise Estatística dos Dados

5.4.1 Análise descritiva

Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos dados para avaliar as características e diferenças entre os usuários bem e mal controlados por meio das variáveis de estudo.

As variáveis quantitativas contínuas foram apresentadas na forma de média \pm desvio-padrão, e as demais variáveis em tabelas bidimensionais de frequência.

Desta forma, as descrições das variáveis levaram em consideração:

Para o objetivo 1 - Perfil socioeconômico e demográfico: foi realizado o cálculo da média da idade, e das porcentagens das variáveis: sexo, renda familiar mensal habitual, ocupação e nível de estudos.

Para o objetivo 2: - A classificação quanto ao controle da hipertensão: teve como referência as recomendações da V Diretriz Brasileira de Hipertensão (2006). Após o cálculo da média das três aferições realizadas, os hipertensos foram considerados como mal controlados quando: PAS \geq 140 e /ou PAD \geq 90 mmHg, e controlados quando: PAS $<$ 140 e PAD $<$ 90 mmHg.

Para o objetivo 3 - Descrição dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida. Foram analisados da seguinte maneira:

- a) Atividade física: cálculo da prevalência de indivíduos sedentários (não realizam atividade física) e ativos (atividade física leve, moderada e intensa);
- b) Tabagismo: cálculo da prevalência de indivíduos fumantes, ex-fumantes e não fumantes;
- c) Consumo de bebida alcoólica: cálculo da prevalência de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas ao menos uma vez/semana, que consomem menos que uma vez/semana, que nunca consumiram e que pararam de consumir.
- d) Dieta: cálculo da prevalência dos indivíduos que fazem dieta para perder peso, dos que procuraram tirar (reduzir) o sal da dieta e dos indivíduos que acham que se adequam a uma dieta saudável;

- e) Sobrepeso/obesidade: O excesso de peso será identificado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtido pela divisão do peso pela altura ao quadrado, e seguirá a classificação da Organização Mundial de Saúde (**Quadro 1**). Após a classificação pelo IMC, serão calculadas as prevalências dos indivíduos que estão com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), e os que estão dentro do padrão considerado para a normalidade.

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC) em adultos.

Classificação do estado nutricional	IMC adultos (Kg/m²)
Abaixo do peso	Menor que 18,5
Peso normal	Entre 18,5 e 25,0
Sobrepeso	Entre 25,0 e 30,0
Obesidade	Maior que 30,0

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2001)

- f) Distribuição da gordura abdominal: Os indivíduos foram classificados segundo critérios da OMS para as medidas de cintura isolada (CC), onde mulheres com valores de CC acima de 80 cm e homens com valores de CC superiores a 94 cm são considerados como apresentando um acúmulo de gordura abdominal com risco associado ao desenvolvimento de doenças ligadas à obesidade. Após a classificação, foram calculadas as prevalências dos indivíduos que estão com medidas de CC acima dos padrões, e os que estão dentro dos padrões considerados ideais.

5.4.2 Análise associativa

Para os objetivos 4, 5 e 6 foi utilizado o teste Qui-quadrado (teste de independência), ou teste exato de Fisher, quando necessário. E para as variáveis contínuas, o teste de análise de variância (ANOVA), com o intuito de verificar diferença de médias entre os grupos aqui estudados.

Em seguida, dois modelos logísticos foram ajustados para o conjunto de variáveis que apresentaram associação significativa (valor de p menor ou igual a 0,05) com a variável ‘Controle da hipertensão arterial’. O primeiro modelo contém variáveis relacionadas às características sócio-demográficas e de estilo de vida associadas com o controle. O segundo

possui as variáveis de estilo de vida e orientação profissional com associação significativa com o controle da hipertensão. A partir daí, foi realizada a seleção de um modelo final através do método backward. Nesta etapa da análise foi utilizada como medida de risco a razão de chances (OR) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

Toda a análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico IBM SPSS STATISTIC versão 19.0, em que todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo utilizou dados da pesquisa ServiDiaH, tendo esta sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CEP/CPqAM (registro nº 43/2008) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por se tratar de um projeto de cooperação internacional, tendo sido aprovada de acordo com o parecer nº 889/2008. Desta forma não houve necessidade de encaminhamento do projeto deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CPqAM para avaliação da adequação às normas técnicas da Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Para a realização da coleta dos dados da pesquisa ServDiaH, foram obtidos os consentimentos dos Secretários de Saúde de todos os municípios envolvidos por meio da leitura e assinatura de Carta de Anuência, assim como a permissão dos usuários e profissionais das unidades de saúde da família, através da leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após convite voluntário a participar da pesquisa. No TCLE constavam os objetivos da pesquisa, a preservação do anonimato dos entrevistados, os possíveis riscos e benefícios da participação na pesquisa, além da possibilidade de solicitação de retirada de sua participação sem que isto lhe custasse constrangimentos.

Em anexo encontra-se a carta de autorização para utilização dos dados, consentida pela coordenadora da pesquisa ServDiaH (**Anexo A**).

7 RESULTADOS

Entre os hipertensos entrevistados, apenas 43,1% estavam controlados em relação à pressão arterial. A pressão arterial sistólica média apresentada foi de 143 mmHg (DP + 22), e a pressão arterial diastólica média foi de 86 mmHg (DP ±13).

7.1 Características socioeconômicas e demográficas

A população deste estudo foi predominantemente do sexo feminino (71,4%), com média de idade de 60,7 anos (DP ± 13,9). No que diz respeito ao nível de estudos, 86,4% têm, no máximo, o ensino fundamental incompleto; 63,5% possuem renda familiar entre um e quatro salários mínimos, e 55,0% são aposentados, recebem auxílio doença ou são pensionistas.

O controle da hipertensão arterial se mostrou associado ($p < 0,05$) às seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, idade, nível de escolaridade e ocupação (**Tabela 2**).

O sexo feminino apresentou maior controle em relação à pressão arterial, onde cerca de 50% das mulheres estão bem controladas, em frente a apenas um terço (33,5%) dos homens ($p = 0,001$). Ter menos idade também mostrou estar relacionado a um maior controle da pressão arterial ($p = 0,003$).

Em relação aos estudos, é possível perceber que quanto maior o nível, maior o controle da pressão arterial. Os analfabetos estão menos controlados (33%) que os que possuem ensino médio ou superior completo (64%; $p < 0,001$).

Os aposentados, pensionistas e que recebem auxílio doença estão menos controlados (38%) que as demais categorias relacionadas à ocupação, onde cerca da metade dos que trabalham, ou estão desempregados, ou são donas de casa, ou estudantes encontram-se bem controlados ($p = 0,037$).

Tabela 2 - Relação entre as características socioeconômicas e demográficas e o controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.

Características socioeconômicas e demográficas	Controlados		Não controlados		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	75	33,5	149	66,5	224	28,6	
Feminino	263	47,0	297	53,0	560	71,4	0,001
Idade média	59,0 ± 14,21		61,9 ± 13,6				0,003
Nível de estudos							
Analfabeto	100	33,3	200	66,7	300	38,5	
Ensino fundamental incompleto	170	45,1	207	54,9	377	48,0	
Ensino fundamental completo	33	63,5	19	36,5	52	6,5	
Ensino médio completo/superior completo	35	63,6	20	36,4	55	7,0	<0,001
Renda Familiar							
Até 1 SM	123	45,7	146	54,3	269	36,5	
Mais de 1 SM e até 4 SM	185	39,6	282	60,4	467	63,5	0,106
Ocupação							
Trabalha	74	47,4	82	52,6	156	20,2	
Desempregado	19	51,4	18	48,6	37	4,8	
Dona de casa / estudante	76	49,0	79	51,0	155	20,0	
Aposentado / Auxílio doença / Pensionista /Outro	163	38,3	263	61,7	426	55,0	0,037

Fonte: Autoria própria

7.2 Características do estilo de vida

A ausência de atividade física (sedentarismo) foi relatada por 69,0% dos usuários entrevistados. Em relação ao tabagismo, 13,3% eram fumantes no momento da pesquisa e 42,0% eram ex-fumantes. Para o consumo de bebidas alcoólicas, 80,8% afirmaram nunca ter consumido ou terem parado de consumir tais bebidas.

O IMC médio observado foi de 28,8 Kg/m²; onde 74,3% apresentaram sobrepeso ou obesidade. Em relação à localização da gordura corporal, 65,3% estão com as medidas da circunferência abdominal acima dos limites ideais.

Apesar da maioria se encaixar numa faixa de IMC inadequada, apenas 16,2% segue dieta para redução de peso e 71,2% acreditam que sua alimentação é saudável. Em relação ao uso do sal, a retirada ou redução deste componente à dieta foi relatada em 88,7% dos casos.

Para as variáveis relacionadas ao estilo de vida, apenas o IMC mostrou-se associado ao controle da pressão arterial (p=0,033). Entre os que estão acima do peso, os obesos apresentaram maior controle (cerca de 50%) comparados aos que estão com sobrepeso (37,5%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Relação entre as características do estilo de vida e o controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.

Características do estilo de vida	Controlados		Não controlados		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Atividade Física							
Ativo	107	44,2	135	55,8	242	31,0	
Sedentário	229	42,6	309	57,4	538	69,0	0,667
Tabagismo							
Sim, fumo atualmente	41	39,4	63	60,6	104	13,3	
Fumei no passado, mas parei de fumar	140	42,6	189	57,4	329	42,0	
Nunca fumei	157	44,7	194	55,3	351	44,7	0,609
Consumo de álcool							
Sim, ao menos uma vez por semana	28	38,9	44	61,1	72	9,2	
Sim, menos que uma vez por semana	36	46,2	42	53,8	78	10,0	
Não, nunca consumi	151	42,3	206	57,7	357	45,5	
Não, parei de consumir	123	44,4	154	55,6	277	35,3	0,776
Segue dieta para perder peso							
Sim	64	50,4	63	49,6	127	16,2	
Não	274	41,8	382	58,2	656	83,8	0,072
Tirou sal da dieta							
Sim	295	43,0	391	57,0	686	88,7	
Não	37	42,5	50	57,5	87	11,3	0,933
Acha que se adequa à dieta saudável							
Sim	236	43,4	308	56,6	544	71,2	
Não	92	41,8	128	58,2	220	28,8	0,692
IMC							
	29,24 ± 6,01		28,43 ± 5,20				0,047
Normal (< 25,0)	82	42,7	110	57,3	192	25,7	
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	100	37,5	167	62,5	267	35,8	
Obeso (> ou igual a 30,0)	139	48,4	148	51,6	287	38,5	0,033
Circunferência média abdominal							
Circunferência abdominal baixa	101	39,0	158	61,0	259	34,7	

Fonte: Autoria própria

7.3 Orientações profissionais relacionadas ao estilo de vida

Considerando todos os hipertensos entrevistados, pouco mais da metade (52,1%) dos que responderam, referiram terem sido questionados por algum profissional da ESF sobre realização de atividades físicas, e apenas 53,1% afirmaram ter recebido orientação para modificar/aumentar a rotina de atividades físicas.

No que se refere ao tabagismo, quando questionados sobre o ato de fumar, 54,0% responderam que algum profissional da ESF já havia perguntado sobre esse hábito, e dos que fumavam, 69,6% afirmaram terem sido orientados por algum profissional a parar de fumar.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 44,8% referiram que algum profissional da ESF já havia perguntado sobre o consumo deste tipo de bebida, e cerca da metade receberam orientações para diminuir ou parar o consumo de álcool.

Apenas 38,8% dos entrevistados referiram ter tido a informação de que precisariam perder peso. No entanto, dos participantes da pesquisa que estavam seguindo dieta para perder peso, 55,6% afirmaram que a dieta foi orientada por algum profissional da ESF. Quando questionados se haviam recebido orientações sobre alimentação saudável, grande parte respondeu que sim (67,5%), além do fato de ter retirado o sal da dieta (77,0%) por orientação de algum profissional da ESF.

Em relação à associação entre o controle da hipertensão arterial e as orientações profissionais, as variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) foram representados pelas seguintes questões: algum profissional da ESF já perguntou se realiza atividade física? ($p = 0,017$); algum profissional da ESF já orientou para modificar (aumentar) os hábitos de atividade física? ($p = 0,024$); e algum profissional da ESF já disse que precisaria perder peso? ($p = 0,045$) (**Tabela 4**).

Entre os que foram questionados e orientados sobre a realização de atividades físicas, cerca de 46,5% estavam controlados quando comparados aos que não foram questionados ou orientados (aproximadamente 38,0%) (**Tabela 4**).

Para os que receberam informações sobre a necessidade de perda de peso, cerca de 47,0% estavam controlados comparados aos que não receberam tal informação (40,0%) (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Relação entre orientações profissionais para o estilo de vida e o controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.

Orientações profissionais	Controlados		Não controlados		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Algum profissional da ESF já perguntou se realiza atividade física							
Sim	185	46,5	213	53,5	398	52,0	
Não	139	38,0	227	62,0	366	48,0	0,017
Algum profissional da ESF já orientou a modificar (aumentar) os hábitos de atividade física							
Sim	189	46,6	217	53,4	406	53,0	
Não	138	38,4	221	61,6	359	47,0	0,024
Algum profissional da ESF já perguntou se fumava, parou de fumar ou nunca fumou							
Sim	164	40,1	245	59,9	409	54,0	
Não	158	45,4	190	54,6	348	46,0	0,141
Caso fume atualmente, algum profissional da ESF já orientou para parar de fumar							
Sim	28	39,4	43	60,6	71	69,6	
Não	13	41,9	18	58,1	31	30,4	0,813
Algum profissional da ESF já perguntou se consumia bebidas alcoólicas							
Sim	140	41,4	198	58,6	338	44,7	
Não	181	43,4	236	56,6	417	55,3	0,583
Caso consuma bebidas alcoólicas, algum profissional da ESF já orientou a diminuir ou parar de beber							
Sim	23	35,4	42	64,6	65	48,9	
Não	34	50,0	34	50,0	68	51,1	0,089
Algum profissional da ESF já disse que precisaria perder peso							
Sim	142	47,2	159	52,8	301	38,8	
Não	189	39,9	285	60,1	474	61,2	0,045
Caso esteja seguindo uma dieta para perder peso, foi por orientação de algum profissional da ESF							
Sim	36	52,2	33	47,8	69	55,6	
Não	28	50,9	27	49,1	55	44,4	0,889
Caso tenha tirado o sal da dieta, foi por orientação de algum profissional da ESF							
Sim	222	42,2	304	57,8	526	77,0	
Não	72	45,9	85	54,1	157	23,0	0,417
Algum profissional da ESF realizou orientações sobre alimentação saudável							
Sim	218	41,4	308	58,6	526	67,5	
Não	115	45,5	138	54,5	253	32,5	0,289

Fonte: Autoria própria

As modificações nas condutas relacionadas ao estilo de vida foram associadas ($p < 0,05$) ao recebimento de algumas orientações profissionais, representadas com as seguintes

variáveis: modificou os hábitos de atividade física ($p < 0,001$) e tentou diminuir ou parar o consumo de álcool ($p < 0,001$).

Entre os que receberam orientações para modificar os hábitos de atividade física, cerca de um terço adotou tal conduta. Entre os que não foram orientados, apenas 18,0% modificaram os hábitos de atividade física.

No caso do consumo de álcool, entre os que receberam orientações, 61,5% tentaram diminuir ou parar o consumo, comparados a apenas 21,2% que buscou tal mudança sem ter recebido orientações profissionais a respeito (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Relação entre características do Estilo de vida e as orientações profissionais recebidas pelos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.

Características do estilo de vida	Controlados		Não controlados		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Já modificou os hábitos de atividade física							
Sim	135	33,5	64	18,1	199	26,3	
Não	268	66,5	289	81,8	557	73,7	<0,001
Tentou parar ou diminuir o fumo							
Sim	52	73,2	24	77,4	76	74,5	
Não	19	26,8	7	22,6	26	25,5	0,656
Tentou diminuir ou parar o consumo do álcool							
Sim	40	61,5	14	21,2	54	41,2	
Não	25	38,5	52	78,8	77	58,8	<0,001
Perdeu peso seguindo dieta							
Sim	49	81,7	44	83,0	93	82,3	
Não	11	18,3	9	17,0	20	17,7	0,851
Acha que se adequa, mais ou menos, ao tipo de alimentação saudável							
Sim	381	72,8	159	66,8	540	71,0	
Não	142	27,2	79	33,3	221	29,0	0,089

Fonte: Autoria própria

7.4 Fatores associados ao controle da Pressão Arterial

Para a realização das análises multivariadas foram incluídas as variáveis que apresentaram significância estatística para os testes univariados, sendo estas: sexo, idade, ocupação, nível de estudos, IMC, “algum profissional da ESF perguntou se realizava atividade física”, “algum profissional da ESF orientou a modificar a atividade física”, e “algum profissional da ESF perguntou se precisava perder peso”.

As análises foram realizadas através de dois modelos de regressão logística: um para as variáveis relacionadas às características socioeconômicas e demográficas (tabela 5), e outro para as variáveis relacionadas às orientações profissionais (tabela 6). Em ambos os momentos, a variável IMC foi analisada conjuntamente, uma vez que esta poderia exercer influência tanto nas características socioeconômicas e demográficas como nas orientações profissionais.

As tabelas mostram os resultados obtidos a partir da análise do modelo inicial, com todas as variáveis em estudo, e do modelo final, em que apenas permaneceram as que apresentaram significância ($p < 0,05$).

Os resultados obtidos com as variáveis socioeconômicas e demográficas, apontam que o sexo e o nível de estudo são fatores que independentemente de outros, exerceram influência no controle da pressão arterial.

Os homens apresentaram entre 55% e 62% mais chances de não estarem controlados quando comparados às mulheres ($p < 0,014$; $p < 0,005$). Em relação ao nível de estudos, os analfabetos possuíam 83% mais chances de não estarem controlados quando comparados aos não analfabetos ($p < 0,001$) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Associação entre as características socioeconômicas, demográficas e do estilo de vida em relação ao controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.

Variáveis	Modelo inicial			Modelo final		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
Sexo						
Feminino	1,00	-		1,00	-	
Masculino	1,55	1,09 - 2,19	0,014	1,62	1,17 - 2,25	0,004
Idade	1,01	0,99 - 1,02	0,513	-	-	-
Nível de estudos						
Não analfabeto*	1,00	-		1,00	-	
Analfabeto	1,83	1,31 - 2,54	< 0,001	1,83	1,35 - 2,48	< 0,001
Ocupação						
Trabalha/Desempregado/Dona de casa/Estudante	1,00	-		-	-	
Aposentado/Auxílio doença/Pensionista/outro	1,15	0,76 - 1,72	0,513	-	-	-
IMC						
Normal (< 25,0)	1,00	-		-	-	
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	1,35	0,91 - 2,00	0,130	-	-	-
IMC						
Normal (< 25,0)	1,00	-		-	-	
Obeso (> ou igual a 30,0)	0,96	0,65 - 1,42	0,839	-	-	-

*Ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo ou superior completo

Fonte: Autoria própria

Em relação às variáveis relacionadas às orientações profissionais, os resultados mostram que, o fato de ter sido perguntado sobre a realização de atividades físicas, é um fator que por si só influencia no controle da pressão arterial.

Os usuários que não foram perguntados sobre este hábito por algum profissional da ESF, apresentaram 42% mais chances de não estarem controlados quando comparados aos que foram perguntados ($p=0,018$) (**Tabela 7**).

Tabela 7 - Associação entre as orientações profissionais e do estilo de vida e em relação ao controle da pressão arterial dos usuários entrevistados. Pernambuco, 2010-2011.

Variáveis	Modelo inicial			Modelo final		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
IMC						
Normal (< 25,0)	1,00	-		-	-	
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	1,26	0,85 - 1,86	0,252	-	-	-
IMC						
Normal (< 25,0)	1,00	-		-	-	
Obeso (> ou igual a 30,0)	0,87	0,57 - 1,32	0,501	-	-	-
Algum profissional da USF ou da USB onde se consulta já perguntou se realiza alguma atividade física						
Sim	1,00	-		1,00	-	
Não	1,21	0,76 - 1,92	0,426	1,42	1,06 - 1,89	0,018
Algum profissional da USF/USB já orientou para modificar os hábitos de atividade física						
Sim	1,00	-		-	-	
Não	1,12	0,70 - 1,77	0,641	-	-	-
Algum profissional da USF/USB onde se consulta já disse que precisaria perder peso						
Sim	1,00	-		-	-	
Não	1,11	0,77 - 1,59	0,589	-	-	-

Fonte: Autoria própria

8 DISCUSSÃO

8.1 Considerações iniciais

Primeiramente, é importante destacar o cuidado metodológico empregado durante a realização de toda a pesquisa ServiDiaH, os quais os dados deste estudo fazem parte.

Os devidos cuidados foram tomados, desde o cálculo da amostra, elaboração dos formulários, realização de pilotos, treinamento dos entrevistadores, elaboração de diário de campo e sistematização das atividades realizadas, codificação e recodificação dos formulários preenchidos, realização da entrada, construção e limpeza do banco de dados por profissionais habilitados. Isto faz com que os resultados encontrados tenham maior consistência e possam garantir maior validade externa, isto é, que os resultados sejam representativos da população estudada (MORAES, 2006).

Outro aspecto positivo foi o baixo percentual de perdas (2,0%). Esta situação merece destaque, pois um número alto de perdas poderia gerar inferências incorretas a partir dos resultados obtidos (AZEVEDO; MENDONÇA, 2006).

É necessário salientar que a grande maioria das informações obtidas foram auto referidas, o que as sujeita a possíveis erros decorrentes de memória ou outras distorções. No entanto, considerando que a maior parte das informações não era constrangedora, acredita-se que as possíveis distorções existentes não invalidem os resultados obtidos.

8.2 Aspectos socioeconômicos e demográficos

Os resultados deste estudo apontam que, entre os hipertensos que estão controlados, a maioria é do sexo feminino, com idade média de 60 anos, possuem baixo nível de estudos e renda mensal, e recebem algum tipo de benefício do governo (aposentadoria, pensão ou auxílio doença).

Estudos realizados em unidades de saúde com hipertensos também mostraram resultados semelhantes em relação ao sexo, idade e nível de estudos (BORGES; CAETANO, 2005; CARLOS et al., 2008; TEIXEIRA et al., 2006).

O fato das mulheres estarem mais controladas em relação à pressão arterial pode ser justificado devido à maior procura por parte das mesmas aos serviços de saúde.

Esta condição pode estar relacionada à maior disponibilidade por parte das mulheres em comparecer as unidades de saúde, uma vez que em nossa sociedade ainda predominam as atividades de trabalho relacionadas ao gênero. Em algumas famílias ainda cabe ao homem trabalhar para o sustento, e à mulher realizar as atividades do lar, ficando esta, de certa forma, mais disponível para as atividades de acompanhamento referentes à saúde (TEIXEIRA, 2006).

Outra possível explicação para esta situação pode ser a maior preocupação por parte das mulheres em relação aos cuidados preventivos da saúde; geralmente os homens procuram mais os serviços de urgência e emergência devido às complicações agudas da doença (FIGUEIREDO, 2005; KASSOUF, 2005).

A idade também é um aspecto que está relacionado à procura pelos serviços de saúde. A depender do estilo de vida e das condições sociais, com o passar dos anos aumentam as chances das complicações decorrentes da falta de controle da pressão arterial, o que faz com que os idosos tenham uma maior procura por tais serviços (SOUZA, 2007; TEIXEIRA, 2006).

Em relação ao nível de estudos, é possível observar a sua relação inversa com o controle da pressão arterial, uma vez que a prevalência da hipertensão foi significativamente menor naqueles com maior escolaridade.

O Instituto Nacional do Câncer (2003), num trabalho realizado nas capitais brasileiras com pacientes hipertensos que faziam acompanhamento ambulatorial, também mostrou resultados semelhantes a este, onde a prevalência da hipertensão, por escolaridade, nas 15 capitais e no Distrito Federal, variou entre 25,1% a 45,8% para os entrevistados com ensino fundamental incompleto, e entre 16,5% a 26,6% nos entrevistados com pelo menos o ensino fundamental completo.

O entendimento por parte dos usuários em relação às orientações ofertadas sobre autocuidado e adesão ao tratamento pode estar associado com o nível de estudos e o controle da pressão arterial (SIMONETTI, 2002; TEIXEIRA, 2006).

8.3 Aspectos relacionados ao estilo de vida

Entre as características relacionadas ao estilo de vida, o IMC foi a variável que apresentou relação com o controle da pressão arterial.

Um estudo realizado com hipertensos na cidade de Goiânia (GO) encontrou resultados semelhantes, em que não foram encontradas relações entre o tabagismo, o consumo de álcool e atividade física, com o controle da pressão arterial (JARDIM et al., 2006).

No entanto, a literatura indica diversos estudos mostrando a associação positiva destes fatores com o controle da pressão (FRANKLIN, 1999; FREITAS, 2001; FUCHS et al., 2005; MOLINA et al., 2003; MOREIRA, 2005; ZAITUNE et al., 2006).

Em relação à presença de sobrepeso ou obesidade e medidas de circunferência abdominal, a maioria dos entrevistados estava acima dos limites ideais, e poucos são os que realizam atividade física ou fazem dieta para perda de peso.

O sobrepeso e obesidade também foram observados em outros estudos com hipertensos. Em uma unidade de saúde em Portugal, a prevalência de obesidade foi semelhante à deste estudo; e valores maiores foram encontrados no estudo sobre a prevalência de hipertensão e a presença de excesso de peso em pacientes acompanhados em um ambulatório de nutrição (com 81% da amostra sendo do sexo feminino), onde 93,4% dos hipertensos apresentavam excesso de peso, com 77,6% sendo classificados como obesos (BOA AVENTURA, 2007; COELHO, 2006).

Os resultados também apontam que os obesos apresentam um maior controle da pressão arterial quando comparados aos que apresentam sobrepeso. Talvez este fato seja devido a uma maior preocupação tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto dos usuários que estão obesos em controlar a pressão, uma vez que a hipertensão arterial apresenta mais complicações clínicas e é mais grave nas pessoas com doenças crônicas associadas (FUCH, 2004).

Em relação à hipertensão, esta preocupação é bastante coerente, uma vez que os indivíduos obesos podem vir a aumentar de duas a seis vezes o risco de desenvolver hipertensão (CERCATO, 2000; MONTEIRO, 2005).

Para as mulheres este fato é ainda mais grave, já que estas estão mais propensas à obesidade, sobretudo por questões hormonais (PIERIN, 2001). A maior prevalência da

obesidade no sexo feminino pode ser verificada inclusive nos países em desenvolvimento, sendo atualmente considerado um grave problema de saúde pública (MONDINI, 1998; PINHEIRO, 2004).

Apesar de não ter havido associação entre atividade física e o controle da pressão arterial, foi identificada a relação entre o fato dos profissionais de saúde terem perguntado e orientado sobre esta prática com o controle da pressão. No entanto, grande parte dos entrevistados não realizavam atividades físicas (sedentários), o que pode estar relacionado ao fato desta população ser constituída principalmente por pessoas com idade mais avançada e com baixo nível de estudos, influenciando no entendimento sobre a importância deste hábito para o controle da pressão arterial.

Pitanga e Lessa (2005) analisando indivíduos participantes de um projeto com portadores de doenças cardiovasculares e diabetes em Salvador (BA), verificaram que aqueles com maior escolaridade eram mais ativos que os de baixa escolaridade, e destacam que pessoas com menos escolaridade têm menos oportunidades de desenvolver atividades físicas no lazer. Outros trabalhos também têm mostrado resultados semelhantes a estes: Gomes, Siqueira e Sichieri (2001); Salles Costa et al. (2003).

A presença da obesidade abdominal, revelada por grande parte dos usuários, pode estar relacionada tanto ao fato da elevada prevalência de excesso de peso, como da ausência de atividades físicas pelos entrevistados.

Segundo Galvão (2002), a prevalência da hipertensão arterial sistêmica aumenta entre pacientes com excesso de peso e a gravidade desta parece relacionar-se diretamente com o grau de gordura corporal e com o padrão de distribuição predominantemente visceral.

Um estudo realizado no município de Pelotas (RS) verificou a associação da elevada circunferência abdominal com a realização insuficiente de atividade física (OLINTO et al., 2006). Oliveira, Velásquez-Meléndez e Kac (2007), trabalhando com mulheres atendidas em centro de saúde de Belo Horizonte (MG), também encontraram associação da atividade física com a obesidade abdominal.

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, não foram práticas referidas pela maioria dos participantes do estudo. E, entre os que afirmaram consumir bebidas alcoólicas, poucos são os que o faziam rotineiramente por mais de uma vez na semana. Outros estudos sobre estilo de vida com a população predominantemente feminina encontraram resultados semelhantes para tais fatores (GIGANTE, 1997; GUS, 2001; TEIXEIRA, 2006).

Vale ressaltar que a constituição da população pode ter influenciado os resultados encontrados sobre o consumo de fumo e álcool, uma vez que estes fatores de risco são mais comumente presentes em homens (COSTA, 2004; MOREIRA, 1995).

Entre as consequências do uso do fumo, existe a influência direta com o desenvolvimento e agravamento da hipertensão, pois além de promover a vasoconstrição e acelerar o processo de arteriosclerose, induz a resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A ingestão moderada de bebidas alcoólicas exerce efeito protetor para mortalidade por todas as causas, principalmente sobre as doenças cardiovasculares (MOREIRA, 1995), porém o consumo abusivo traz inúmeras consequências negativas para a saúde e a qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais (NANCHAHAL, 1996; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Em relação à dieta, a maioria dos usuários afirmou realizar uma alimentação saudável. No entanto, vale lembrar que os achados mostram elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, assim como de usuários com acúmulo de gordura abdominal, além do fato de poucos seguirem dieta para perda de peso. Importante destacar que apenas o fato de ter sido perguntado sobre a necessidade de perda de peso, teve influência no controle da pressão arterial.

Um aspecto positivo observado é o elevado número de usuários que afirmaram ter retirado ou reduzido o uso do sal na alimentação. A adoção desta conduta é importante para o controle da pressão arterial, uma vez que o sal é tido como um fator isolado no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, estando associado ao aumento dos níveis pressóricos, independente de outros fatores de risco (MOLINA, 2003).

Os resultados identificados neste estudo apontam para uma mudança positiva de conduta para os que foram orientados a reduzir ou parar o consumo de bebidas alcoólicas e sobre a prática de atividade física. No entanto esta relação não se fez presente para as demais variáveis relacionadas ao tabagismo, ao peso e a alimentação saudável.

Estes achados nos levam a refletir sobre a necessidade do maior envolvimento e de novas estratégias de conduta das negociações por parte dos profissionais de saúde com os hipertensos nas estratégias para uma maior eficácia no tratamento e no controle da doença. É necessário que o usuário seja mais sensibilizado e comprometido com as intervenções planejadas concorde com tratamento planejado. Esta interação, sem dúvida, contribuirá para

que sejam alcançados melhores resultados e para isso são necessárias estratégias que transponham a própria orientação (ALVES, 2005; TEIXEIRA, 2006).

9 CONCLUSÕES

Características socioeconômicas e demográficas

- Entre os entrevistados, a maior parte é do sexo feminino (71,4%); com média de idade de 60,7 anos ($DP_{\pm} 13,9$); tem no máximo, o ensino fundamental incompleto (86,4%); possuem renda familiar entre um e quatro salários mínimos (63,5%); e são aposentados, pensionistas ou recebem auxílio doença (55,0%).
- As variáveis que tiveram associação positiva ($p < 0,05$) com o controle da pressão arterial foram: sexo, idade, nível de estudo e ocupação.
- A regressão logística multivariada identificou que o sexo e o nível de estudos foram as variáveis que independente de outras tiveram associação com o controle da pressão arterial. Ser do sexo masculino, ou ser analfabeto mostraram-se como fatores de risco para o controle da pressão arterial.

Características do Estilo de Vida

- Quanto ao estilo de vida, 13,3% dos entrevistados referiu serem fumantes atuais, e 80,8% afirmou nunca ter consumido ou parou de consumir bebidas alcoólicas. A maioria (69,0%) não realiza qualquer espécie de atividade física; 74,3% está com excesso de peso; e 65,3% possui as medidas da circunferência abdominal acima dos limites ideais. No que se refere à alimentação, 16,2% afirmou seguir dieta para redução de peso; 71,2% acredita ter uma alimentação saudável; e 88,7% retirou ou reduziu o consumo de sal.
- As variáveis que tiveram associação positiva ($p < 0,05$) com o controle da pressão arterial foram: IMC; “algum profissional da ESF já perguntou se realiza atividade física?”; “algum profissional da ESF já orientou para modificar (aumentar) os hábitos de atividade física?”; e “algum profissional da ESF já disse que precisaria perder peso?”.

- As variáveis que tiveram associação positiva ($p < 0,05$) com as orientações profissionais recebidas foram: “modificou os hábitos de atividade física e “tentou diminuir ou parar o consumo de álcool”.
- A regressão logística multivariada identificou que a variável “algum profissional da ESF já disse que precisaria perder peso?”, foi a que independente de outras mostraram associação com o controle da pressão arterial. O fato de não ter sido questionado sobre a necessidade de perda de peso mostrou-se como fator de risco para o controle da pressão arterial.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de mudanças positivas de condutas relativas ao consumo de bebidas alcoólicas e a prática de atividade física representam o potencial que as equipes de saúde podem exercer nas mudanças de comportamento dos seus usuários.

Estes resultados denotam a importância de se estimular a adesão a um estilo de vida saudável, o que pode contribuir diretamente no controle dos níveis pressóricos, conforme recomendação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Neste sentido, é necessário que os hipertensos participem do planejamento de seu tratamento (medicamentoso e/ou não medicamentoso), dando-lhes mais responsabilidade e oportunidade de esclarecimentos sobre suas dúvidas e preocupações. Este envolvimento é importante em todo o processo, desde o conhecimento da doença e dos benefícios das mudanças de comportamento relacionados ao estilo de vida, até o reconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento para que se consiga o controle da hipertensão.

Outro aspecto a ser observado na prevenção e controle da pressão arterial está no fato da forma em que são realizadas as abordagens e orientações por parte dos profissionais de saúde. É preciso que as pactuações com os usuários sejam feitas através de ofertas com possibilidades concretas para mudanças no estilo de vida.

Ações voltadas para incentivar hábitos como alimentação saudável, prática de atividade física, prevenção e controle do tabagismo e combate ao uso abusivo de álcool, entre outros, podem contribuir para a mudança de comportamentos, o que sugere também maior controle da pressão arterial.

É importante salientar que estas ações devem ser realizadas e estimuladas continuamente pelas equipes de saúde, com o intuito de garantir aos hipertensos uma assistência integral, desde a promoção até a recuperação da saúde.

Vale destacar que as orientações prestadas não devem ser um mero instrumento de transmissão da informação, e sim um instrumento de estímulo para o auto cuidado. As estratégias utilizadas para este fim devem sempre buscar a reflexão das práticas sociais, assim como considerar as especificidades do indivíduo e de seu território em particular.

Além das equipes de saúde, dos hipertensos e de seus familiares, também é de primordial importância o envolvimento dos governos neste processo de corresponsabilidade

com a saúde. São necessárias elaboração e implementação de políticas públicas abrangentes, que promovam impacto positivo na qualidade de vida da população, para que desta forma se consiga uma maior prevenção e controle da hipertensão arterial e de suas complicações.

REFERÊNCIAS

- ALVES V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, n. 28, v. 5, supl. 1, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. O enfoque de risco na programação em saúde: fundamentos e perspectivas. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 4, n.1/2, p. 71-74, 1995.
- AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Principais desafios para os inquéritos populacionais na organização de um sistema integrado de informação em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.874-876, 2006.
- BACKETT, E. M.; DAVIES, A. M.; PETROS-BARZAVIAN, A. **The risk approach in health care: with special reference to maternal and child health, including family planning**. Geneva: World Health Organization, 1984.
- BARRETO M. L., CARMO E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (Supl), p. 1779-1790, 2007.
- BOA AVENTURA, G. A.; GUANDALINI, V. R. Prevalência de hipertensão arterial e presença de excesso de peso em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de nutrição na cidade de São Carlos – SP. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v.18, n. 4, p. 381-385, 2007.
- BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.34, n.3, p.45-50, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2008.

_____. Secretaria de gestão estratégica e participativa. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (vigitel)**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANTOS, G. A. et al. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. **Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 240-247, 2004.

CARLOS, P. R. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arquivos de ciências da saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 176-181, 2008.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 617-621, 1998.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Physical activity and health: a report of the surgeon general**. Atlanta, 1999. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sum.htm>>. Acesso em: 3 dez. 2011.

CERCATO, C. et al. Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a Brazilian population. **Revista do Hospital Das Clínicas**, São Paulo, v. 59, p. 113-118, 2004.

CESSE, E. A. P. et al. Tendência da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 5, p. 490-497, 2009.

CESSE, E. A. P.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006, p. 47-72.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 289, n.19, p. 2560-2572, 2003.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.

COELHO, A. M. Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes **Revista portuguesa de clínica e terapêutica**, Oeiras, v. 22, p. 41-48, 2006.

- COSTA, J. M. B. S. **Avaliação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife-PE.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.
- COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.38, n. 2, p. 84-91, 2004.
- CRUZ, I. C. F.; SOBRAL, V.; PENNA, A. A. Histórias de esquecimento brasileiro: considerações sobre os fatores de risco da hipertensão arterial em negros. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v.11, n.1, p.75-85, 1998.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- FRAMINGHAM HEART STUDY. **A project of a National heart, lung and blood Institute and Boston University.** Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org/biblio/1980s.html>>. Acesso em: 20 dez. 2011.
- FRANKLIN, S. S. et al. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. **Circulation**, Irvine, v. 100, n. 4, p. 354-360, 1999.
- FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap.1, p. 17-46.
- FREITAS, O. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 9-15, 2001.
- FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 641-655.
- GALINDO, A. J. A. **Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (HIPERDIA) no município de Arcoverde – Pernambuco.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- GALVÃO, R.; KOHLMANN, O. J. Hipertensão arterial no paciente obeso. **Revista brasileira de hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 262-267, 2002.
- GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.27-44, 2008.
- GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 236-246, 1997.
- GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 969-976, 2001.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 5, n. 83, p.424-428, 2004.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 45, p. 475-80, 2001.

HALVERSTADT, A. et al. Endurance exercise training raises high-density lipoprotein cholesterol and lowers small low-density lipoprotein and very low-density lipoprotein independent of body fat phenotypes in older men and women. **Metabolism Clinical and Experimental**, Naples, v. 56, n. 4, p. 444-450, 2007.

HASRZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-7, 2006.

HILL, J. O. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. **Endocrine Reviews**, Baltimore, v. 27, n. 7, p. 750-761, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 8 out. 2010

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis Conprev/INCA/M, 2002-2003**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

KAPLAN, N. M. Treatment of hypertension: nondrug therapy. In: Kaplan NM, editor. **Clinical hypertension**. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 159-79, 1998.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

KLOTZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-28, 1998.

KRIGER N. A. glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**. London, v. 5, p. 693-700, 2001.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, cap. 2, p. 29-42.

MISRA, A.; VIKRAM, N. K. Clinical and pathophysiological consequences of abdominal adiposity and abdominal adipose tissue depots. **Nutrition**, New Delhi, v. 19, p. 457-466, 2003.

MOLINA, M. C. B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros De Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 186-94, 1999.

MONTEIRO, P. C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes de um programa de hipertensão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 73-79, 2005.

MORAES, S. E. Os buracos da lousa: reflexões sobre um tema de pesquisa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 653-672, 2006.

MOREIRA, L. B. et al. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.1, n. 29, p. 46-51, 1995.

MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Álcool e hipertensão arterial: mecanismos fisiopatológicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 52-54, 2005.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p.1661-1672, 2007.

NANCHAHAL, K.; ASHTON, W. D.; WOOD, D. A. Alcohol consumption, metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 29, p. 57-64, 2000.

NEUMANN, A.I.C.P. et al. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 22, n. 5, p. 329-339, 2007.

OLINTO, M. T. A. et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1207-1215, 2006.

OLIVEIRA, E. O.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; KAC, G. Fatores demográficos e comportamentais associados à obesidade abdominal em usuárias de centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 361-369, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Status Report on Alcohol 2004**. Geneva: OMS, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **CARMEN: An Initiative for integrated prevention of noncommunicable diseases in the Americas**. OPAS, 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente diabético e/ou hipertenso pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

- PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.
- PATE, R. R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.
- PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica ao Diabetes mellitus na estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998.
- PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: BRASIL. **Manual de enfermagem: programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, v. 1, p. 149-53.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870-877, 2005.
- POSSA, S. C. **Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- RANGEL-S, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1375-1385, 2007.
- ROSA FILHO, L. A.; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 915-925, 2008.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol, M.Z; Almeida Filho N. **Epidemiologia e saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999. Capítulo. I, p.15-31.
- SACKS, D. B. et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. **Clinical Chemistry**, New York, v. 48, p. 436-72, 2002.
- SALLES-COSTA, R. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 325-333, 2003.
- SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, L. T. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas! **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 46, 2002.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Journal of Family Practice**, New York, v. 50, p. 161-75, 2001.

SIMÃO, M. et al. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>>. Acesso em 15/09/2010.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.1-9, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, Suppl 4, p. 1-14, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2006.

SOUZA H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L.(Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002, p. 221-240, 2002.

SOUZA, M. L. P.; GAMELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: p. 91-99, 2008.

STURMER, G. et al. Non-pharmacological management of hypertension in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1727-1737, 2006.

TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 378-384, 2006.

WHELTON, P.K. et al. Primary prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.288, n.15, p.1882-1888, 2002.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

ZANELLA et al. Orlistat and cardiovascular risk profile in hypertensive patients with metabolic syndrome: the arcos study. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2006.

Não escrever nada nesta coluna

13. Data da entrevista: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|
|_|_| |_|_|_|_|_| DIAE MESE ANOE

DADOS GERAIS

14. Data de nascimento: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|
|_|_| |_|_|_|_|_| DIAN MESN ANON

15. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino |_|_| SEXO

16. Qual o senhor/a senhora diria que é a cor da sua pele ou sua raça?

|_|_| COR

[Ver as alternativas](#)

1 Negra
2 Branca
3 Amarela
4 Parda
5 Indígena
6 Outra _____
7 NA

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/ SOCIOECONÔMICAS

17. Número de pessoas que moram na casa: |_|_|_| pessoas |_|_|_| DEMO1

18. Nível de estudos: |_|_|_| DEMO2

- 01 Analfabeto
02 Sabe ler e escrever
03 Primário incompleto
04 Primário completo
05 Primeiro grau incompleto
06 Primeiro grau completo
07 Segundo grau incompleto
08 Segundo grau completo
09 Técnico
10 Superior incompleto
11 Superior completo
12 Pós-graduado
13 Outro _____

19. No último mês, quanto o senhor/a senhora ganhou? |_|_| DEMO3

- 1 Até 1 SM
2 Mais de 1 e até 4 SM
3 Mais de 4 SM
4 Não sei/ Não lembro
5 NA

20. No último mês, qual foi a renda familiar? (Considere como renda: salários, pensões, bolsa-família, etc., de todos que moram na casa) |_|_| DEMO4

- 1 Até 1 SM
2 Mais de 1 e até 4 SM
3 Mais de 4 SM
4 Não sei/ Não lembro
5 NA

21. A renda familiar do último mês foi muito diferente do habitual?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| DEMO5

21.1. Caso sim, quanto é habitualmente?

- 1 Até 1 SM
2 Mais de 1 e até 4 SM
3 Mais de 4 SM
4 Não sei/ Não lembro

|_|_| DEMO6

22. Neste momento, o senhor/a senhora está:*ler as opções e marcar apenas uma, a principal*

|_|_| DEMO7

- 01 Empregado, com carteira assinada
02 Empregado, sem carteira assinada
03 Fazendo biscates
04 Dono do próprio negócio
05 Trabalhador autônomo
06 Desempregado

Caso sim, há quanto tempo? |_|_| anos e/ou |_|_| meses

|_|_| ANODES

|_|_| MES

- 07 Dona de casa
08 Estudante
09 Aposentado

Caso sim, há quanto tempo? |_|_| anos e/ou |_|_| meses

|_|_| ANOAPO

|_|_| MESAPO

- 10 Auxílio doença (encostado por doença)

Caso sim, há quanto tempo? |_|_| anos e/ou |_|_| meses

|_|_| ANODOE

|_|_| MESDOE

- 11 Pensionista

Caso sim, há quanto tempo? |_|_| anos e/ou |_|_| meses

|_|_| ANOPEN

|_|_| MESPEN

- 12 Outro _____

13 NA**Se o senhor/a senhora não é o chefe da família****23. Até que ano o chefe da família cursou na escola ou faculdade?**

|_|_| DEMO8

- 01 Analfabeto
02 Sabe ler e escrever
03 Primário incompleto
04 Primário completo
05 Primeiro grau incompleto
06 Primeiro grau completo
07 Segundo grau incompleto
08 Segundo grau completo
09 Técnico
10 Superior incompleto
11 Superior completo
12 Pós-graduado
13 Outro _____

24. Neste momento, o chefe da família está:

|_|_| DEMO9

ler as opções e marcar apenas uma, a principal

- 01 Empregado, com carteira assinada
02 Empregado, sem carteira assinada
03 Fazendo biscates
04 Dono do próprio negócio
05 Trabalhador autônomo
06 Desempregado

- Caso sim**, há quanto tempo? |__|__| anos e/ou |__|__| meses |__|__| ANODESC |__|__| MES
- 07 Dona de casa
- 08 Estudante
- 09 Aposentado
- Caso sim**, há quanto tempo? |__|__| anos e/ou |__|__| meses |__|__| ANOAPOC
|__|__| MESAPOC
- 10 Auxílio doença (encostado por doença)
- Caso sim**, há quanto tempo? |__|__| anos e/ou |__|__| meses |__|__| ANODOEC
|__|__| MESDOEC
- 11 Pensionista
- Caso sim**, há quanto tempo? |__|__| anos e/ou |__|__| meses |__|__| ANOPENC
|__|__| MESPENC
- 12 Outro _____
- 13 NA

GASTOS COM SAÚDE E POR CAUSA DA DOENÇA

Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais para cuidar de sua saúde

25. O senhor/a senhora tem plano de saúde ou seguro de saúde?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro NA |__| GASTSN1

25.1. **Caso sim**, quanto gasta em média por mês com este plano?

R\$ |__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|,|__|

|__| GAST1

26. O senhor/a senhora tem plano odontológico?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro NA |__| GASTSN2

26.1. **Caso sim**, quanto gasta em média por mês com este plano?

R\$ |__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|,|__|

Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais com transporte e perdas de salário/ dinheiro para cuidar de sua saúde indo ao PSF ou à UBS

27. Para ir ao PSF ou UBS o Sr/a Sra precisa pagar o transporte?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST3

27.1. **Caso sim**, quanto gasta em média **por mês** com passagens (ida e volta)?

R\$ |__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|,|__|

GAST4

28. O Sr/a Sra precisa ir com acompanhante para estas consultas?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST5

28.1. **Caso sim**, o Sr/a Sra tem que pagar transporte para ele/ela?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST6

28.1.2. **Caso sim**, quanto gasta por mês (ida e volta)?

R\$ |__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|,|__|

GAST7

29. O Sr/a Sra tem outros gastos para fazer estas consultas (por exemplo: lanches, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST8

29.1. Caso sim, quanto acha que gasta por mês?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|__|,|__|__|

GAST9

30. O Sr/a Sra teve que pedir licença de seu trabalho ou deixar de trabalhar para fazer estas consultas?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST10

30.1. Caso sim, foi descontado do seu salário (ou deixou de ganhar) para o(s) dia(s) que faltou no mês?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST11

30.1.2. Caso sim, quanto acha que perde por mês?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|__|,|__|

Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais com transporte fora do PSF/UBS e perda de renda com exames e especialistas indicados ou não pelo PSF/UBS

31. Para realizar as consultas e exames (fora do PSF/UBS) o Sr/a Sra precisa pagar o transporte?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST13

31.1. Caso sim, quanto gasta por mês com passagens (ida e volta)?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|__|,|__|__|

GAST14

31.2. No último mês em que precisou realizar exames ou consulta fora do PSF/UBS, quantas vezes o Sr/a Sra foi atendido/a fora do PSF/UBS? |__| GAST15

- 1 Uma vez
 2 Duas vezes
 3 Três vezes
 4 Quatro vezes
 5 Mais de quatro
 6 Não sei/ não lembro
 7 NA

32. O Sr/a Sra precisa ir com acompanhante para estas consultas?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST16

32.1. Caso sim, o Sr/a Sra tem que pagar transporte para ele/ela?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST17

32.1.2. Caso sim, quanto gasta por mês (ida e volta)?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|__|,|__|__|

GAST18

33. O Sr/a Sra tem outros gastos para fazer estas consultas (por exemplo: lanches, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST19

33.1. Caso sim, quanto acha que gasta por mês?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|__|,|__|__|

GAST20

34. O Sr/a Sra teve que pedir licença de seu trabalho ou deixar de trabalhar para fazer estas consultas?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST21

34.1. Caso sim, foi descontado do seu salário (ou deixou de ganhar) para o(s) dia(s) que faltou no mês?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GAST22

34.1.2. Caso sim, quanto acha que perde por mês?

R\$ |__|_|__|_|__| , |__|_|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|_|__|_|__|_|__|_|__|

GAST23

HÁBITOS DE VIDA

Atividade física

35. Como o Sr/a Sra classificaria sua atividade física de lazer? |__| AF1

- 1 Leve (caminhar, pedalar ou dançar ≥ 3 horas por semana)
 2 Moderada (correr, fazer ginástica ou praticar esportes ≥ 3 horas por semana)
 3 Intensa (treinamento para competição)
 4 Não tem (o lazer não inclui atividade física)
 5 NA

36. Algum profissional da USF (Unidade de Saúde da Família) ou da UBS (Unidade Básica de Saúde) onde o Sr/a Sra consulta já perguntou se o Sr/a Sra realiza alguma atividade física?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| AF2

37. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para modificar (aumentar) seus hábitos de atividade física?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| AF3

37.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir esta modificação (por exemplo: orientou sobre o tipo de atividade que o Sr/a Sra poderia fazer, indicou fisioterapeuta, aconselhou uma academia onde o Sr/a Sra pudesse se matricular, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| AF4

38. O Sr/a Sra já modificou (aumentou) seus hábitos de atividade física?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| AF5

38.1. Caso sim, teve, ou continua tendo, gastos para isto (por exemplo: matricular-se numa academia ou num clube, comprar equipamento, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| AF6

38.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ |__|_|__|_|__| , |__|_|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

|__|_|__|_|__|_|__|_|__| AF7

Por |__|_|__| mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|_|__| AF8

38.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$ |__|_|__|_|__| , |__|_|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|_|__|_|__|_|__|

Hábito de fumar

39. O Sr/a Sra fuma cigarro/ cachimbo/ charuto ou outros tipos de fumo atualmente ou já fumou no passado?

|_|_| FUMSN

- 1 Sim, fumo atualmente
 2 Fumei no passado, mas parei de fumar
 3 Nunca fumei
 4 NA

40. Algum profissional da USF ou da UBS onde o Sr/a Sra se consulta já perguntou se o Sr/a Sra fumava, parou de fumar ou nunca fumou?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| FUM1

Caso o senhor/a senhora fume atualmente

41. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para parar de fumar?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| FUM2

41.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF/UBS, receitou remédios para parar de fumar, encaminhou para consulta especializada, etc.)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| FUM3

42. O Sr/a Sra já tentou parar de fumar?

- 1 Sim 2 Não 3 NA

|_|_| FUM4

42.1. Caso sim, teve gastos para isto (por exemplo: comprar remédios para parar de fumar, pagar para consulta especializada, etc.)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| FUM5

42.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

|_|_|_|_|_|, |_|_|_|_|_| FUM6

Por |_|_|_| mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

|_|_|_| FUM7

42.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

|_|_|_|_|_|,|

Caso o senhor/a senhora tenha parado de fumar

43. Há quanto tempo o Sr/a Sra está sem fumar?

|_|_|_| anos (ou, se menos de 01 ano: |_|_|_| meses)

|_|_|_| ANOFUM

|_|_|_| MESFUM

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

44. Foi por orientação de algum profissional da USF/UBS que o Sr/a Sra parou de fumar?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| FUM9

44.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF/UBS, receitou remédios para parar de fumar, encaminhou para consulta especializada, etc.)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_|_| FUM10

45. O Sr/a Sra teve gastos para conseguir parar de fumar (por exemplo: comprar remédios para parar de fumar, pagar para consulta especializada, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| FUM11

45.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?
(se já parou de gastar)

R\$ |__|__|__| , |__|__|

|__|__|__|,|__|__| FUM12

Por |__|__| mês/meses |__|__| FUM13

45.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?
(se está gastando atualmente)

R\$ |__|__|__| , |__|__| |__|__|__|,|

Consumo de bebidas alcoólicas

46. O Sr/a Sra consome algum tipo de bebida alcoólica? |__| ALCOSN

- 1 Sim, ao menos uma vez por semana
2 Sim, menos que uma vez por semana
3 Não, nunca consumi
4 Não, parei de consumir
5 ~~NA~~

46.1. Caso sim, quantas doses diria que consome por semana (uma dose = uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça)?

|__|__| doses |__|__| ALC01

47. Algum profissional da USF/UBS onde o Sr/a Sra consulta já perguntou se o Sr/a Sra consumia bebidas alcoólicas?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALC02

Caso o senhor/a senhora consuma bebidas alcoólicas

48. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para diminuir ou parar?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALC03

48.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: encaminhou para grupo de apoio, receitou remédios para ajudar, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALC04

49. O Sr/a Sra já tentou reduzir ou parar?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| ALC05

49.1. Caso sim, teve gastos para isto (por exemplo: comprar remédios, pagar para consulta especializada, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALC06

49.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?
(se já parou de gastar)

R\$ |__|__|__| , |__|__|

|__|__|__|,|__|__| ALC07

Por |__|__| mês/meses |__|__| ALC08

49.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?
(se está gastando atualmente)

R\$ |_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|,|_|

Caso o Sr/a Sra tenha parado de consumir bebidas alcoólicas

50. Há quanto tempo o Sr/a Sra está sem beber?

|_|_|_| anos (ou, se menos de 01 ano: |_|_|_| meses) |_|_|_| ANOALC
|_|_|_| MESALC

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

51. Foi por orientação de algum profissional da USF/UBS que o Sr/a Sra parou de beber?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| ALCO10

51.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF/UBS, encaminhou para grupo de apoio, receitou remédios para ajudar, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| ALCO11

52. O Sr/a Sra teve gastos para conseguir parar de beber (por exemplo: comprar remédios, pagar para consulta especializada, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| ALCO12

52.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?
(se já parou de gastar)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra
|_|_|_|_|_|,|_|_|_|_| ALCO13

Por |_|_|_| mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_| ALCO14

52.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?
(se está gastando atualmente)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|,|_|

História do peso, dieta e hábitos alimentares

53. Qual era seu peso aos 20 anos de idade? |_|_|_|_| , |_| kg |_|_|_|_|,|_|

PESO20

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

54. Qual foi o peso máximo que o Sr/a Sra já pesou na vida?

|_|_|_|_| , |_| kg riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|,|_|

PESOMAX

55. Algum profissional da USF/UBS onde o Sr/a Sra consulta já disse que o Sr/a Sra precisaria perder peso?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| ALIM1

56. O Sr/a Sra está seguindo uma dieta para perder peso?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro ~~4 NA~~ |_|_| ALIM2

Caso o Sr/a Sra esteja seguindo uma dieta para perder peso

57. Essa dieta foi orientada por algum profissional da USF/UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALIM3

57.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para ajudar o Sr/ a Sra a perder peso (por exemplo: fez perguntas sobre seus hábitos alimentares, indicou os alimentos a evitar, encaminhou p/ nutricionista, aconselhou atividade física, receitou remédios, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALIM4

58. O Sr/a Sra já perdeu peso seguindo esta dieta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALIM5

58.1. Caso sim, quantos quilos, mais ou menos? |__|__| kg

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

|__|__| ALIM6

59. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, gastos para seguir esta dieta (por exemplo: nutricionista, comprar alimentos light, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALIM7

59.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?
(se já parou de gastar)

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

|__|__|__|,|__|__| ALIM8

Por |__|__| mês/meses *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

|__|__| ALIM9

59.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?
(se está gastando atualmente)

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

|__|__|__|,|__|

Caso o Sr/a Sra não esteja seguindo uma dieta para perder peso

60. Qual é a razão principal para isto? *Uma resposta só*

|__| ALIM11

- 1 Não preciso perder peso
 2 Nunca fui orientado(a) a fazer dieta para perder peso
 3 Já tentei, mas não deu certo, cansei
 4 Já tentei, mas sai caro demais
 5 Já tentei, mas não combinava com meu estilo de vida
 6 Já tentei, mas não combinava com os hábitos da família
 7 Já tentei, mas não combinava com meu trabalho
 8 Outra: _____
 9 NA

61. O Sr/a Sra tirou ou procurou tirar o sal de sua dieta (evitar alimentos como enlatados/embutidos, não colocar sal na mesa, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro/NA |__| ALIM12

61.1. Caso sim, isto foi orientado por algum profissional da USF/UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALIM13

61.2. O Sr/a Sra teve ou continua tendo gastos para se adequar a isto (por exemplo: comprar alimentos ou temperos sem sal)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| ALIM14

61.2.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?
(se já parou de gastar)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra
|_|_|_|_|_|, |_|_|_| ALIM15

Por |_|_|_| mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_| ALIM16

61.2.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?
(se está gastando atualmente)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|,|_|

62. *Algun profissional da USF/UBS realizou orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?*

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_|_| ALIM18

63. *O Sr/a Sra acha que se adequa, mais ou menos, a este tipo de alimentação saudável?*

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro/NA |_|_|_| ALIM19

64. *O que o Sr/a Sra acha que é menos saudável no seu jeito de se alimentar?* |_|_|_|_| ALIM20
não ler as alternativas, escolher o mais próximo da 1ª resposta que o entrevistado falou

- 01 Comer em horários irregulares
- 02 Beliscar (salgadinhos, biscoitos, doces, etc.)
- 03 Pular muitas refeições
- 04 Comer muito (em quantidade)
- 05 Beber muito (bebidas alcoólicas)
- 06 Comer muitos embutidos, enlatados, salsichas, etc.
- 07 Comer muita carne
- 08 Comer pouco peixe
- 09 Comer muitas frituras
- 10 Acrescentar muito sal na sua alimentação
- 11 Não comer muitas verduras nem frutas
- 12 Comer muitos doces/açucarados
- 13 Comer muitos alimentos salgados (carne de sol, charque, entre outros)
- 14 Comer muitos alimentos gordurosos
- 15 Outro: _____
- 16 NA

MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 1

65. Pressão arterial (1ª medida - SENTADO):

Sistólica |_|_|_|_| mmHg |_|_|_|_| PAS1

Diastólica |_|_|_|_| mmHg |_|_|_|_| PAD1

HISTÓRIA E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

66. *Há quanto tempo o Sr/a Sra sabe que tem pressão alta?*

|_|_|_| anos (ou, se menos de 01 ano: |_|_|_| meses) |_|_|_| ANOHA
|_|_|_| MESH A

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

67. *Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra já participou de alguma atividade educativa em um grupo de hipertensos na USF/UBS?*

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_|_| GRUPOSN

67.1. **Caso sim**, quantas vezes nos últimos 12 meses?

|_|_| vezes riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

|_|_| GRUPO1

67.2. **Caso sim**, qual sua opinião sobre esta atividade educativa com o grupo de hipertensos na USF/UBS (o que o Sr/a Sra achou do grupo)?

|_| GRUPO2

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

Tratamento

68. O Sr/a Sra usa comprimidos para controlar a pressão?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| HACP5N

Caso o Sr/a Sra use comprimidos para controlar a pressão

69. Qual(is) o(s) nome(s)?

pedir para ver a receita ou a embalagem; precisar n° de comprimidos/dia

preencher depois:

69.1. Diuréticos: 1 Sim 2 Não

|_| HACP1

Caso sim: |_| comprimidos/dia

|_| HACP2

69.2. Inibidores simpáticos: 1 Sim 2 Não

|_| HACP3

Caso sim: |_| comprimidos/dia

|_| HACP4

69.3. Betabloqueadores: 1 Sim 2 Não

|_| HACP5

Caso sim: |_| comprimidos/dia

|_| HACP6

69.4. Vasodilatadores diretos: 1 Sim 2 Não

|_| HACP7

Caso sim: |_| comprimidos/dia

|_| HACP8

69.5. Inibidores da ECA: 1 Sim 2 Não

|_| HACP9

Caso sim: |_| comprimidos/dia

|_| HACP10

69.6. Outro antihipertensivo: 1 Sim 2 Não

|_| HACP11

Caso sim: |_| comprimidos/dia

|_| HACP12

70. Estes comprimidos foram prescritos pela USF/UBS?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| HACP13

70.1. Caso não, quem foi que receitou esses comprimidos?

|_| HACP14

1 Especialista em cardiologia, por encaminhamento da USF/UBS

2 Centro de referência de doenças crônicas

3 Médico particular/desembolso direto

4 Médico do Plano de Saúde

5 Outro: _____

6 NA

71. Estes comprimidos são todos fornecidos pela USF/UBS?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| HACP15

72. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes comprimidos?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| HACP16

72.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|

73. Atualmente, o Sr/a Sra usa uso **outro tipo de tratamento** (remédios caseiros, simpatias, etc.) para tratar a pressão alta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| TRATSN

73.1. Caso sim, quais são?

73.2. Alguém receitou esse(s) outro(s) tipo(s) de tratamento(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| TRAT1

73.2.1. Caso sim, quem foi que receitou?

|_| TRAT2

- 1 Curandeiro
 2 Curioso
 3 Balconista da farmácia
 4 Outro: _____
 5 NA

73.3. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar essa pessoa?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| TRAT3

73.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra
 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TRAT4

Por |_|_| mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_| TRAT5

73.3.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TRAT6

73.4. O Sr/a Sra precisa comprar todos ou parte desses outros tipos de remédios/tratamentos? |_| TRAT7

- 1 Sim, todos
 2 Sim, parte deles
 3 Não
 4 Não sei/não lembro
 5 NA

73.4.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TRAT8

74. O Sr/a Sra foi orientado(a) a fazer **auto-monitoramento da pressão**, com aparelho automático de braço ou pulso?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| AMPASN1

75. O Sr/a Sra faz o auto-monitoramento da pressão, com aparelho automático de braço ou pulso? se menos de 1 vez/semana, considerar que não faz

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| AMPASN2

75.1. Caso não, porquê não faz? uma resposta só

|_| AMPA1

- 1 Não achei importante fazer
 2 Não recebi o aparelho do PSF/UBS, nem tive dinheiro para comprá-lo
 3 Não tenho tempo, não combina com meu trabalho ou meus afazeres
 6 Não foi orientado(a)
 4 Outro: _____
 5 NA

Caso tenha sido orientado e faça o auto-monitoramento da pressão**76. Quem foi que orientou a fazer este auto-monitoramento?**

|_| AMPA2

- 1 Algum profissional da USF/UBS
 2 Especialista em cardiologia, por encaminhamento da USF/UBS
 3 Centro de referência de doenças crônicas
 4 Médico particular/desembolso direto
 5 Médico do Plano de Saúde
 6 Outro: _____
 7 NA

77. O Sr/a Sra precisou comprar o aparelho?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| AMPA3

77.1. Caso sim, quanto gastou com esta compra?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_|_|_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/não lembra |_|_|_|_|_|, |_|_|_|_|_|

AMPA4

78. Caso o Sr/a Sra tenha problemas em obter ou pagar pelo tratamento de sua hipertensão, o(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe disso?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| OPINHA

79. Qual é o seu grau de confiança na receita dada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS?

|_| OPINHA2

- 1 Muito bom
 2 Bom
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

80. Qual sua opinião sobre as explicações do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS com respeito ao uso dos remédios?

|_| OPINHA3

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não lembro ter recebido explicações
 7 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso

81. Qual a sua opinião sobre o fornecimento das medicações (com a forma de receber os remédios)?

|_| OPINHA4

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 2

82. Pressão arterial (2ª medida - SENTADO):

Sistólica	_ _ _ mmHg	_ _ _ PAS2
Diastólica	_ _ _ mmHg	_ _ _ PAD2

CONSULTAS/VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO (AB)

83. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou na USF/UBS devido a seu problema de pressão alta?

Nº de consultas: |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_| CS1

84. Há quantas semanas foi sua última consulta na USF/UBS devido a seu problema de pressão alta?

|_|_| semanas riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_| CS2

85. Qual era o motivo desta consulta?

|_| CS3

- 1 Acompanhamento regular sem motivo de saúde específico
- 2 Problema específico relacionado com a hipertensão
- 3 Não sei/não lembro
- 4 NA

85.1. Se o motivo for "Problema específico relacionado com o hipertensão", o Sr/a Sra acredita que hoje ele está:

|_| CS4

- 1 Resolvido
- 2 Melhor
- 3 Igual
- 4 Pior
- 5 Não sei
- 6 NA

86. Esta consulta foi agendada?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| CS5

87. Foi fácil marcar hora para esta consulta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| CS6

88. Uma vez que o Sr/a Sra chegou à unidade (USF/UBS), o Sr/a Sra esperou mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a)/enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| CS7

89. Qual sua opinião sobre a forma de atender por parte da recepção? (o pessoal da recepção foi gentil, educado, simpático?)

|_|_| OPINCS1

- 1 Muito boa
- 2 Boa
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Muito ruim
- 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
- 7 NA

90. Qual sua opinião sobre a forma de atender do profissional (médico(a)/enfermeiro(a)) que atendeu? (foi gentil, educado(a), simpático(a)?)

|_|_| OPINCS2

- 1 Muito boa
- 2 Boa
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Muito ruim
- 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso

7 NA

91. *Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que atendeu? (ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?)* OPINCS3

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

92. *Qual sua opinião sobre o exame clínico, sobre o jeito como o (a) médico(a)/enfermeiro(a) o examinou?* OPINCS4

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

93. *Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a)? (o Sr/a Sra confiou no(a) médico(a)/enfermeiro(a)?)* OPINCS5

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

94. *Qual a sua avaliação geral da consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?* OPINCS6

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

95. *Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido a seu problema de pressão alta, o Sr/a Sra teve sua pressão arterial aferida?* DIVCS1

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

96. *Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido a seu problema de pressão alta, o Sr/a Sra teve seu peso medido?* DIVCS2

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

97. *Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF/UBS, o Sr/a Sra já teve sua altura medida alguma vez?* DIVCS3

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

98. *Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF/UBS, o Sr/a Sra já teve sua cintura medida alguma vez?* DIVCS4

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

99. *Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF/UBS, o Sr/a Sra já teve a circunferência de seus quadris medida alguma vez?* DIVCS5

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

100. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS com respeito a sua doença (hipertensão arterial)?

|_|_| OPINDIV1

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não lembro ter recebido explicações
 7 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 8 NA

101. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS quanto ao prognóstico/à evolução de sua doença (hipertensão arterial)?

|_|_| OPINDIV2

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não lembro ter recebido explicações
 7 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 8 NA

EXAME FÍSICO

102. Peso: |_|_|_|_|, |_| kg |_|_|_|_|, |_|

103. Altura: |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

104. Circunferência abdominal (1ª medida): |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

105. Circunferência abdominal (2ª medida): |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

Caso medidas difiram > 1 cm

106. Circunferência abdominal (3ª medida): |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

107. Circunferência quadril (1ª medida): |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

108. Circunferência quadril (2ª medida): |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

Caso medidas difiram > 1 cm

109. Circunferência quadril (3ª medida): |_|_|_|_|, |_| cm |_|_|_|_|, |_|

ORIENTAÇÕES/ EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DA HA (AB)

109. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF/UBS aferiu sua pressão arterial ou orientou que fosse à unidade para aferir?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_|_| ORIEN1

110. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF realizou orientações sobre higiene bucal (forma correta de escovar os dentes, uso do fio dental)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_|_| ORIEN2

111. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra recebeu vacina contra a gripe por orientação de algum profissional da USF/UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_|_| ORIEN3

Glicemia em jejum

112. O Sr/a Sra sabe o que é a glicemia em jejum?

1 Sim 2 Não |_|_|_| GEJSN1

Explicar, se necessário: glicemia é a taxa de açúcar no sangue, em jejum quer dizer de manhã cedo, antes de ter feito qualquer refeição. Valores altos podem indicar diabetes.

113. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez punção venosa para medir a glicemia em jejum?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GEJSN2

113.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GEJ1

Caso tenha tido medidas da glicemia em jejum

114. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir a a glicemia em jejum?

Número de vezes: |__| |__| *riscar se NA ou não sabe/ não lembra* |__| |__| GEJ2

115. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| GEJ3

116. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste exame?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GEJ4

117. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste exame?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GEJ5

118. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste exame significavam no seu caso (se estavam bons, se o Sr/a Sra devia tomar medidas ou mudar o tratamento para corrigir as taxas, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GEJ6

119. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| GEJ7

119.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?

R\$ |__| |__| |__| |__| , |__| |__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Colesterol/triglicerídeos

120. O Sr/a Sra sabe o que é colesterol e triglicerídeos?

|__| LIPSN1

- 1 Sim, colesterol
 2 Sim, triglicerídeos
 3 Sim, colesterol e triglicerídeos
 4 Não
 5 NA

Explicar, se necessário: são as taxas de gorduras do sangue, que podem prejudicar as artérias quando são altas.

121. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir o colesterol e os triglicerídeos?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| LIPSN2

121.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| LIP1

Caso tenha tido medidas do colesterol e triglicerídeos

122. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez uma punção venosa para medir o colesterol e os triglicerídeos?

Número de vezes: |__|__| riscar se NA ou não sabe/ não lembra |__|__| LIP2

123. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| LIP3

124. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste exame?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| LIP4

125. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste exame?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| LIP5

126. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste exame significavam no seu caso (se estavam bons, se devia modificar os hábitos de vida, ou, se começar/mudar o tratamento para corrigir as taxas, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| LIP6

127. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| LIP7

127.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |__|__|__|__|

Exame de urina

128. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez um exame de urina?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| URINSN

128.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| URIN1

Caso tenha feito exame de urina

129. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez um exame de urina?

Número de vezes: |__|__| riscar se NA ou não sabe/ não lembra |__|__| URIN2

130. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| URIN3

131. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| URIN4

132. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| URIN5

133. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste(s) exame(s) significavam no seu caso (se estavam bons, se devia modificar os hábitos de vida ou começar/mudar o tratamento para melhorar, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA URIN6

134. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA URIN7

134.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?

R\$, riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

Eletrocardiograma de repouso

135. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez um eletrocardiograma de repouso (deitado)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ECGSN

135.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ECG1

Caso tenha feito eletrocardiograma de repouso

136. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez eletrocardiograma de repouso?

Número de vezes: riscar se NA ou não sabe/ não lembra ECG2

137. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?

1 Sim 2 Não 3 NA ECG3

138. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ECG4

139. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ECG5

140. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste(s) exame(s) significavam no seu caso (se estavam bons, se devia tomar providências ou consultar um cardiologista, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ECG6

Caso houve encaminhamento para cardiologista, preencher abaixo a parte "Encaminhamentos para especialistas".

141. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ECG7

141.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?

R\$, riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 3

142. Pressão arterial (3ª medida - SENTADO):

Sistólica mmHg PAS3

Diastólica mmHg PAD3

ENCAMINHAMENTOS PARA ESPECIALISTAS

Oftalmologista

143. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) oftalmologista para fazer exame do fundo do olho (ou seja, sua pupila foi dilatada, colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFTSN

143.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFT1

Caso tenha feito um fundo de olho nos últimos 12 meses

144. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez um fundo de olho?

Número de vezes: riscar se NA ou não sabe/ não lembra OFT2

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

145. Onde foi realizada a consulta para fazer o fundo de olho?

OFT3

- 1 Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)
 2 Plano de Saúde
 3 Particular/desembolso direto
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

145.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$, riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

OFT4

146. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para quem fez o fundo de olho a respeito do motivo deste?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFT5

147. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste fundo de olho?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFT6

148. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste fundo de olho?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFT7

149. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste fundo de olho significavam no seu caso (se estavam bons, se devia tomar providências ou fazer tratamento específico)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFT

150. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por quem fez o fundo de olho?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA OFT9

151. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a este exame (foi fácil conseguir marcar para fazer o fundo de olho)?

___ | OFT10

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

Dentista (odontólogo/a)

152. Como o Sr/a Sra classificaria sua saúde bucal (saúde dos dentes e da boca)?

___ | BOCA

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

153. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) dentista (odontólogo/a) para verificar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___ | ODONS

153.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___ | ODON1

Caso tenha consultado um(a) dentista nos últimos 12 meses

154. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) dentista?

Número de vezes: ___|___| riscar se NA ou não sabe/ não lembra

___|___| ODON2

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

155. Onde foi realizada a consulta?

___ | ODON3

- 1 Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)
 2 Plano de Saúde
 3 Particular/desembolso direto
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

155.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$ ___|___|___| , ___|___| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

___|___|___|,|_

156. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta consulta?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___ | ODON5

157. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este profissional?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___ | ODON6

158. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

___ ODON7

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

Cardiologista

159. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) cardiologista?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___ CARDSN

159.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___ CARD1

Caso tenha consultado um(a) cardiologista nos últimos 12 meses

160. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) cardiologista?

Número de vezes: ___|___| riscar se NA ou não sabe/ não lembra

___|___| CARD2

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

161. Onde foi realizada a consulta?

___| CARD3

- 1 Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)
 2 Plano de Saúde
 3 Particular/desembolso direto
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

161.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$ ___|___|___|___| , ___|___| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

___|___|___|___|,|_

162. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___| CARD5

163. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta consulta?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___| CARD6

164. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___| CARD7

165. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

___| CARD8

166. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

___| CARD9

- 1 Muito boa
 2 Boa
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 7 NA

Nutricionista

167. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) nutricionista?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ___| NUTRSN

167.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ___| NUTR1

Caso tenha consultado um(a) nutricionista nos últimos 12 meses

168. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) nutricionista?

Número de vezes: ___|___| riscar se NA ou não sabe/ não lembra ___|___| NUTR2

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

169. Onde foi realizada a consulta?

___| NUTR3

- 1 Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)
 2 Plano de Saúde
 3 Particular/desembolso direto
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

169.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$ ___|___|___|, ___|___| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra ___|___|___|,___|

170. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ___| NUTR5

171. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta consulta?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ___| NUTR6

172. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ___| NUTR7

173. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ___| NUTR8

180. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta consulta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ESPEC6

181. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ESPEC7

182. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA ESPEC8

213. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

- Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA ESPEC9

COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Coração e artérias

214. O Sr/a Sra teve ou tem problema cardíaco (ex: infarto) decorrente de sua pressão alta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA CVSN1

215. O Sr/a Sra teve ou tem acidente circulatório cerebral (derrame cerebral) decorrente de sua pressão alta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA CVSN2

216. O Sr/a Sra teve ou tem gangrena/amputação de perna(s) decorrente de sua pressão alta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA CVSN3

Caso tenha tido infarto ou AVC ou gangrena/amputação

217. Onde o Sr/a Sra foi internado por causa deste problema?

CV1

caso houve várias internações, perguntar sobre a última; caso não houve, marcar NA

- 1 Hospital público
 2 Hospital privado (plano de Saúde)
 3 Hospital privado (particular)
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

218. O Sr/a Sra precisou pagar por esta internação (ou parte dela)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA CV2

218.1. Caso sim, quanto gastou?

R\$, *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

219. Para este problema de saúde, o Sr/a Sra precisa usar algum **remédio** todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| CV4

Caso sim

219.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)? |__|__| CV5

pedir para ver a receita ou a embalagem; codificar número de produtos CV diferentes

219.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| CV6

219.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__|__|

220. Por este problema, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que ter cuidados de **fisioterapia**?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| CV8

220.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

Por |__|__| mês/meses *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__| CV10

220.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__|__|

221. Este problema teve repercussões sobre seu **trabalho** e sua **renda** mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| CV12

221.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__|__|, |__|__|

CV13

222. O Sr/a Sra precisou fazer **reformas** na sua moradia, para ajustar o ambiente ao seu estado de saúde devido a esta complicação?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| CV14

222.1. Caso sim, quanto diria que isso custou?

R\$ |__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__|__|

223. O Sr/a Sra precisa usar uma **prótese e/ou cadeira de roda**, ou outro aparelho, em decorrência desta complicação?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| CV16

223.1. Caso sim, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar por estes aparelhos?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| CV17

223.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?
(se já parou de gastar)

R\$ |_|_|_|_| , |_|_|
|_|_|_|_|_|, |_|_| CV18

Por |_|_| mês/meses |_|_| CV19

223.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?
(se está gastando atualmente)

R\$ |_|_|_|_| , |_|_|

Caso tenha tido amputação

224. Onde foi realizada a **cirurgia** de amputação?
se várias, perguntar sobre a última

|_| AMPU1

- 1 Hospital público
2 Hospital privado (plano de Saúde)
3 Hospital privado (particular)
4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
5 Universidade/Hospital escola
6 Outros _____
7 NA

225. O Sr/a Sra precisou pagar por esta cirurgia (ou parte dela)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| AMPU2

225.1. Caso sim, quanto gastou?

R\$ |_|_|_|_| , |_|_| |_|_|_|_|_|

226. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| AMPU4

226.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?

R\$ |_|_|_|_| , |_|_| |_|_|_|_|_|,|

Rins

227. O Sr/a Sra teve ou tem mal funcionamento dos rins decorrente de sua pressão alta?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| RINSN

Caso tenha complicações renais

228. O Sr/a Sra tem que fazer **diálise** para tratar essa complicação?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA

|_| RIN1

Caso sim

228.1. Onde está realizado este tratamento?

|_| RIN2

- 1 Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)
2 Plano de Saúde
3 Particular/desembolso direto
4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
5 Universidade/Hospital escola
6 Outros _____
7 NA

228.2. Caso este tratamento seja particular, quanto diria que gasta em média por mês com ele?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|_|

229. O Sr/a Sra precisou fazer uma cirurgia de **transplante renal** para tratar essa complicação?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN4

Caso sim

229.1. Onde foi realizada esta cirurgia?

|_|_| RIN5

- 1 Hospital público
 2 Hospital privado (plano de Saúde)
 3 Hospital privado (particular)
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

229.2. O Sr/a Sra precisou pagar por esta cirurgia (ou parte dela)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN6

229.2.1. Caso sim, quanto gastou?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|_|

229.3. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN8

229.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|_|

230. Para este problema nos rins, o Sr/a Sra precisa usar algum(ns) **remédio(s)** todos os dias por orientação médica **sem ter uma data para parar?**

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN10

Caso sim

230.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

|_|_|_|_| RIN11

pedir para ver a receita ou a embalagem; codificar número de produtos diferentes

230.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN12

230.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|_|

231. Para este problema nos rins, o Sr/a Sra tem que seguir uma **dieta** especial?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN14

Caso sim

231.1. O Sr/a Sra tem que realizar gastos específicos (por exemplo: comprar produtos sem proteínas, complementos alimentares, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_|_| RIN15

231.1.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|

232. Este problema renal teve repercussões sobre seu **trabalho** e sua **renda** mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| RIN17

232.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|

Olhos

233. O Sr/a Sra teve ou tem complicações da pressão alta nos olhos, comprovado por um profissional? pode ser retinopatia hipertensa, catarata, ou glaucoma

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| OLHOSN

Caso tenha complicações oftalmológicas

234. Para este problema nos olhos, o Sr/a Sra precisa usar algum **remédio** todos os dias por orientação médica **sem ter uma data para parar?**

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| OLHO1

Caso sim

234.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

pedir para ver a receita ou a embalagem

234.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| OLHO2

234.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|

235. Para este problema nos olhos, o Sr/a Sra precisa usar **óculos ou lentes de contato** (além do que é necessário por miopia ou baixa de visão devida à idade)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| OLHO4

Caso sim

235.1. O Sr/a Sra comprou os óculos e/ou as lentes de contato?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |_| OLHO5

235.1.1. Caso sim, quanto gastou na compra dos óculos e/ou das lentes de contato?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|

235.1.2. Caso faça uso de lentes de contato, quanto gasta por mês na manutenção?

R\$ |_|_|_|_|_| , |_|_| riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra |_|_|_|_|_|_|_|

236. O Sr/a Sra teve que fazer tratamento com **laser** ou **cirurgia** para essa(s) complicação(ões)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| OLHO8

Caso sim

236.1. O Sr/a Sra precisou pagar por este tratamento (ou parte dele)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| OLHO9

236.1.1. Caso sim, quanto gastou?

R\$ |__| |__| |__| |__| , |__| |__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__| |__| |__| |__| |__|

236.2. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar este tratamento (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| OLHO11

236.2.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?

R\$ |__| |__| |__| |__| , |__| |__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__| |__| |__| |__| |__|

237. Este problema nos olhos teve repercussões sobre seu **trabalho** e sua **renda** mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| OLHO13

237.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?

R\$ |__| |__| |__| |__| , |__| |__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__| |__| |__| |__| |__|

Outras complicações

238. *Só para homens* O Sr teve ou tem **problemas sexuais** persistentes (impotência)?

1 Sim 2 Não 3 NA |__| SEXSN

Caso sim

238.1. Algum profissional da USF/UBS onde o Sr consulta já perguntou sobre este assunto?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| SEX1

238.2 Algum profissional desta USF/UBS já tomou providências para tentar resolver este problema (por exemplo: receitou exames complementares, aconselhou remédios, modificou o tratamento, encaminhou para especialista)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| SEX2

239. O Sr/a Sra teve ou tem **outra(s) complicação(ões)** da pressão alta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| COMPLSN

239.1. Caso sim, qual(is)?

Caso tenha tido ou tenha outras complicações

240. Para esta(s) complicação(ões), o Sr/a Sra precisa usar algum **remédio** todos os dias por orientação médica **sem ter uma data para parar**?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| COMPL1

Caso sim

240.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

pedir para ver a receita ou a embalagem

240.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| COMPL2

240.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__|__|__|,|_

241. Esta(s) complicação(ões) teve(tiveram) repercussões sobre seu **trabalho** e sua **renda** mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| COMPL4

241.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra* |__|__|__|__|,

242. O Sr/a Sra tem que encarar **outros gastos** devido a esta(s) complicação(ões)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| COMPL6

242.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês?

R\$ |__|__|__|__| , |__|__| *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

INTERNAÇÕES POR HA OU RELACIONADAS COM A HA

243. Durante sua vida, o Sr/a Sra teve alguma internação devido a sua pressão alta?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| INTERSN

Caso tenha tido internações devido à HA

244. Quantas internações o Sr/a Sra devido à pressão alta?

|__| INTER1

- 1 Uma vez
 2 De duas a cinco vezes
 3 Mais de cinco vezes
 4 Não sei/não lembro
 5 NA

se houver, perguntar sobre a última

245. O Sr/a Sra foi encaminhado/a por algum profissional da USF/UBS?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| INTER2

246. Onde o Sr/a Sra foi internado/a?

|__| INTER3

- 1 Hospital público
 2 Hospital privado (plano de Saúde)
 3 Hospital privado (particular)
 4 Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)
 5 Universidade/Hospital escola
 6 Outros _____
 7 NA

247. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para o pessoal do hospital a respeito do motivo desta internação?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA |__| INTER4

248. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta internação?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA INTER5

249. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta internação (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre seu tratamento, etc.)?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA INTER6

250. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido durante esta internação?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA INTER7

251. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta internação (foi fácil conseguir esta internação)?

- Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso
 NA
- INTER8

252. O Sr/a Sra pagou por esta internação?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA INTER9

252.1. Caso sim, quanto pagou?

R\$, riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

253. Por causa desta internação, o Sr/a Sra perdeu parte de seu salário/ganho habitual?

1 Sim 2 Não 3 Não sei/não lembro 4 NA INTER11

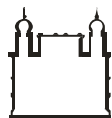
253.1. Caso sim, quanto acha que perdeu?

R\$, riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

*Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo
livre para responder este questionário.*

Nome do(a) entrevistador(a):

ANEXO A – Carta de autorização para utilização dos dados



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins que concordamos com a utilização do banco de dados do estudo **SERVIDIAH – Avaliação de Serviços de Atenção à Saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do programa de saúde da Família**, pela aluna do mestrado acadêmico em saúde pública, **Isabella Martins Barbosa da Silva Paes**, para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado **“ESTILO DE VIDA E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM USUÁRIOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ESF, EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO”** sob a orientação da pesquisadora Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse, facultando-lhe o uso das instalações do LAM SAÚDE, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz.

Ressaltamos que o estudo SERVIDIAH foi aprovado pelo CEP/ CpqAM sob o registro de nº 043/2008.

Recife, 16 de Dezembro de 2011.

Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Coordenadora da Pesquisa