

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**CLAUDIA PEREIRA ALVES RANGEL**

**ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS A HIPERTENSÃO ARTERIAL  
EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
PRESIDENTE KENNEDY A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

VITÓRIA

2024

CLAUDIA PEREIRA ALVES RANGEL

**ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS A HIPERTENSÃO ARTERIAL  
EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
PRESIDENTE KENNEDY A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Carrupt Machado Sogame

**Área de Concentração:** Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2024

CLAUDIA PEREIRA ALVES RANGEL

**ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM  
IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PRESIDENTE  
KENNEDY A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO  
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dr.ª. Luciana Carrupt Machado Sogame

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Orientadora)



Prof.ª. Dr.ª. Tassiane Cristina Moraes

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Membro Interno)



Prof. Dr. Wallace Praga Rizo

Empresa Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão – Multivix - Serra - ES  
(Membro Externo)

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

R196a Rangel, Cláudia Pereira Alves  
Análise de fatores associados à hipertensão arterial em idosos de uma estratégia saúde da família de Presidente Kennedy à luz da Política Nacional de Doenças Crônicas não Transmissíveis / Cláudia Pereira Alves Rangel - 2024.  
73 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2024.

1. Idosos – hipertensão arterial. 2. Envelhecimento – hipertensão arterial. 3. Política de saúde – Presidente Kennedy (ES). 4. Estratégia saúde da família – Presidente Kennedy (ES). 5. Doenças Crônicas não Transmissíveis. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

---

CDD 616.132

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

Dedico esta dissertação de mestrado a Deus, pois até aqui me ajudou, a meu esposo e filhos, por me apoiar, motivar e incentivar e aos professores, por me apresentarem o poder transformador da educação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ser meu alicerce em todo esse processo.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Carrupt Machado Sogame, minha orientadora, pelo seu comprometimento, orientação e suporte ao longo de todo o processo de elaboração deste trabalho. Suas contribuições valiosas e sua dedicação em promover meu desenvolvimento acadêmico foram fundamentais para o sucesso deste estudo.

A toda a equipe da Estratégia da Saúde de Boa Esperança e aos idosos da comunidade. Assim como à Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy.

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo, amor, compreensão e suporte incondicionais ao longo dessa caminhada. Seu apoio foi essencial para que eu pudesse enfrentar os desafios e superar as adversidades ao longo deste processo.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

## RESUMO

**Introdução:** À medida que as pessoas envelhecem, é natural que ocorram alterações em seu organismo que podem aumentar a probabilidade de desenvolver doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Uma maior incidência dessas doenças na população, gera um aumento na necessidade da atuação dos profissionais na Estratégia da Saúde da Família (ESF), e a efetiva implantação da Política Nacional de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (PNDCNT) visto que grande parcela dos brasileiros depende da Saúde Pública para obterem cuidados. **Objetivo:** Analisar os fatores associados a hipertensão arterial em idosos de uma Estratégia Saúde da Família de Presidente Kennedy a luz da PNDCNT. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal, com coleta retrospectiva feita no sistema MVSigs na ESF de Boa Esperança. Foram incluídos 189 idosos ( $\geq 60$  anos). Para caracterizar o perfil dos idosos foram coletadas variáveis referente ao perfil sociodemográfico e hábitos de vida. Considerou-se hipertenso idosos com resultados acima de 140/90 mmHg. Realizou-se cálculo da prevalência da HAS e teste qui-quadrado ou Exato de Fisher seguido do resíduo do qui-quadrado. **Resultados:** A prevalência de HAS na população idosa foi de 75,67%. A média de idade de  $69,3 \pm 8$  anos e em sua maioria eram homens (52,4%), pardos (45,5%), casados (56,1%), com filhos (88,4%), escolaridade de ensino primário (62,4%), aposentados (43,9%), com residência multigeracional (59,3%), sem plano de saúde (99,5%), não fumantes (87,8%), sem uso de álcool (98,9%), sem uso de outras drogas (98,9%) e não participantes de grupos comunitários (96,8%). Após análise inferencial observou-se como fatores associados a HAS ( $p < 0,05$ ) o idoso do sexo masculino, viúvo, com filhos, morador da comunidade quilombola, aposentado e não fumante. **Conclusão:** Verificou-se uma importante prevalência de HAS entre os idosos. Tal ocorrência se deve possivelmente por uma não adesão ao tratamento ou por apresentarem estilo de vida e hábitos que podem ter contribuído para o desenvolvimento de HAS, principalmente nos idosos da comunidade quilombola. Destaca-se ainda que os idosos são dependentes do SUS para garantia ao seu direito de saúde têm baixa escolaridade, convivem em lares multigeracionais e o possuem menor convívio em círculos sociais. Os fatores associados identificados apontam a necessidade de desenvolver estratégias que favoreçam uma maior adesão ao tratamento, reforçando a educação da população principalmente a quilombola a respeito dos cuidados com a saúde.

**Palavras-chave:** Idosos. Envelhecimento. Hipertensão. Estratégia Saúde da família. Política de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** As people age, it is natural for changes to occur in their body that can increase the likelihood of developing chronic diseases, such as Systemic Arterial Hypertension (SAH). A higher incidence of these diseases in the population generates an increase in the need for professionals to work in the Family Health Strategy (ESF), and the effective implementation of the National Policy on Chronic Non-Communicable Diseases (PNDCNT) since a large portion of Brazilians depend on Public Health for care. **Objective:** To analyze the factors associated with arterial hypertension in the elderly of a Family Health Strategy of Presidente Kennedy in the light of the PNDCNT. **Methods:** A cross-sectional study was carried out, with retrospective data collection made in the MVSigs system at the FHS of Boa Esperança. A total of 189 elderly people ( $\geq 60$  years old) were included. To characterize the profile of the elderly, variables related to the sociodemographic profile and lifestyle habits were collected. Elderly hypertensive patients with results above 140/90 mmHg were considered. The prevalence of hypertension was calculated and the chi-square test or Fisher's exact test followed by the chi-square residual. **Results:** The prevalence of SAH in the elderly population was 75.67%. The mean age was  $69.3 \pm 8$  years and most were men (52.4%), brown (45.5%), married (56.1%), with children (88.4%), primary school education (62.4%), retired (43.9%), with multigenerational residence (59.3%), without health insurance (99.5%), non-smokers (87.8%), no alcohol use (98.9%), no use of other drugs (98.9%) and no participants in community groups (96.8%). After inferential analysis, it was observed that factors associated with SAH ( $p < 0.05$ ) were male elderly, widowed, with children, living in the quilombola community, retired, and non-smoker. **Conclusion:** There was a significant prevalence of hypertension among the elderly. This occurrence is possibly due to non-adherence to treatment or to the fact that they have a lifestyle and habits that may have contributed to the development of SAH, especially in the elderly of the quilombola community. It is also noteworthy that the elderly are dependent on the SUS to guarantee their right to health, have a low level of education, live in multigenerational homes and have less contact in social circles. The associated factors identified point to the need to develop strategies that favor greater adherence to treatment, reinforcing the education of the population, especially the quilombola, about health care.

**Keywords:** Elderly. Aging. Hypertension. Family Health Strategy. Health policy.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Anti-hipertensivos mais utilizados.....	50
Tabela 02 - Características referentes ao perfil socioeconômico e hábitos de vida dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy no ano de 2023.....	50

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide populacional de 1960 e 2023.....	24
Figura 2 – Pirâmide da população brasileira por sexo e idade ANO 2022.....	25
Figura 3 – Pirâmide da população do Espírito Santo por sexo e idade ANO 2022.....	26

## **LISTA DE SIGLAS**

AVCs – Acidentes Vasculares Cerebrais

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CGD – Carga Global de Doença

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

OMS – Organização Mundial da Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1	JUSTIFICATIVA	16
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1	O AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL COMO DESAFIO NA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLOGICA	19
2.1.1	<b>Considerações multidimensionais sobre o envelhecimento humano</b>	27
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DISCUTINDO O PROGRAMA HIPERDIA	29
2.2.1	<b>Programa Hiperdia: uma abordagem multidisciplinar para a saúde</b>	30
2.2.2	<b>O papel da ESF no cuidado dos idosos com HAS</b>	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>39</b>
4.1	TIPO DO ESTUDO	39
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3	AMOSTRA	41
4.3.1	<b>Critérios de Inclusão</b>	42
4.3.2	<b>Critério de Exclusão</b>	42
4.4	COLETA DE DADOS	42
4.4.1	<b>Perfil sociodemográfico</b>	42
4.4.2	<b>Hábitos de vida</b>	43
4.4.3	<b>Desfecho da pesquisa</b>	43
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	43
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO B – FICHA A</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um grande desafio da saúde pública mundial, especialmente no que diz respeito ao envelhecimento da população idosa. Essas doenças são caracterizadas por apresentarem uma longa duração e progressão lenta, podendo gerar limitações funcionais, comprometimento da qualidade de vida e aumento dos custos em saúde (Martins *et al.*, 2021).

No contexto do envelhecimento, as DCNT se tornam ainda mais relevantes, uma vez que a idade avançada é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas condições. Diversos estudos têm demonstrado que o aumento da idade está associado a um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e câncer (Stopa *et al.*, 2019). Sendo assim, o envelhecimento e a HAS são dois temas intimamente relacionados, uma vez que o envelhecimento é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão (Figueiredo *et al.*, 2021).

Estima-se que a HAS afetará 1,56 bilhão de pessoas em todo o mundo até 2025, com um aumento de 60% na prevalência global, conforme relatado na Carga Global de Doença (CGD) de 2017. De acordo com a OMS (2020), o aumento significativo no número de adultos com HAS entre 30 e 79 anos, de 650 milhões para 1,28 bilhões nos últimos 30 anos, é uma tendência preocupante e reflete a crescente prevalência dessa condição de saúde em nível global. Várias razões podem contribuir para esse aumento, incluindo mudanças nos hábitos de vida, como falta de atividade física, tabagismo e consumo excessivo de álcool (Christofoletti *et al.*, 2023).

Esse aumento coloca um ônus significativo nos sistemas de saúde em todo o mundo, uma vez que a HAS é um precursor para doenças cardiovasculares, derrame, doenças renais e outras condições de saúde (Keske; Santos, 2019). A hipertensão arterial é uma condição caracterizada pela elevação contínua da pressão sanguínea nas artérias. Esse aumento da pressão pode levar a complicações graves, como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Embora fatores ambientais, como dieta e estilo de vida, também possam contribuir para o

desenvolvimento da hipertensão, a influência genética<sup>1</sup> tem sido cada vez mais reconhecida como um fator determinante (Cho *et al.*, 2020). A HAS pode ser desencadeada por vários fatores, incluindo fatores genéticos, hábitos de vida, dieta e estresse (Keske; Santos, 2019).

Segundo diversos estudos recentes, como os citados por Gouveia *et al.* (2021), fatores genéticos desempenham um papel significativo no desenvolvimento da hipertensão arterial. Estima-se que cerca de 30 a 50% dos casos de hipertensão sejam atribuídos a fatores genéticos (Gouveia *et al.*, 2021). Diversos estudos têm se concentrado na identificação de genes associados à hipertensão arterial. Por exemplo, uma análise genômica ampla realizada por Evangelou *et al.* (2018) envolvendo mais de 1 milhão de indivíduos identificou diversas variantes genéticas associadas ao risco de desenvolver hipertensão. Essas variantes estão envolvidas em processos como regulação da pressão arterial, função renal e metabolismo de sal (Evangelou *et al.*, 2018).

Embora a contribuição genética para a hipertensão seja inegável, é importante ressaltar que a doença é multifatorial. Ou seja, ela é influenciada pela interação entre fatores genéticos e ambientais. Estudos como o de Greene *et al.* (2020) têm investigado a interação entre genes e estilo de vida na determinação da pressão arterial. Essas pesquisas destacam a importância de modificar fatores de risco modificáveis para prevenir ou tratar a hipertensão (Greene *et al.*, 2020).

Portanto, a conscientização, a prevenção e o tratamento eficaz da HAS são cruciais para reduzir o impacto dessa condição na saúde pública. É fundamental que os idosos e seus familiares estejam cientes dessas questões e adotem medidas proativas para promover uma vida saudável durante o envelhecimento (Vegi *et al.*, 2020).

De acordo com os referidos autores a HAS é uma condição crônica que requer abordagens multifacetadas para o controle e prevenção. A avaliação da prevalência de hipertensão em idosos é importante para compreender o alcance desse problema em uma determinada população idosa e para direcionar estratégias de prevenção,

---

<sup>1</sup> A influência genética refere-se à forma como os genes herdados afetam as características físicas, comportamentais e de saúde de um indivíduo (Gouveia *et al.*, 2021). Os genes são unidades de informação codificadas no DNA e podem ser transmitidos de geração em geração e determinam uma ampla variedade de traços, como cor dos olhos e altura (Evangelou *et al.*, 2018). No entanto, a influência genética pode ser afetada pelo ambiente e pode resultar da interação de vários genes (Greene *et al.*, 2020).

voltadas a esse grupo (Okuno; Silva, 2019). A estimativa é que mais de 60% dos brasileiros idosos sejam hipertensos e diabéticos (Sangaletti *et. al*, 2023).

Esses são apenas alguns dos fatores que podem desencadear ou contribuir para o desenvolvimento da HAS. É importante entender que a HAS é multifatorial e muitas vezes resulta da interação complexa de vários desses fatores. Além disso, outros fatores, como idade, gênero, território e raça também desempenham papéis na hipertensão (Basílio, 2023).

É importante ressaltar que o cuidado com a HAS em idosos deve ser pautado em uma abordagem multidimensional, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também aspectos emocionais e sociais. A promoção do envelhecimento saudável e a prevenção das DCNT devem ser prioridades das políticas de saúde, visando garantir uma melhor qualidade de vida para a população idosa (Oliveira *et al.*, 2020).

Uma importante forma de atuação no sentido de garantir a prevenção das DCNT e o cuidado integral com equidade é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde é feita a promoção de ações em saúde, projetos de conscientização da população, em especial dos idosos, que são mais afetados por doenças crônicas. A ESF desempenha um papel fundamental no enfrentamento dessas doenças, por meio do programa Hiperdia (Martins *et al.*, 2021).

O programa Hiperdia, implantado em 2001, é uma estratégia do Ministério da Saúde que busca o controle da HAS e do diabetes mellitus, duas das principais doenças crônicas não transmissíveis. O foco do Hiperdia é a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dessas doenças, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Muzy *et al.*, 2021). O programa busca melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e prevenir complicações decorrentes dessas doenças (Martins *et al.*, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, as metas estabelecidas para o período de 2001 a 2011 incluíram a expansão do número de equipes de saúde da família capacitadas para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, o aumento da adesão dos pacientes ao tratamento recomendado, a redução da morbimortalidade relacionada a essas doenças, a melhoria da qualidade do atendimento prestado a essas pessoas e o aprimoramento do sistema de informações e monitoramento do programa (Malta *et al.*, 2019).

Para o período de 2012 a 2021, as metas propostas visam fortalecer a atenção básica como ponto inicial e coordenadora do cuidado para pessoas com doenças

crônicas, ampliar a cobertura do programa para todo o território nacional, implantar estratégias de prevenção e promoção da saúde para reduzir fatores de risco de desenvolvimento de doenças crônicas, integrar e articular o programa com outros serviços de saúde, investir na capacitação dos profissionais envolvidos e realizar avaliações periódicas para garantir a eficácia do programa (Silva *et al.*, 2021).

As metas estabelecidas para o período de 2022 a 2030, relacionadas à saúde, incluem a redução da mortalidade por doenças como o câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, o combate às epidemias de HIV/AIDS, tuberculose e malária, a promoção da saúde mental e o fortalecimento dos sistemas de saúde (OMS, 2020).

Como afirmado anteriormente essas metas têm como objetivo oferecer um cuidado abrangente aos pacientes com doenças crônicas, enfatizando a prevenção, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento contínuo, a fim de melhorar sua qualidade de vida e reduzir as complicações relacionadas a essas doenças (Malta *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o estudo mencionado é de extrema importância para otimizar as metas da agenda 2030<sup>2</sup> relacionadas à saúde. Ao oferecer um cuidado abrangente aos pacientes com doenças crônicas, como mencionado no parágrafo anterior, é possível contribuir para a promoção da saúde e bem-estar da população.

No município de Presidente Kennedy/ES, ainda há a necessidade de fortalecer as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. Dessa forma, o estudo mencionado poderia auxiliar na identificação de estratégias efetivas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as complicações relacionadas a essas doenças. Portanto, investir em estudos e ações que visem alcançar essas metas é essencial para garantir uma vida saudável e promover o bem-estar da população, inclusive no município de Presidente Kennedy/ES.

Em pesquisa realizada por Mesquita (2022) na população idosa no município de Presidente Kennedy, na ESF de Boa Esperança verificou-se a ocorrência da HAS em 49% dos idosos da comunidade. Entre as propostas de atuação nessa

---

<sup>2</sup> A agenda 2030 é um plano de ação global adotado pelas Nações Unidas em 2015, que busca promover o desenvolvimento sustentável em todos os países. Uma das metas dessa agenda é garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas em todas as idades (ODS 3 - Saúde e Bem-Estar) (ONU, 2015).



comunidade a pesquisadora reforça a necessidade de serem feitas maiores estudos/investigação e levantamento de dados, a fim de garantir uma melhor compreensão do cenário apresentado, suas causas e quais intervenções deverão ser feitas. Sendo assim, pretende-se responder a seguinte pergunta: **Quais os fatores associados a hipertensão arterial em idosos da ESF de Boa Esperança de Presidente Kennedy/ES?**

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse de se realizar esta pesquisa se deve ao fato de atuar durante sete anos na estratégia de saúde da família como farmacêutica, e a 03 anos nessa comunidade. Ao longo deste período de atuação profissional venho observando de forma sistemática que grande parcela da população idosa não consegue manter o controle da HAS. Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo vai demonstrar as principais características sociodemográficas, e os hábitos de vida de idosos no município de Presidente Kennedy/ES, no que concerne os fatores associados à prevalência de hipertensão. O que permitirá o desenvolvimento de planos de ações específicos para essa população idosa da ESF de Boa Esperança.

Por atuar como farmacêutica por um período de tempo significativo na saúde da família em Presidente Kennedy, tenho um conhecimento aprofundado das necessidades e desafios específicos dessa comunidade. Isso permite que identifique e evidencie com precisão quais são as áreas em que as políticas públicas atuais são insuficientes ou não estão sendo implementadas de maneira eficiente.

Ao trabalhar diretamente com a população por tanto tempo, tive contato com pacientes que tiveram dificuldades em acessar determinados serviços de saúde. Essa experiência direta permitiu que fossem identificadas lacunas na oferta de serviços e evidenciada a necessidade de fortalecer a implementação de políticas públicas que garantissem o acesso adequado e equitativo a esses serviços.

Há várias razões pelas quais o estudo é de suma importância. Em primeiro lugar, é crucial reconhecer que a hipertensão arterial é uma condição de saúde que afeta uma parcela considerável da população idosa brasileira. Além disso, ao interpretar condições clínicas como a hipertensão, será essencial levar em consideração fatores demográficos e hábitos de vida.

Logo, justifica-se a necessidade de realizar essa pesquisa, afim de incentivar o governo local a implementar políticas públicas e iniciativas de saúde que apoiem a melhoria do padrão de vida e um modo de vida saudável entre os idosos. Assim como, incluir fatores de conscientização quanto a duração do sono, diminuição de sal, e consumo de carne vermelha, que também podem contribuir para o desenvolvimento de hipertensão.

Portanto, o estudo da hipertensão é uma maneira de abordar questões de saúde pública, promover a equidade em saúde e desenvolver intervenções específicas para prevenir e tratar a hipertensão nesses grupos. Isso contribui para uma abordagem mais abrangente e justa da saúde da população.

Diante deste fato, o direito de assistência à saúde da pessoa idosa é fundamental e deve ser garantido através de políticas públicas de qualidade as quais proporcionem qualidade de vida preservando a sua autonomia individual, sua liberdade e a sua independência ao máximo (Silveira, *et al.*, 2022). No Brasil a assistência à saúde da pessoa idosa é garantida através da Constituição Federal artigo 196 (Constituição Federal, 1998).

A melhoria da saúde e o bem-estar da população é uma das metas preconizadas pela Organização das Nações Unidas para isto, os 193 países membros da ONU devem realizar investimentos em saúde para a redução das desigualdades e para o desenvolvimento sustentável, atingindo assim o objetivo da ODS 3 especificamente a meta 3.4 que propõem a redução em um terço a mortalidade prematura causada por doenças crônicas não transmissíveis (Monteiro, 2020).

Após as considerações introdutórias apresentadas neste **primeiro capítulo**, apresenta-se o Capítulo 2 com o referencial teórico que tem como objetivo fazer um aprofundamento teórico do objeto de estudo e auxiliar a responder à pergunta proposta. Este capítulo tem como subtemas abordados com os títulos: “O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional como desafio na transição demográfica e epidemiológica”, traz uma contextualização ao leitor sobre os aspectos que tratam acerca do aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional como desafio na transição demográfica e epidemiológica em países desenvolvidos e em desenvolvimento; “A política nacional de doenças crônicas não transmissíveis: discutindo o programa Hiperdia” onde o leitor entenderá qual é o objetivo, como funciona o monitoramento e o desenvolvimento das diretrizes e estratégias dessa política e sobre a implantação e ações do programa Hiperdia, bem

como o papel da ESF no cuidado dos idosos com HAS. Para a escrita deste capítulo, realizou-se uma revisão narrativa e foram utilizados livros, dissertações, artigos e consulta a documentos públicos de cunho internacional, nacional e regional, disponíveis nos sites da OMS, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Portal do Governo Federal, entre outros.

No **capítulo seguintes, 3 e 4**, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. O **capítulo 5** traz os resultados e a discussão. E, por fim **capítulo 6**, as considerações finais, seguido das referências bibliográficas citadas no corpo desse texto dessa dissertação, apêndices e anexos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo teórico trata-se de uma contextualização ao leitor sobre os aspectos que tratam acerca do aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional como desafio na transição demográfica e epidemiológica em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Logo após será retratada a política nacional de doenças não transmissíveis, discutindo a importância do programa Hipertensão como forma de prevenção e controle da HAS por meio da ESF.

Foi realizada uma revisão narrativa, utilizando as seguintes plataformas para pesquisa: Scielo, Pubmed. As palavras chaves utilizadas em português foram: idosos; envelhecimento; hipertensão; estratégia saúde da família; política de saúde e em inglês: *elderly; aging; hypertension; family health strategy; health policy*. Assim como sites governamentais, para a busca das leis e metas vigentes sobre DCNT e hipertensão.

### 2.1 O AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL COMO DESAFIO NA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, o que inclui o Brasil, e que tem sido impulsionado por diversos fatores, tais como: melhoria nas condições de saúde; redução da taxa de fecundidade; mudanças no mercado de trabalho; aposentadoria e sistema previdenciário; migração e urbanização; impacto na economia (Bezerra; Silva, 2020). No Brasil as mudanças na estrutura populacional ocorrem devido a transição demográfica e epidemiológica que é considerado um fenômeno complexo que ocorre em sociedades ao longo do tempo (Lopez; Mathers, 2016).

De acordo com a OMS (2018), a transição demográfica é o processo pelo qual uma população passa de altas taxas de natalidade e mortalidade para baixas taxas desses indicadores. Durante esse processo, a população geralmente experimenta um rápido crescimento populacional, seguido por uma desaceleração à medida que as taxas de natalidade e mortalidade diminuem. A transição epidemiológica, por sua vez, refere-se às mudanças nos padrões de saúde e doença em uma população. Nesta fase, as doenças infecciosas cedem espaço para as doenças crônicas como as principais causas de morbidade e mortalidade (OMS, 2018).

Durante a transição demográfica, várias características podem ser observadas. A primeira é o aumento da expectativa de vida, resultado do controle de doenças infecciosas e melhorias nas condições de vida e saúde. Além disso, ocorre uma mudança na estrutura etária da população, com um aumento proporcional de idosos. Essa mudança tem implicações sociais e econômicas significativas, como a necessidade de adaptar os sistemas de saúde e previdência (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, 2019).

Na transição epidemiológica, os principais aspectos observados são a redução das taxas de mortalidade infantil e de doenças infecciosas. À medida que as taxas de mortalidade infantil diminuem, as famílias tendem a ter menos filhos, levando a uma redução na taxa de natalidade geral. Além disso, a urbanização e a industrialização são fatores importantes na redução das taxas de fecundidade, uma vez que os casais optam por ter menos filhos em busca de uma melhor qualidade de vida (Lopez; Mathers, 2016).

De acordo com a OMS (2018), a transição epidemiológica é impulsionada por mudanças nos determinantes sociais e ambientais da saúde. O aumento da urbanização leva a mudanças no estilo de vida, como a adoção de hábitos alimentares não saudáveis e o sedentarismo, contribuindo para o aumento da prevalência de doenças crônicas. Além disso, o envelhecimento da população está associado a um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas (OMS, 2018).

Destaca-se que outro fator muito importante para o envelhecimento populacional que é a melhoria do acesso aos serviços de saúde no país. Ao longo das últimas décadas, houve avanços significativos no sistema de saúde brasileiro, como a ampliação da rede de atendimento, a formação de profissionais capacitados e a disponibilização de medicamentos e tratamentos adequados (Bezerra; Silva, 2020).

O aumento no acesso ao serviço de saúde tem promovido uma melhor prevenção e tratamento de doenças, contribuindo para o aumento da longevidade (Rodrigues *et al.*, 2020). Com o acesso facilitado a exames de diagnóstico precoce, consultas médicas e medicamentos, torna-se possível identificar e tratar doenças em estágios iniciais, evitando complicações e proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população. Além disso, o avanço da medicina e o desenvolvimento de tecnologias médicas têm permitido o tratamento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, permitindo que as pessoas vivam mais tempo mesmo com essas condições de saúde (Lima-Silva; Zazzetta, 2021).

Outro fator importante é o investimento em políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, como programas de prevenção de quedas, melhorias na acessibilidade e adaptação dos serviços de saúde para atender às necessidades específicas dessa faixa etária (Santos; Abreu, 2020). Essas iniciativas colaboram para garantir uma atenção mais adequada e integral à saúde dos idosos, aumentando sua expectativa de vida.

De acordo com o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2019), a transição demográfica e epidemiológica apresenta várias implicações para a sociedade. O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população requerem ajustes nos sistemas de saúde para lidar com as demandas crescentes de cuidados de saúde para idosos. Além disso, a redução da taxa de natalidade apresenta desafios sociais e econômicos, como o envelhecimento da força de trabalho e a sustentabilidade dos sistemas previdenciários (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, 2019).

De acordo com a OMS (2020), a expectativa de vida é um indicador crucial da qualidade de vida e do progresso social de uma população. Esse número é determinado pela média de anos que alguém pode esperar viver a partir do momento do nascimento, levando em consideração fatores como saúde, condições socioeconômicas, acesso a cuidados de saúde e outras variáveis (OMS, 2020).

Atualmente, a expectativa de vida varia significativamente entre os países e regiões do mundo. De acordo com dados atualizados da Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes a 2020, o país com a maior expectativa de vida é o Japão, com uma média de 84,8 anos para ambos os sexos. Em seguida, têm-se países como Suíça, Espanha, Austrália e Itália, com expectativas de vida próximas ou acima de 83 anos (OMS, 2020).

Por outro lado, nações em situações mais precárias enfrentam desafios consideráveis quando se trata de expectativa de vida. Na África subsaariana, por exemplo, a expectativa de vida é em média inferior a 60 anos em muitos países. Isso se deve a uma série de fatores, incluindo pobreza extrema, acesso limitado a serviços de saúde, alto índice de doenças infecciosas e conflitos armados (NAÇÕES UNIDAS, 2019).

Estes dados demonstram que embora tenha havido progresso significativo nas últimas décadas, existem disparidades substanciais entre países, regiões e condições de desenvolvimento. O acesso a cuidados de saúde de qualidade, a melhoria das

condições socioeconômicas e a redução da desigualdade são fatores-chave para garantir um aumento da expectativa de vida em todo o mundo (OMS, 2020).

As regiões do Brasil apresentam disparidades sociais, econômicas e de desenvolvimento. Essas diferenças podem ser observadas nas condições de vida da população, nas oportunidades de trabalho e educação, no acesso a serviços básicos, entre outros aspectos (Arruda, 2018).

No Espírito Santo, estado localizado na região sudeste do país, também é possível identificar essas diferenças. Enquanto municípios mais desenvolvidos, como a capital Vitória, possuem uma infraestrutura adequada, serviços públicos de qualidade e índices socioeconômicos relativamente melhores, outras regiões do estado enfrentam desafios significativos (Zanotelli, Dota, 2020).

Segundo Santos (2020), o município de Presidente Kennedy localizado no sul do estado ES, apresentava um histórico de baixos investimentos em infraestrutura, serviços públicos e desenvolvimento social devido à baixa arrecadação municipal, o que contribuiu para a existência de disparidades socioeconômicas na região, com a população enfrentando desafios em áreas como saúde, educação, saneamento básico e acesso a empregos de qualidade. Entretanto no início dos anos 2000 o município de Presidente Kennedy foi fortemente impactado pela extração de petróleo em sua costa marítima, o que gerou o aumento significativo na arrecadação de recursos financeiros oriundos dos royalties dessa atividade, permitindo melhorias na infraestrutura e dos serviços públicos, tais como educação, assistência social, geração de empregos e saúde tem contribuído fortemente para uma mudança significativa com visível melhoria na qualidade de vida de seus moradores (Santos, 2020).

Um país desenvolvido é caracterizado por ter um alto padrão de vida, infraestrutura avançada, economia avançada e diversificada, alto nível de educação, saúde, expectativa de vida e baixa taxa de mortalidade infantil (Mcmahon, 2018). Um exemplo de país desenvolvido é a Suécia. A Suécia tem uma economia forte e diversificada, com foco em setores como tecnologia, manufatura, serviços e turismo. O país tem um alto padrão de vida, com acesso universal aos cuidados de saúde e educação de qualidade gratuita. Além disso, a Suécia tem uma alta taxa de emprego e uma das maiores expectativas de vida do mundo (FMI, 2020).

Já um país em desenvolvimento é caracterizado por ter um padrão de vida mais baixo, infraestrutura subdesenvolvida, economia menos desenvolvida, baixo nível de educação e saúde e altas taxas de pobreza, desigualdade e mortalidade infantil. Um

exemplo de país em desenvolvimento é Bangladesh. Bangladesh é um país de baixa renda no sul da Ásia. O país tem uma economia dependente da agricultura e da indústria têxtil. Apesar dos esforços do governo para melhorar a qualidade de vida, a pobreza, a desigualdade e a falta de acesso à educação e saúde ainda são desafios significativos no país (PNUD, 2020).

É importante ressaltar que a classificação de um país como desenvolvido ou em desenvolvimento pode variar de acordo com diferentes fontes e critérios. Além disso, alguns países podem ser considerados em transição, ou seja, estão progredindo em direção ao status de desenvolvido, mas ainda não o alcançaram completamente. Portanto, a classificação de um país pode ser subjetiva e estar sujeita a discussões e revisões (PNUD, 2020).

De acordo com o relatório da OMS (2020), a expectativa de vida global ao nascer aumentou de aproximadamente 49 anos em 1955 para cerca de 73 anos em 2020. A expectativa de vida está aumentando no Brasil devido a uma série de fatores que contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde da população, tais como: avanços na área da medicina; melhoria no acesso aos serviços de saúde; investimentos em saneamento básico; educação e conscientização em saúde; melhoria nas condições socioeconômicas (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

No entanto, é preciso mencionar que a pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo na expectativa de vida em todo o mundo. Dados preliminares sugerem que houve um aumento na mortalidade em muitos países e que a expectativa de vida pode ter diminuído em alguns casos. No entanto, é importante esperar por estudos completos e atualizados antes de tirar conclusões definitivas sobre o impacto da pandemia na expectativa de vida (OMS, 2020).

Além disso, é válido mencionar que a expectativa de vida também varia de acordo com o gênero. Em geral, as mulheres tendem a ter uma expectativa de vida mais longa em comparação aos homens. Segundo dados da OMS, em 2020, a expectativa de vida ao nascer para mulheres era de aproximadamente 79,6 anos, enquanto para os homens era de cerca de 74,2 anos (OMS, 2020).

No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica ocorreu ao longo do século XX. No início do século, o país possuía altas taxas de mortalidade infantil, doenças infecciosas e parasitárias, além de condições precárias de higiene e saneamento básico (Oliveira, 2019). Com o passar dos anos, houve melhorias significativas nessas áreas, como a expansão da rede de saúde, a implementação de políticas de vacinação



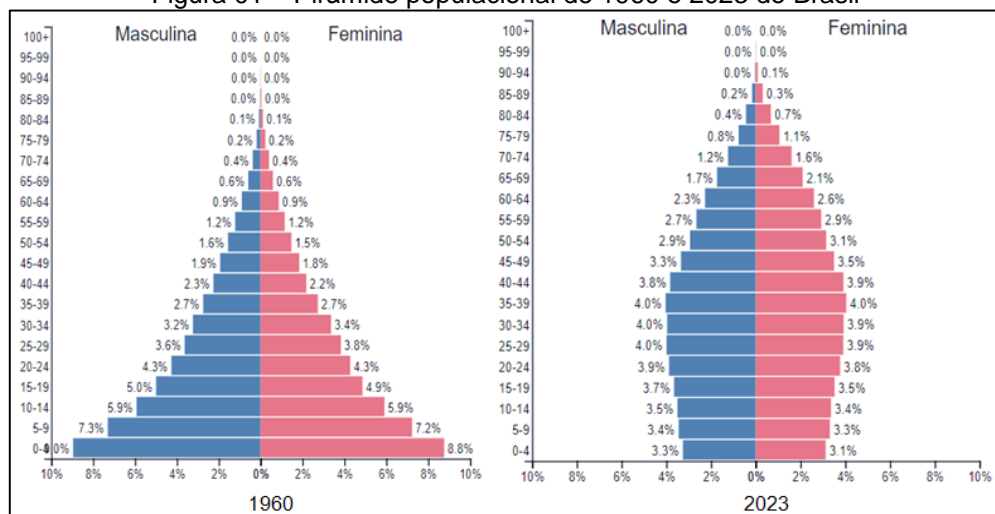
em massa e a melhoria das condições de vida (Oliveira, 2019). Isso resultou na redução das taxas de mortalidade infantil e no controle de doenças infecciosas, aumentando a expectativa de vida da população (Vasconcelos, Gomes, 2012).

Além disso, avanços na medicina e na tecnologia também contribuíram para o aumento da expectativa de vida. Novos medicamentos, tratamentos mais eficazes e maior acesso aos cuidados de saúde permitiram que doenças crônicas fossem melhor controladas e tratadas, prolongando a vida das pessoas (Oliveira, 2019). Outro fator importante foi a mudança nos hábitos e estilo de vida da população. Houve uma maior conscientização sobre a importância da prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável e prevenção de doenças, o que contribuiu para uma redução nos índices de doenças cardiovasculares e outras enfermidades relacionadas ao estilo de vida (Da Silva *et al.*, 2022).

Com essas transformações, a expectativa de vida no Brasil aumentou ao longo das últimas décadas. Segundo Scandiani, 2023, a partir de 1960 ocorreu uma significativa diminuição da taxa de natalidade no Brasil passando de 44 nascimentos a cada 1000 habitantes para 12,87 nascimentos a cada 1000 habitantes em 2020, ao mesmo tempo ocorreu o aumento do número de pessoas com idade acima de 60 anos que passou de 3,3 milhões (4,7 %) para 33 milhões no mesmo período (IBGE, 2023).

Podem ser observados os dados acima mencionados nas pirâmides populacionais abaixo onde podemos constatar a mudança ocorrida na sua base onde ao longo dos anos essa foi se tornando mais estreita e o seu topo foi se alargando.

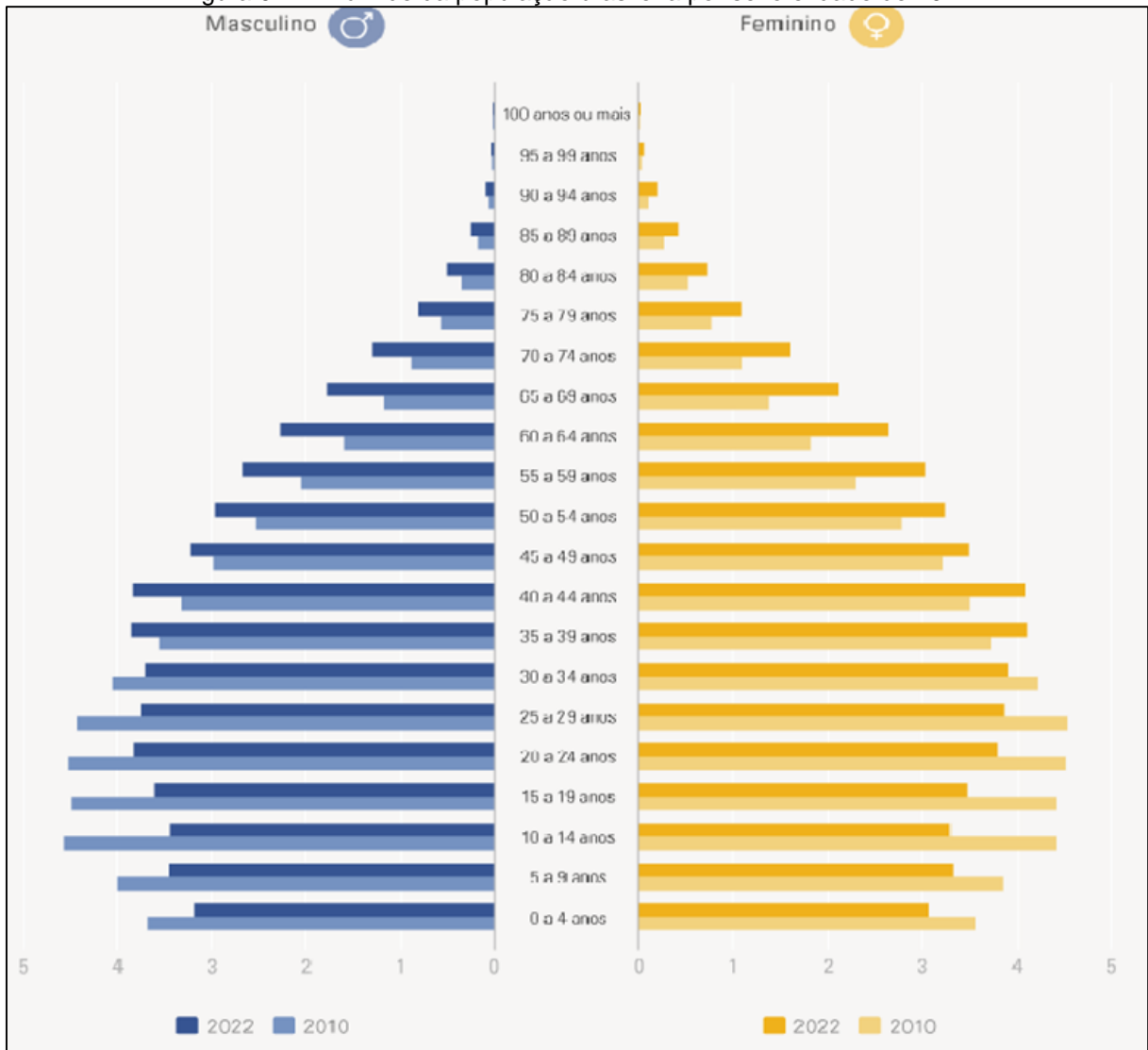
Figura 01 – Pirâmide populacional de 1960 e 2023 do Brasil



Fonte: IBGE (2023)

Para ilustrar a atual realidade brasileira apresenta-se a seguir a pirâmide com os dados de Censo de 2022.

Figura 02 – Pirâmide da população brasileira por sexo e idade de 2022



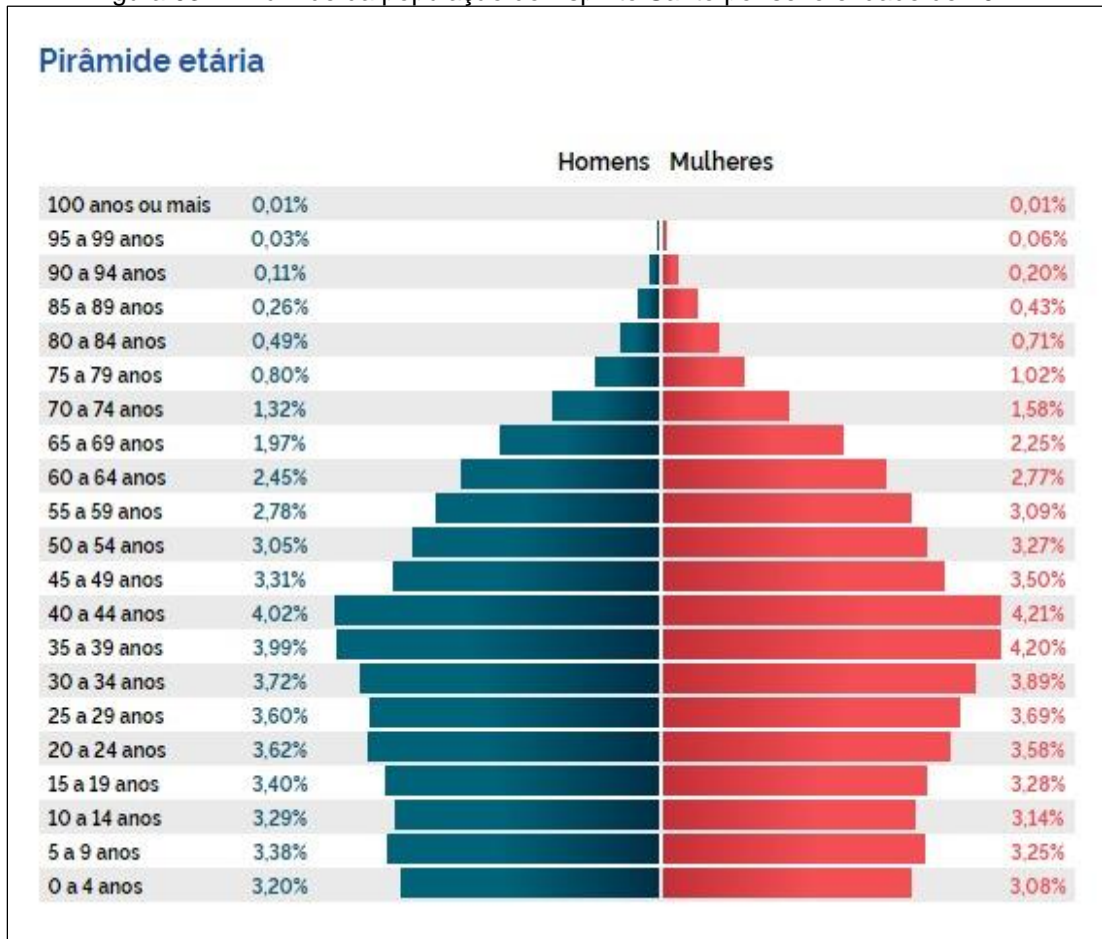
Fonte: IBGE (2022c).

O Censo Demográfico que foi realizado no ano de 2022 pelo IBGE, demonstra um significativo crescimento da população idosa brasileira. Observa-se nesta pirâmide um crescimento de 57,4% em 12 anos da população idosa com 65 anos ou mais, passando de aproximadamente 14 milhões (7,4% da população) em 2010 para cerca de 22,2 milhões (10,9% da população) em 2022 (IBGE, 2022).

Essa transição também é observada no Espírito Santo, já que os dados do IBGE demonstram o estreitamento da base da pirâmide etária, indicando a redução da fecundidade da mulher e a diminuição do tamanho das famílias capixabas.

Observou-se também um crescimento de 73% na população idosa desde 2010 no estado (IBGE, 2022b). Podemos observar esses dados aqui apontados na figura abaixo:

Figura 03 – Pirâmide da população do Espírito Santo por sexo e idade de 2022



FONTE: IBGE 2022.

O plano Estadual de saúde 2020-2023 (PES), apresentou dados que demonstram que o índice de envelhecimento e consequentemente a expectativa de vida na população capixaba tiveram um aumento de 11 anos entre 1990 e 2018, e passando de 67,8 para 78,8 anos (Espírito Santo, 2020). Em 2018, o Espírito Santo apresentou a segunda maior expectativa de vida do país, ficando atrás apenas do estado de Santa Catarina, enquanto no país essa média foi de 76,3 anos (IBGE, 2019). A Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) em 2023 publicou o Plano Estadual de Saúde 2024-2027, o qual destacou uma diferença significativa na expectativa de vida entre os gêneros, sendo 83,6 anos para mulheres e 76,09 anos para os homens, o que representa uma diferença de 7,51 anos (Espírito Santo, 2023).

No entanto, segundo Martins, 2021, é importante ressaltar que ainda existem desigualdades socioeconômicas e regionais que impactam a expectativa de vida, com algumas regiões e grupos populacionais apresentando índices inferiores. Portanto, é necessário continuar investindo em políticas públicas de saúde e qualidade de vida para garantir o aumento da expectativa de vida de toda a população (Martins, 2021).

### **2.1.1 Considerações multidimensionais sobre o envelhecimento humano**

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que ocorre em todas as pessoas ao longo da vida. É caracterizado por mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos e, portanto, devem ser consideradas nesse processo (Zimmermann *et al.*, 2020; Oliveira; Stival, 2020).

Ainda de acordo com Oliveira e Stival (2020), o envelhecimento biológico envolve mudanças nas células, tecidos e órgãos do corpo que ocorrem ao longo do tempo. Essas mudanças incluem a perda de massa muscular, diminuição da força e flexibilidade, diminuição da capacidade de recuperação e maior suscetibilidade a doenças e lesões (Oliveira; Stival, 2020).

Por outro lado, o envelhecimento psicológico está relacionado às mudanças nas habilidades cognitivas, emocionais e sociais que ocorrem com o avanço da idade (Kirsten *et al.*, 2021). Essas mudanças podem incluir a diminuição da velocidade de processamento de informações, diminuição da memória de curto prazo e maior dificuldade em se concentrar e resolver problemas. Além disso, algumas pessoas podem experimentar mudanças emocionais, como maior susceptibilidade ao estresse, ansiedade e depressão (Kirsten *et al.*, 2021).

De acordo com Figueiredo *et al.* (2021), o envelhecimento social refere-se às mudanças nas relações sociais e no papel do indivíduo na sociedade. À medida que as pessoas envelhecem, é comum que elas vivenciem mudanças nas relações familiares e de amizade, bem como na participação em atividades sociais e comunitárias. Além disso, a aposentadoria pode trazer mudanças significativas no estilo de vida e no papel ocupacional do indivíduo (Zimmermann *et al.*, 2020).

Existem várias teorias (Pinto *et al.*, 2021) que procuram explicar o envelhecimento e suas causas. Uma das principais teorias é a teoria do envelhecimento celular, que postula que o envelhecimento é causado por danos

acumulados no DNA e nas células ao longo do tempo. Esses danos podem ser causados por fatores como raios ultravioleta, radiação ionizante, produtos químicos tóxicos e estresse oxidativo (Kirsten *et al.*, 2021).

Outra teoria importante é a teoria do envelhecimento programado, que sugere que o envelhecimento é um processo geneticamente programado e controlado por mecanismos internos do organismo. De acordo com essa teoria, o envelhecimento seria resultado de alterações nas taxas de crescimento e desenvolvimento das células e dos tecidos (Lima-Silva; Zazzetta, 2021).

Além dessas teorias, também foram propostas abordagens psicossociais para entender o envelhecimento. Uma abordagem amplamente reconhecida é a teoria do curso de vida, que enfatiza a importância dos eventos e circunstâncias ao longo da vida de uma pessoa para moldar o processo de envelhecimento. De acordo com essa teoria, fatores como o nível de educação, ocupação, saúde e experiências de vida podem influenciar o envelhecimento e a qualidade de vida de um indivíduo (Zimmermann *et al.*, 2020).

Outra abordagem importante é a teoria da seleção, otimização e compensação, que sugere que as pessoas ajustam seus recursos e estratégias para lidar com as mudanças associadas ao envelhecimento. Essa teoria postula que as pessoas tendem a selecionar metas mais realistas, otimizar suas habilidades e compensar as perdas funcionais à medida que envelhecem (Oliveira; Stival, 2020).

De acordo com Kirsten *et al.* (2021), é importante ressaltar que o envelhecimento não é um processo homogêneo, ou seja, as pessoas envelhecem de maneiras diferentes de acordo com uma série de fatores individuais (Pinto *et al.*, 2021).

Sendo assim, existem várias estratégias e intervenções que podem ajudar a promover um envelhecimento saudável e bem-sucedido. Lima-Silva e Zazzetta, (2021) afirmam que alguns exemplos incluem participação em atividades físicas regulares, manutenção de uma dieta equilibrada, estimulação cognitiva através de jogos e atividades mentais, engajamento social e apoio emocional. Além disso, é importante realizar exames de rotina e buscar suporte médico adequado para lidar com condições de saúde que possam surgir (Oliveira; Stival, 2020).

## 2.2 POLÍTICA NACIONAL DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DISCUTINDO O PROGRAMA HIPERDIA

As Doenças Não Transmissíveis (DCNT) são um dos principais desafios de saúde pública no mundo atualmente. Essas doenças incluem condições crônicas como doenças cardíacas, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes, que estão relacionadas a fatores de risco como tabagismo, consumo excessivo de álcool, dieta não saudável e inatividade física (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

De acordo com a OMS (2018), a Política Nacional de Doenças Não Transmissíveis é um conjunto de diretrizes e estratégias desenvolvido pelos governos para controlar e prevenir essas doenças. O objetivo dessa política é reduzir a carga das DCNT no país através da implementação de medidas efetivas de prevenção, promoção da saúde e tratamento adequado (OMS, 2018).

De acordo com Moura *et al.* (2018), a vigilância epidemiológica é fundamental para monitorar a ocorrência das DCNT e identificar os principais fatores de risco. Essa vigilância inclui: coleta de dados epidemiológicos abrangentes sobre a incidência, mortalidade e prevalência das DCNT; análise epidemiológica para identificar padrões de ocorrência e grupos de alto risco; monitoramento dos fatores de risco, como tabagismo, consumo de álcool, dieta e atividade física e avaliação da efetividade das políticas e intervenções implementadas (Malta *et al.*, 2018).

Garantir o acesso universal e equitativo ao tratamento é fundamental para reduzir a carga das DCNT. Isso inclui: desenvolvimento de diretrizes de tratamento atualizadas e baseadas em evidências; acesso a medicamentos essenciais para o tratamento das DCNT; fortalecimento da capacidade dos profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado das DCNT e redução das desigualdades no acesso ao tratamento através de políticas específicas para populações vulneráveis (Moura *et al.*, 2018).

A abordagem das DCNT deve levar em consideração a participação de múltiplos setores e parcerias com diferentes atores. Isso inclui colaboração entre os setores de saúde, educação, agricultura, urbanismo, entre outros, para a implementação de políticas integradas; engajamento da sociedade civil, organizações não governamentais, academia e setor privado na prevenção e controle das DCNT e estabelecimento de parcerias internacionais para compartilhamento de conhecimento e melhores práticas (Moura *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Doenças Não Transmissíveis desempenha um papel fundamental na prevenção e controle dessas doenças no Brasil. As diretrizes e estratégias abordadas neste capítulo buscam combater os principais fatores de risco, promover hábitos saudáveis e garantir o acesso adequado ao tratamento. Essas medidas são essenciais para reduzir a incidência e a mortalidade por DCNT, melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os custos econômicos e sociais associados a essas doenças (Moura *et al.*, 2018).

Neste contexto Malta *et al.* (2018) afirma que a promoção da saúde e a prevenção primária são essenciais para diminuir a incidência e a mortalidade por DCNT. Essas estratégias incluem: aumento da conscientização sobre os fatores de risco das DCNT e a importância de adotar hábitos saudáveis; promoção de uma alimentação saudável, com redução do consumo de alimentos processados e ultra processados, ricos em gorduras saturadas e açúcares; estímulo à prática regular de atividade física e redução do sedentarismo; restrição do uso de tabaco e do consumo de álcool em excesso e acesso a serviços de saúde qualificados para o diagnóstico e tratamento adequado das DCNT (Malta *et al.*, 2018).

O trabalho de promoção em saúde é feito nos municípios por meio das ESF, onde uma equipe multiprofissional da área da saúde, através do programa hiperdia fazem o acompanhamento do quadro geral dos pacientes, aferindo a pressão arterial, glicemia, monitoramento do peso e altura, assim como prestando orientações a respeito de tratamento e medicações (Brasil, 2013).

### **2.2.1 Programa Hiperdia: uma abordagem multidisciplinar para a saúde**

Este subtítulo trata -se de uma contextualização sobre o programa Hiperdia, seus objetivos e metas, bem como a abordagem disciplinar na saúde.

A pressão arterial é medida em milímetros de mercúrio (mmHg) e é representada por dois números - a pressão sistólica (quando o coração se contrai) e a pressão diastólica (quando o coração está em repouso entre as batidas). A pressão arterial normal é geralmente inferior a 140/90 mmHg, enquanto a hipertensão é diagnosticada quando a pressão arterial é igual ou superior a 140/90 mmHg em várias ocasiões (SBC, 2020).

Um dos principais fatores de risco para a hipertensão é o estilo de vida não saudável. Excesso de peso, dieta rica em sódio, consumo de álcool, tabagismo, falta

de atividade física e estresse são alguns dos fatores que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da condição. Além disso, a hipertensão pode ter uma predisposição genética, aumentando a probabilidade de desenvolvimento da doença em alguns indivíduos (INSEC, 2019).

Recentemente, programas de saúde têm sido implementados em diversos países para ajudar no controle da hipertensão. No Brasil, por exemplo, existe o Programa Hiperdia. Criado em 2001, o programa busca oferecer assistência multiprofissional aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Ele envolve o acompanhamento regular, a realização de exames e a prescrição de medicamentos adequados para o controle da doença (Silva *et al.*, 2022).

O Programa Hiperdia tem como objetivo principal reduzir a morbidade e a mortalidade relacionadas à hipertensão. Ele oferece um sistema informatizado que permite o cadastramento e monitoramento dos pacientes, além de facilitar o controle dos fatores de risco e o acesso aos medicamentos. O programa também incentiva a adoção de hábitos saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos, alimentação balanceada e controle do peso (Vieira, 2021).

O Programa Hiperdia é uma iniciativa governamental brasileira que visa a prevenção e o controle de doenças crônicas. Com uma abordagem multidisciplinar, o programa busca oferecer um cuidado integral aos pacientes, visando melhorar sua qualidade de vida e reduzir os custos com tratamentos de complicações dessas doenças (Brasil, 2013). Foi instituído em 2001 pelo Ministério da Saúde do Brasil, tendo como objetivo, acompanhar os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, buscando prevenir complicações e promover a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Estudos têm mostrado que o programa Hiperdia, quando bem implementado e seguido corretamente pelos pacientes, pode reduzir significativamente a pressão arterial e, conseqüentemente, a ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão (Silva *et al.*, 2022). Um estudo realizado em 2019 por Oliveira *et al.* demonstrou que a adesão ao programa Hiperdia resultou em uma redução média de 11,2 mmHg na pressão arterial sistólica e 4,7 mmHg na pressão arterial diastólica (Oliveira *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado em 2022 pelo Ministério da Saúde (2022) mostrou que a adesão ao Programa Hiperdia resultou em uma redução de 25% na mortalidade por doenças cardiovasculares, em comparação com pacientes que não participavam do



programa. Além disso, os participantes apresentaram menor incidência de complicações como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica (Brasil – MS, 2022).

O programa também tem se mostrado eficaz na redução dos custos com internações hospitalares. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o investimento médio por paciente participante do Hiperdia é cerca de 50% menor em comparação com pacientes que não fazem parte do programa (Brasil, 2022).

É importante ressaltar que o tratamento da hipertensão deve ser individualizado, considerando as especificidades de cada paciente. Além do acompanhamento médico regular e do uso de medicamentos prescritos, é fundamental adotar um estilo de vida saudável. A prática de atividade física regular, redução do consumo de sal, alimentação equilibrada e controle do estresse são medidas importantes para ajudar no controle da hipertensão (Aguilar de Souza, 2019).

Além disso, o Programa Hiperdia contribui para a melhoria da relação entre médico e paciente, fortalecendo o vínculo e a comunicação entre eles. Com visitas regulares, o médico pode avaliar a evolução do quadro clínico, ajustar a medicação quando necessário e fornecer orientações importantes para o controle da doença (Junior; Ruffato; Meireles, 2021). Outro ponto positivo do programa é a sua capacidade de abranger um grande número de pacientes. Segundo dados do Ministério da Saúde, até o ano de 2022, mais de 15 milhões de pessoas foram cadastradas no Hiperdia. Isso representa uma grande cobertura e impacto na prevenção e controle das doenças crônicas no país (Brasil, 2022).

O programa tem como metas a promoção da educação em saúde, a melhoria da qualidade de vida e a redução da morbimortalidade relacionada a essas doenças (Brasil, 2013). Para atingir essas metas o Programa Hiperdia possui três componentes principais: a coleta e o gerenciamento de informações sobre os pacientes, a organização de ações preventivas e educativas e a dispensação gratuita de medicamentos. A coleta e o gerenciamento de informações são realizados por meio de um sistema informatizado, o Sistema Hiperdia, que permite o registro regular dos dados clínicos dos pacientes e a produção de relatórios para análise e tomada de decisão (Brasil, 2012).

As ações preventivas e educativas são promovidas por equipes de saúde, que realizam consultas médicas, exames complementares, orientações sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas, entre outras atividades. A dispensação gratuita

de medicamentos é realizada por meio de parcerias entre o governo e a indústria farmacêutica, garantindo o acesso regular aos medicamentos necessários para o controle das doenças (Moura *et al.*, 2018).

O Programa Hiperdia se baseia em evidências científicas que demonstram a importância do acompanhamento regular e do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus para a prevenção de complicações. Estudos epidemiológicos têm mostrado que o controle adequado da pressão arterial e dos níveis de glicose no sangue reduz o risco de eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (Malta *et al.*, 2019). Além disso, pesquisas têm demonstrado que a adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividades físicas e a cessação do tabagismo, contribui para o controle dessas doenças (Malta *et al.*, 2019).

Com uma abordagem multidisciplinar e baseada em evidências científicas, o programa contribui para a redução da morbimortalidade relacionada à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (Moura *et al.*, 2018). A hipertensão arterial, ou pressão alta, é uma condição crônica caracterizada pelo aumento persistente da pressão sanguínea nas artérias. É considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca (Mancia *et al.*, 2018).

Uma equipe multidisciplinar treinada e capacitada contribui de maneira efetiva para no sucesso a adesão do paciente ao programa Hiperdia, através da realização de encontro mensais ou quinzenais destes pacientes na ESF onde são realizadas ações que incluem aferição de pressão, medição de glicemia, peso, orientações nutricionais, da enfermagem, do médico, educador físico, dispensação de medicamentos e orientação farmacêutica, bem como palestras educativas com temas relevantes as doenças crônicas não transmissíveis (Valadão, 2018).

De acordo com o Instituto nacional de saúde e excelência em cuidados (2019), a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, ou seja, sua origem é determinada por diversos fatores. Entre os principais fatores de risco estão a idade avançada, histórico familiar de hipertensão, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de sal, tabagismo, estresse e consumo excessivo de álcool. A fisiopatologia da hipertensão envolve uma combinação de mecanismos que levam ao aumento da resistência vascular periférica e ao desequilíbrio entre a regulação do sistema nervoso simpático

e os mecanismos vasodilatadores endoteliais. Isso resulta em um aumento da pressão arterial o (Instituto nacional de saúde e excelência em cuidados, 2019).

A OMS (2021) afirma que o diagnóstico da hipertensão arterial é geralmente feito através da medição da pressão arterial em consultório médico. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão, considera-se hipertensão quando a pressão arterial sistólica é igual ou superior a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é igual ou superior a 90 mmHg em duas ou mais consultas separadas. Além disso, é importante avaliar outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como diabetes, dislipidemia e obesidade, que podem estar associados à hipertensão arterial (OMS, 2021).

O tratamento da hipertensão arterial envolve mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos anti-hipertensivos. De acordo com o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue (2021), as mudanças no estilo de vida incluem uma dieta equilibrada, pobre em sódio, com consumo adequado de frutas, vegetais e fibras; a prática regular de atividade física; cessação do tabagismo; limitação do consumo de álcool; e gerenciamento do estresse. Quanto aos medicamentos anti-hipertensivos, existem diversas classes de fármacos disponíveis, como diuréticos<sup>3</sup> bloqueadores beta-adrenérgicos<sup>4</sup>, bloqueadores dos receptores da angiotensina<sup>5</sup>, bloqueadores dos canais de cálcio<sup>6</sup>, entre outros. A escolha do medicamento depende de fatores como a causa da hipertensão, a presença de comorbidades e as características individuais do paciente (Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue, 2021).

Os medicamentos na saúde pública são dispensados por meio de diferentes estratégias, sendo uma delas a distribuição gratuita de remédios em centros de saúde e hospitais. É importante ressaltar que a dispensação de medicamentos na saúde pública é regida por normas e regulamentações estabelecidas pelo Ministério da

---

<sup>3</sup> Diuréticos (Atuam aumentando a eliminação de líquidos através da urina colaborando no tratamento da hipertensão e de edemas associados a problemas cardíacos e renais).

<sup>4</sup> Bloqueadores beta-adrenérgicos (Atuam em receptores betaadrenérgicos e alfa- adrenérgicos, pré e pós-sinápticos reduzindo a pressão arterial primordialmente pela diminuição de débito cardíaco como consequência da redução do tônus simpático).

<sup>5</sup> Bloqueador de angiotensina (Inibe a contração da musculatura lisa vascular causada pela angiotensina, como consequência causa a vasodilatação, excreção de sódio e diminuição da atividade noradrenérgica).

<sup>6</sup> Bloqueador de canais de cálcio (Bloqueiam a entrada de cálcio ao se ligarem aos canais de cálcio do tipo L no coração e nos músculos lisos dos vasos coronarianos e arteriolas periféricas. Isso causa o relaxamento do músculo liso vascular dilatando principalmente as arteríolas).

Saúde, visando garantir o acesso igualitário aos medicamentos essenciais à população (Brasil, 2012).

### **2.2.2 O papel da ESF no cuidado dos idosos com HAS**

A Estratégia de Saúde de Família (ESF) é a porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS) onde os idosos serão acolhidos, diagnosticados e acompanhados em suas necessidades em saúde, sendo assim a ESF desenvolve ações de saúde individuais e coletivas, englobando intervenções de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde dos idosos nas comunidades nas quais estão inseridos (Oliveira *et al.*, 2020).

No intuito de melhorar a saúde dos idosos, a ESF busca estabelecer vínculo do usuário com os profissionais com o objetivo de resolver às necessidades de saúde da comunidade de forma contínua, sistematizada e integrada, a partir de ações preventivas e curativas em prol do processo saúde-doença (Vale *et al.*, 2019). Através de ações de interdisciplinaridade, execução e planejamento de intervenções que buscam diminuir a prevalência de fatores de risco, que podem causar maior vulnerabilidade da população idosa (Valadares; Batista; Medeiros, 2020).

A população idosa tem crescido significativamente nas últimas décadas, resultando em um aumento na prevalência de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (Rodrigues *et al.*, 2020). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenha um papel fundamental no cuidado integral aos idosos, incluindo o acompanhamento e tratamento da HAS (Júnior; Ruffato; Meireles, 2021). Neste capítulo, vamos discutir o papel da ESF no cuidado desses indivíduos, com ênfase na atenção farmacêutica, além de abordar os aspectos relacionados à hipertensão, seus índices, desenvolvimento, riscos e diagnósticos.

A hipertensão arterial é caracterizada pela elevação da pressão arterial acima dos valores considerados normais. Os índices utilizados para classificar a HAS são a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Pressão Arterial Diastólica (PAD). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, a hipertensão é definida como PAS $\geq$ 140 mmHg e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg, em pelo menos duas medidas distintas (SBC, 2020).

O diagnóstico da hipertensão arterial baseia-se na medida precisa da pressão arterial, utilizando equipamentos adequados e seguindo as recomendações técnicas.

Além disso, é importante realizar uma anamnese detalhada, investigando sintomas, histórico familiar e comorbidades. O principal exame para diagnóstico da HAS é: medida da pressão arterial – o método padrão e mais comum para aferir a pressão arterial é a auscultação com esfigmomanômetro, sendo recomendado realizar a medida em ambiente tranquilo e após repouso de no mínimo 5 minutos (Brasil, 2022).

Os exames complementares são: em casos de dúvida diagnóstica ou necessidade de avaliação de órgão-alvo, podem ser solicitados exames complementares, como eletrocardiograma, eco cardiograma, exames laboratoriais, ultrassonografia doppler das artérias renais, entre outros.<sup>7</sup>

A ESF desempenha um papel fundamental no cuidado dos idosos com HAS, pois possibilita o acompanhamento contínuo e integral desses pacientes. A atenção farmacêutica se torna essencial nesse processo, pois envolve a participação do farmacêutico na identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados aos medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão (Barberato, Scherer, Lacourt, 2019).

A atenção farmacêutica consiste em realizar uma abordagem individualizada e holística, visando a otimização da farmacoterapia, o monitoramento dos medicamentos utilizados e a melhoria da adesão ao tratamento, destacando a importância de o farmacêutico trabalhar em conjunto com a equipe da ESF, integrando-se ao cuidado multiprofissional (Vieira, 2021).

O profissional farmacêutico tem como responsabilidade implementar estratégias voltadas para o uso racional de medicamentos, objetivando evitar que ocorram consequências danosas a saúde do paciente pelo uso inadequado do

---

<sup>7</sup> É importante ressaltar que esses exames devem ser solicitados pelo profissional médico. O eletrocardiograma é um exame não invasivo que registra a atividade elétrica do coração. Ele é utilizado principalmente na avaliação de doenças cardíacas, como arritmias, isquemia miocárdica e distúrbios do ritmo cardíaco (Silverman; Singer, 2010). O ecocardiograma é um exame de imagem que utiliza ultrassom para visualizar o coração e suas estruturas. Ele fornece informações detalhadas sobre o tamanho, forma, função e movimento das diferentes partes do coração, como as válvulas cardíacas, as câmaras cardíacas e as artérias coronárias. O exame é realizado por um profissional de saúde e pode ser feito tanto em repouso quanto durante o estresse físico ou farmacológico (Feigenbaum, Armstrong; Ryan, 2018). Os exames laboratoriais são realizados para avaliar diversos parâmetros bioquímicos, hematológicos e imunológicos do organismo. Alguns dos exames laboratoriais mais comuns incluem hemograma completo, dosagem de glicose, colesterol, triglicerídeos, hormônios, entre outros (Burtis, *et al.*, 2012). A ultrassonografia doppler das artérias renais é um exame de imagem que utiliza ondas ultrassônicas para avaliar o fluxo sanguíneo nas artérias que irrigam os rins. Esse exame é frequentemente solicitado para a avaliação de possíveis obstruções ou estreitamentos nas artérias renais, que podem levar a problemas como hipertensão arterial e disfunção renal (Rumack *et al.*, 2017).

medicamento, contribuindo de maneira fundamental para o controle dos custos na aquisição e manutenção dos estoques de medicamentos e insumos os quais representam uma parcela significativa dos gastos públicos em saúde (Barberato, Scherer, Lacourt, 2019).

A ESF no município de Presidente Kennedy-ES está estruturada através de 12 equipes estrategicamente instaladas em todo território, sendo 2 equipes na sede do município e as demais na zona rural, entre elas a ESF de Boa Esperança (PMPK, 2024)<sup>8</sup>.

Os medicamentos disponibilizados na ESF de Presidente Kennedy são fornecidos pelo sistema único de saúde, e a relação municipal de medicamentos essenciais é baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Após a avaliação individual por consulta médica, e a orientação farmacêutica, o paciente recebe o medicamento prescrito gratuitamente, caso esteja disponível na unidade de saúde. Em casos de falta do medicamento na unidade, o paciente é orientado a procurar uma farmácia popular ou uma unidade de saúde de referência.

Além da dispensação de medicamentos, a ESF de Presidente Kennedy também oferece acompanhamento farmacoterapêutico, ou seja, orientações sobre o uso correto dos medicamentos, possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas. Os profissionais de saúde orientam os pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e da correta administração dos medicamentos, visando o máximo de eficiência terapêutica (Barberato; Scherer; Lacourt, 2019).

Diante do exposto, pode-se afirmar a importância da ESF no tratamento da HAS da pessoa idosa, sendo fundamental para evitar o agravamento da doença e suas consequências, que podem levar o idoso a internações e graves sequelas.

---

<sup>8</sup> Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (2017), a equipe da ESF deve ser composta no mínimo por médico (preferencialmente especialista em família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em família e comunidade), técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (MS, 2017).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os fatores associados a hipertensão arterial em idosos de uma Estratégia Saúde da Família de Presidente Kennedy a luz da Política Nacional de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Caracterizar o perfil sócio demográfico dos idosos quanto idade, sexo, etnia, estado civil, filhos, escolaridade, situação no mercado de trabalho, morador comunidade quilombola, residência multigeracional e existência de plano de saúde;
- b) Identificar os hábitos de vida quanto fumo, etilismo, participação de grupo comunitário e uso de outras drogas em idosos;
- c) Verificar a prevalência de hipertensão em idosos, bem como os medicamentos utilizados para o tratamento;
- d) Associar as características sociodemográficas, hábitos de vida com a hipertensão em idosos assistidos por uma ESF.

## 4 MÉTODOS

Neste capítulo, serão descritos os processos e instrumentos que foram utilizados e adotados para a realização desta pesquisa.

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa explicativa quantitativa transversal, com coleta retrospectiva.

Uma pesquisa explicativa e/ou elucidativa é um tipo de pesquisa que busca entender as relações de causa e efeito e fornecer explicações detalhadas para fenômenos específicos. Esses estudos são frequentemente conduzidos para investigar por que e como um fenômeno ocorre (Alexander, 2016).

Sendo também uma pesquisa quantitativa transversal, esta, caracterizou-se por ser um tipo de estudo que envolve a coleta de dados de uma amostra de uma população em um único ponto no tempo (Creswell e Creswell, 2017). É uma abordagem de pesquisa comum em várias disciplinas e é frequentemente usada para avaliar a prevalência de uma condição ou característica em uma população em um momento específico. Ainda de acordo com Creswell e Creswell (2017), a pesquisa quantitativa transversal fornece uma visão instantânea de um fenômeno em um determinado momento e é útil para avaliar a prevalência e a distribuição de variáveis em uma população. No entanto, ela não permite a análise de mudanças ao longo do tempo, para isso, outras abordagens, como estudos longitudinais, seriam mais apropriadas.

No que concerne à coleta retrospectiva de dados em uma pesquisa, esta, envolve a obtenção de informações sobre eventos, fenômenos ou características que ocorreram no passado (Sudman; Bradburn, 1982). Esse tipo de coleta é frequentemente usado quando não é possível realizar observações em tempo real ou quando se deseja obter informações sobre o histórico de um evento ou condição. A coleta retrospectiva de dados pode ser uma ferramenta valiosa em pesquisa, permitindo que os pesquisadores obtenham informações sobre eventos ou condições que ocorreram no passado. No entanto, é importante abordar questões de viés de memória e garantir que as informações coletadas sejam precisas e éticas (Sudman; Bradburn, 1982).



A escolha pela pesquisa explicativa e/ou elucidativa, quantitativa transversal, com coleta retrospectiva se deu pela necessidade em coletar dados na Ficha A e do prontuário eletrônico do Sistema MVSigss da Unidade de Saúde Básica de Boa Esperança que atende as comunidades quilombolas do município de Presidente Kennedy/ES.

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Presidente Kennedy localiza-se no litoral do Sul do Espírito Santo, e, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023), possui uma população estimada de 13.696 pessoas cadastradas no serviço da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um território de 394,897 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2023), incluindo a população alvo do estudo em questão. A localidade conta com onze Estratégia de Saúde da Família, sendo dez delas localizadas na área rural, com uma equipe cada e uma na zona urbana, contendo duas equipes, a saber, que o objeto em questão priorizou como campo de estudo a Estratégia de Saúde da Família de Boa Esperança, localizada na zona rural, na Rua Projetada, bairro Boa Esperança, sem número. A unidade em estudo tem uma atenção territorializada atendendo 1.344 membros familiares, sendo dividida em três áreas, a dispor de duas áreas de comunidade quilombola e uma não quilombola.

Segundo pesquisa realizada por Santos (2020), existem duas versões principais para a origem das terras atualmente ocupadas pelas comunidades quilombola em estudo. A mais conhecida é a de que essas terras foram doadas, no passado, a um africano filho de escravizados, como forma de gratificação pelos anos de bons serviços prestados após sua alforria. Esse africano tinha cinco esposas, o que resultou na formação das famílias da região e no povoamento dessas terras (Santos, 2020).

Outra versão apontada por Santos (2020) é a possibilidade de a comunidade ter sido originada de quilombos formados por negros escravizados que fugiam dos engenhos de cana-de-açúcar localizados em Campos dos Goytacazes-RJ, embora pouco discutida, uma outra versão apurada por Santos (2020), menciona a Fazenda Muribeca, que ficava próxima à costa, mas distante da capital Vitória, e que foi inicialmente o centro de todas as atividades rurais da Companhia de Jesus no Espírito Santo, sendo considerada a maior fazenda de religiosos no estado, administrada por

jesuítas no século XVII e com estimativa de que cerca de 300 escravos negros trabalhavam lá e foram estes possivelmente que tenham sido eles que deram origem à comunidade quilombola de Boa Esperança e Cacimbinha .

Atualmente as famílias dessas comunidades vivem principalmente da agricultura de subsistência e a maioria dos moradores trabalha como diaristas ou possuem pequenas propriedades de terras (Almeida; Nogueira, 2022). O nome Cacimbinha surgiu devido ao uso de cacimbas para o abastecimento de água, pois a região sofria com a escassez de recursos hídricos. Atualmente, o abastecimento de água é feito por meio de um poço artesiano construído pela Prefeitura Municipal (PMPK, 2024).

Já o nome Boa Esperança foi escolhido pelos moradores como uma expressão de esperança em dias melhores, acreditando que as condições de vida, habitação e o preconceito em relação à sua negritude possam ser superados (Almeida: Nogueira, 2022).

Embora a principal forma de trabalho seja a agricultura de subsistência, muitos moradores têm se inserido em outros setores, como o público, o comércio e trabalhos domésticos, como babás e faxineiros (Santos, 2020). Atualmente, a comunidade recebe coleta seletiva de lixo duas vezes por semana, e a saúde é atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Boa Esperança. Além disso, a prefeitura oferece bolsas de estudo para os moradores, melhorando significativamente as condições culturais e possibilitando uma melhor inserção no mercado de trabalho (Almeida: Nogueira, 2022).

A Estratégia da Saúde de Boa Esperança desenvolve ações de acordo com as necessidades locais da comunidade com uma equipe multidisciplinar, integrando médico, enfermeiro, odontólogo, farmacêutico, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, técnico em enfermagem, auxiliar de serviço bucal e agente comunitário de saúde.

### 4.3 AMOSTRA

O público-alvo da pesquisa foi a população idosa, assistidos pela Atenção Primária por uma Estratégia de Saúde da Família no município de Presidente Kennedy que totalizava 189 idosos, no mês de outubro de 2023.

### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

Como critérios de inclusão, foram incluídos idosos ( $\geq 60$  anos)<sup>9</sup> de ambos os sexos, moradores adstritos a uma estratégia da saúde da família de Boa Esperança do município de Presidente Kennedy/ES.

### **4.3.2 Critério de Exclusão**

Para os critérios de exclusão, foram excluídos os moradores das comunidades que por algum motivo, não apresentaram dados suficientes no sistema ou preencheram de forma inadequada, gerando inconsistência.

## **4.4 COLETA DE DADOS**

Inicialmente foi realizada a identificação dos idosos elegíveis para o estudo, tendo como base os longevos cadastrados até o mês de outubro de 2023 na Estratégia de Saúde da Família de Boa Esperança no município de Presidente Kennedy/ES. Em um segundo momento, a pesquisadora utilizou o sistema MVSigss, onde foram coletados os dados referentes ao perfil sociodemográfico e aos hábitos de vida dos idosos. Os dados foram registrados em ficha de coleta própria elaborada pela pesquisadora (Apêndice A) após consulta da ficha A (ANEXO A) e prontuário eletrônico individual da Estratégia de Saúde da Família. A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora. Foram coletadas informações sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e dados sobre hipertensão arterial.

### **4.4.1 Perfil sociodemográfico**

Para a caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos foram considerados as seguintes variáveis: idade (entre 60-79 anos e 80 anos ou mais); sexo (feminino ou masculino); etnia (branco, pardo, negro, indígena, amarelo); estado civil (casado, solteiro, viúvo, outro), filhos (não ou sim), na escolaridade foram criadas

---

<sup>9</sup> Foram considerados idosos indivíduos com idade maior ou igual 60 anos conforme estabelecido no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

4 categorias: alfabetizada, estudo primário, ensino fundamental, ensino médio, superior, morador da comunidade quilombola (sim ou não). Na situação no mercado de trabalho, para análise dos dados, este foi agrupado em: aposentado, pensionista ou não, trabalha ou não. Residência multigeracional (sim ou não) e, se possui plano de saúde ou não.

#### **4.4.2 Hábitos de vida**

Para caracterização dos hábitos de vida: está fumante (sim ou não); faz uso de álcool (sim ou não); faz uso de outras drogas (sim ou não), participa de algum grupo comunitário (sim ou não).

#### **4.4.3 Desfecho da pesquisa**

Foi considerado como desfecho a presença e ausência da hipertensão arterial na população de idosos da Estratégia de Saúde da família de Boa Esperança, trazendo um olhar mais detalhado dos idosos da comunidade quilombola de Presidente Kennedy/ES. Isso envolveu determinar quantos dos idosos pesquisados têm hipertensão arterial. Para tanto foi identificado no prontuário eletrônico o registro de hipertensão (sim ou não).

Foi considerada a medição regular com resultados acima ou igual de 140/90 mmHg como indicativo de Hipertensão arterial, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2022 (OMS, 2022) e critério adotado pela Estratégia de saúde da família de Boa Esperança de Presidente Kennedy como diagnóstico de HAS.

Também foi registrado a data da última aferição da pressão arterial, bem como as medidas da pressão arterial sistólica/diastólica e as medicações em uso.

### **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Todos os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha de Software Microsoft Excel e posteriormente foi realizada uma análise no programa Bioestat versão 5.0.

#### **4.5.1 Análise descritiva**

Foi reportada através de tabelas de frequências absoluta e relativa, para variáveis nominais a partir dos resultados encontrados sendo estatisticamente avaliados. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil dependendo da normalidade.

Para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, considerando nível de significância de  $p < 0,05$ .

#### 4.5.2 Medida de ocorrência

A prevalência de hipertensão arterial em idosos da Estratégia de saúde de Boa Esperança, Presidente Kennedy/ES, foi calculada de acordo com a proporção do número total de casos existentes de HAS dos idosos da Estratégia de Saúde de Boa Esperança, Presidente Kennedy/ES, pelo total de idosos da comunidade.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos com HAS}}{\text{N}^\circ \text{ total de idosos da Estratégia de saúde de Boa Esperança}} \times 100$$

#### 4.5.3 Análise inferencial

Variáveis de natureza categórica foram analisadas por meio de frequências e percentuais, sendo que as associações entre as variáveis foram realizadas pelo teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5 e tabelas na forma matricial 2 x 2). No caso de associação significativa, foi realizada análise de resíduo para verificar as categorias que contribuem para a associação (valores de resíduos maiores do que  $|1,96|$  contribuem positivamente para a associação, ou seja, indicam que ocorre uma frequência maior do que deveria acontecer, se existe independência entre as categorias). Associações foram consideradas significativas no caso de valor  $p < 0,05$ .

### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM),

sobre número de parecer: 6.673.267 (ANEXO A). Foi assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais serão identificados numericamente, precedidos pela letra C (C 01, C 02, etc.). Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante o período de cinco anos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à prevalência de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), observou-se que 75,67% (143/189) dos idosos da comunidade de Boa Esperança tinham essa condição de saúde. Esse dado chama a atenção para a importância do monitoramento e controle da pressão arterial nessa população, visto que a HAS é um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas.

Conforme pesquisa realizada por Vieira (2021), em uma ESF do Município de Mossoró/RG com idosos indicou uma prevalência da HAS superior aos dados verificados nesta pesquisa, onde foi constatado um percentual de 92,2% de prevalência da HAS. Os dados também são confirmados pela pesquisa de Einloft (2020), que teve o enfoque na parcela idosa de uma população atendida pela Estratégia da Saúde da Família de município do Sul do Brasil, demonstrando uma prevalência similar às demais, de 67,4%.

Quanto ao perfil sociodemográfico verificou-se que a média de idade dos idosos era de  $69,3 \pm 8$  anos com idade máxima de 94 anos e mínima de 60 anos, e em sua maioria eram homens (52,4%), pardos/negros (79%), casados (56,1%), com filhos (88,4%), escolaridade de ensino primário (62,4%), aposentado (43,9%), com residência multigeracional (59,3%), sem plano de saúde (99,5%).

De acordo com as pesquisas de Silva e Henriques (2021), a maioria dos idosos diagnosticados com hipertensão arterial são mulheres, indo em contrapartida a este estudo. Isso pode ser indicativo de um maior acesso pela população masculina da Comunidade Boa Esperança aos cuidados de saúde na ESF de Boa Esperança.

Segundo o trabalho de Suzana *et al.* (2023), o maior número de residências multigeracionais pode ser um fator de risco para o surgimento/piora de quadros crônicos, como os de HAS e outras DCNT's. Isso porque a convivência entre diferentes faixas etárias, especialmente em lares onde há pouca renda, podem contribuir para maus hábitos alimentares e maior sedentarismo. Ainda existe o agravamento da baixa escolaridade, que influencia diretamente no acesso aos tratamentos medicamentosos (Silva *et al.*, 2024).

A pesquisa de Wang *et al.* (2024), mostra uma relação entre o isolamento social e a hipertensão, no caso dos aposentados observa-se uma menor interação social diária devido à perda do ambiente de trabalho acarretando em risco de aumento da pressão arterial. Segundo Hosseini *et al.* (2021), idosos com maiores interações

sociais tendem a ter menor risco de aumento da pressão arterial, por isso deve-se incentivar a participação dos idosos aposentados em atividades sociais e comunitárias.

A população estudada não apresentou hábitos de vida nocivos à saúde, já que foi verificado que a maioria era de não fumantes (87,8%), sem uso de álcool (98,9%), sem uso de outras drogas (98,9%). Esses resultados são positivos, uma vez que o consumo dessas substâncias pode aumentar a pressão arterial e contribuir para o desenvolvimento da hipertensão (Kirsten *et al.*, 2021). Segundo a pesquisa de Einloft (2020), tabagismo e etilismo ainda são problemas graves que afligem a população brasileira, tornando os pacientes que apresentam esses hábitos, suscetíveis ao desenvolvimento de hipertensão arterial, especialmente nas fases mais tardias da vida.

No que se refere à participação em grupos comunitários, o estudo identificou uma ausência dos participação dos idosos em 96,8%. Isso pode indicar uma falta de apoio social e de integração com a comunidade, o que impacta negativamente na saúde e no bem-estar dos idosos, uma vez que a participação em grupos comunitários pode promover o envelhecimento ativo e saudável, além de proporcionar oportunidades de interação social e compartilhamento de experiências (Kirsten *et al.*, 2021). Portanto, é importante incentivar e facilitar a participação desses idosos em grupos comunitários e atividades sociais como preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Sanglard, 2019).

Esses dados apresentam um panorama interessante para compreender melhor o perfil socioeconômico e os hábitos de vida dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família de Boa Esperança no ano de 2023. Com base nos resultados, podemos traçar um perfil geral dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Boa Esperança em 2023. Portanto propõe-se que sejam realizadas ações de conscientização com os familiares ou cuidadores dos idosos, buscando capacitá-los nos cuidados necessários para a saúde do idoso e estimular a participação dos idosos em ações voltadas a atividades sociais, como grupos comunitários.

Segundo os resultados obtidos os todos os idosos monitorados, com hipertensão, fazem uso de medicações. Sendo que em 25,4% desses, o valor das aferições ultrapassou 140/90mmg mesmo com uso dos medicamentos. Estes dados são preocupantes e indicam que a hipertensão é um problema de saúde bastante



comum entre os idosos monitorados pela pesquisa. A alta prevalência de hipertensão na população idosa é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e complicações relacionadas (Aguilar de Souza *et al.*, 2019).

A descoberta de que todos os hipertensos monitorados estão fazendo uso de medicamentos é uma informação positiva, pois indica que há um acompanhamento médico adequado e um esforço para controlar a pressão arterial. No entanto, é alarmante constatar que em uma parcela significativa desses indivíduos (25,4%), mesmo com o uso de medicamentos, as aferições ainda ultrapassam os valores recomendados para a pressão arterial sistólica e diastólica.

Isso pode se dar pela não adesão correta ao tratamento medicamentoso, como também demonstrado por Camargo (2023), que afirma que boa parcela dos hipertensos tende a não fazer o uso correto da medicação, seja por esquecimento ou falta de entendimento da necessidade do uso contínuo desses medicamentos para o controle adequado da pressão arterial. É importante investigar as possíveis razões para essa falta de controle, que podem envolver desde a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso até a necessidade de ajustar a dose ou trocar o medicamento utilizado.

Além disso, é fundamental intensificar as estratégias de prevenção e controle da hipertensão em idosos, por meio de abordagens multiprofissionais que envolvam médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e educadores físicos como preconizado pelo programa Hiperdia (Oliveira *et al.*, 2021). O monitoramento regular da pressão arterial, a adoção de uma dieta balanceada, a prática regular de atividade física e o gerenciamento do estresse são medidas importantes para controlar a hipertensão, uma vez que a não adoção desses hábitos de vida, podem ocasionar o surgimento de DNCT's, como a hipertensão arterial (Silva *et al.*, 2024).

É importante ressaltar que cada caso deve ser avaliado individualmente por um profissional de saúde capacitado para determinar a melhor abordagem e tratamento para cada paciente hipertenso (Oliveira *et al.*, 2020).

A orientação farmacêutica no momento da dispensação, caracteriza-se como ação fundamental para a compreensão do paciente a respeito do tratamento, para tanto Sangaletti (2023) afirma que o profissional farmacêutico deve utilizar formas diferentes de linguagem, visando a que melhor for absorvida pelo paciente.

Outra hipótese para a não adequação correta ao tratamento medicamentoso, que mantém altos níveis de pressão arterial registrados em observações de rotina da ESF Boa Esperança podem estar relacionados aos costumes e tradições da comunidade quilombola (Santos, 2020). É importante entender que cada cultura possui suas próprias práticas e crenças em relação à saúde e tratamentos (Aguiar *et al.*, 2019). Muitas comunidades quilombolas têm conhecimentos tradicionais sobre o uso de chás e remédios naturais para tratar diferentes condições de saúde. Esses métodos são considerados eficazes e fazem parte do sistema de cuidados de saúde tradicional dessas comunidades (Bezerra e Silva, 2020)

No entanto, é importante destacar que o uso desses métodos naturais pode interagir com a medicação prescrita pelos profissionais de saúde. Alguns chás e remédios naturais podem conter substâncias que interferem no efeito dos medicamentos, podendo comprometer o tratamento adequado da pressão arterial elevada (Gaziano *et al.*, 2019).

É fundamental que haja uma abordagem sensível e culturalmente adequada para lidar com essa questão. Os profissionais de saúde devem trabalhar lado a lado com a comunidade, buscando entender suas crenças e costumes, ao mesmo tempo em que fornecem informações sobre a importância e os benefícios de seguir corretamente o tratamento medicamentoso (Malta *et al.*, 2018). A educação em saúde desempenha um papel fundamental nesse processo, permitindo que os indivíduos tenham conhecimento e compreensão sobre as razões pelas quais certas práticas podem não ser adequadas ou até mesmo prejudiciais quando combinadas com medicações (Moura *et al.*, 2018).

Assim sendo, compreender as práticas culturais da comunidade quilombola é essencial para garantir a adesão ao tratamento medicamentoso adequado. A colaboração entre os profissionais de saúde e a comunidade é fundamental para encontrar soluções que respeitem a cultura e os costumes, ao mesmo tempo em que promovem a saúde e o bem-estar.

No que tange ao uso de anti-hipertensivos, observa-se que todas as classes referentes a esse tipo de medicamento se encontram presentes na rotina desses pacientes conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 01 – Anti-hipertensivos mais utilizados

<b><u>ANTI-HIPERTENSIVO</u></b>	<b>Hipertensos n=143</b>	<b>%</b>
Angiotensina		52,4%
Canais de Cálcio		11,1%
Diuréticos		47,1%
Vasodilatadores		1%

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

A tabela 01 apresenta informações sobre os anti-hipertensivos mais utilizados entre os hipertensos, com base em um estudo com 143 participantes. De acordo com os dados da pesquisa, 52,4% dos hipertensos utilizam medicamentos do grupo da Angiotensina, seguidos por 47,1% que utilizam Diuréticos, 11,1% que utilizam Canais de Cálcio e 1% que utilizam Vasodilatadores. Destaca-se que existiu associação entre 2 ou mais classes de medicamento sendo a mais comum a angiotensina e o diurético presente nas medicações de 21,2% dos idosos.

Segundo pesquisa realizada por Camargo (2023), dentre as classes de anti-hipertensivos mais utilizadas pelos entrevistados estão os medicamentos do grupo da Angiotensina, com 60,8%, seguidos pelos diuréticos (48,9%), e por fim os betabloqueadores (37,1%). Tais informações corroboram para os dados obtidos por essa pesquisa.

A seguir, na tabela 2, apresenta-se o resultado da análise feita pelo teste Qui-Quadrado, e Exato de Fischer, que ao comparar as características referentes ao perfil socioeconômico e hábitos de vida desses idosos, detectou-se que as variáveis estado civil, situação no mercado de trabalho, morador quilombola, e a presença ou não de filhos, são os principais marcadores para a prevalência de HAS ( $p < 0,05$ ).

Tabela 02 - Características referentes ao perfil socioeconômico e hábitos de vida dos idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Presidente Kennedy no ano de 2023

<b>Variáveis</b>	<b>Hipertensos</b>		<b>P</b>
	<b>Sim n=143</b>	<b>Não n=46</b>	
<b>Ciclo Vida</b>			
60 a 79	119 (83,2%)	46 (100%)	0,051 <sup>1</sup>
80+	24(16,8%)	0(0%)	

<b>Sexo</b>				
Masculino	69 (48,2%)	30 (65,2%)	0,096 <sup>1</sup>	
Feminino	74 (51,8%)	16 (3,8%)		
<b>Etnia</b>				
Branca	30 (21%)	12 (26%)	0,213 <sup>1</sup>	
Parda	62 (43,3%)	24 (52,2%)		
Negro	51 (35,7%)	10 (21,8%)		
<b>Estado Civil</b>				
Casado	81 (56,6%)	26 (56,5%)	0,003 <sup>1*</sup>	
Solteiro	24 (16,8%)	14 (29,8%)		
Viúvo	33 (23,1%) <sup>3</sup>	02 (4,3%)		
Outros	05 (3,5%)	04 (8,8%)		
<b>Filhos</b>				
Não	09 (6,3%)	13 (28,3%)	< 0,001 <sup>1*</sup>	
Sim	134 (93,7%) <sup>3</sup>	35 (71,7%)		
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	34 (23,8%)	06 (13%)	0,473 <sup>1</sup>	
Ensino Primário 1º a 4º séries	86 (60,1%)	31(67,4%)		
Ensino Fundamental 5º a 8º séries	12 (8,4%)	07 (15,2%)		
Ensino Médio, Médio 2º ciclo (científico, técnico etc.)	07 (4,9%)	02 (4,4%)		
Superior	02 -(2,8%)	0 (0%)		
<b>Morador das comunidades quilombola</b>				
Não	54(37,8%)	30(65,2%)		<0,001 <sup>1*</sup>
Sim	89(62,2%) <sup>3</sup>	16(34,8%)		
<b>Situação no mercado de trabalho</b>				
Aposentado	65(45,4%) <sup>3</sup>	18 (39,1%)	0,004 <sup>1*</sup>	
Aposentado/Pensionista	21(14,7%)	03(6,5%)		
Não Trabalha	31(21,7%)	09(19,6%)		
Pensionista (LOAS)	02(1,4%)	00(0%)		
Trabalha	24(16,8%)	16(34,8%)		
<b>Residência Multigeracional</b>				
Não	81 (57%)	32 (70,2%)	0,197 <sup>1</sup>	
Sim	62 (43%)	14 (30,3%)		
<b>Grupo comunitário</b>				
Não	136 (96,5%)	45 (97,8%)	0,538 <sup>2</sup>	
Sim	05 (3,5%)	02 (4,2%)		
<b>Plano de saúde privado</b>				
Não	142 (99,3%)	45(97,8%)	0,243 <sup>2</sup>	
Sim	01 ( 0,7%)	01(2,2%)		
<b>Fumante</b>				
Não	130 (90,9%) <sup>3</sup>	35 (76,1%)	0,005 <sup>1*</sup>	
Sim	13 ( 9,1%)	11 (23,9%)		

<b>Uso de Álcool</b>			
Não	133 (93%)	40 (86,7%)	0,388 <sup>2</sup>
Sim	10 (7,1%)	06 (13,3%)	
<b>Uso de Outras Drogas</b>			
Não	141 (98,6%)	46 (100%)	0,571 <sup>2</sup>
Sim	02 ( 1,4%)	00 ( 0%)	

---

<sup>1</sup> = Teste Qui-Quadrado

<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher

<sup>3</sup> =Resíduo ajustado do Qui-Quadrado > 1,96

\* p>0,05

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Ao se analisar as variáveis do perfil socioeconômico e hábitos de vida em associação com a hipertensão se percebeu um destaque para o estado civil, constatando-se uma associação entre viúvos e a hipertensão. Isso poderia ser explicado por fatores como a falta de cuidado, que se faz mais presente na relação conjugal, ou no sentimento de solidão, que pode gerar um quadro depressivo. Isso também foi demonstrado pelo trabalho de Costa e Von Humboldt (2020), onde apontou-se a relação entre a não presença de um cônjuge, e a falta de adequação ao tratamento.

No que se refere aos filhos, 88,4% dos participantes afirmaram ter filhos. Essa associação não é surpreendente, uma vez que a presença de filhos pode estar relacionada a uma maior responsabilidade familiar e, por conseguinte, a uma maior preocupação com a saúde, e assim, esse fator contribuiria positivamente para uma maior adesão aos tratamentos medicamentosos, tal a qual para adoção de hábitos saudáveis (Suzana *et al.*, 2023).

Segundo pesquisas de Nascimento e Figueiredo (2021), a formação dos núcleos familiares é de extrema importância para o desenvolvimento dos tratamentos, isso se dá pelas preocupações e responsabilidades que podem vir a sobrepôr o cuidado com a saúde do idoso, tirando como exemplo as residências multigeracionais, onde ocorre uma “disputa” pela prioridade da atenção, entre o cuidado infante juvenil, e o geriátrico.

Relacionado com a moradia em comunidade quilombola, a presença de hipertensão nos idosos acompanhados se mostrou maior, cerca de 62,2%. Isso pode se dar tanto pela predominância de raça, quanto por hábitos culturais de alimentação e rotina de exercícios físicos. De acordo com o trabalho de Araújo *et al.* (2019),

comunidades quilombolas apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a HAS, seja pela afrodescendência, seja pelos hábitos alimentares, ou mesmo pelo pouco acesso à tratamentos medicamentosos.

Em relação à situação no mercado de trabalho, o estudo demonstrou uma associação entre aposentados e a presença da HAS. Dos participantes, 43,9% eram aposentados. Isso pode significar menor ciclo social, menos interações interpessoais, maior propensão ao sedentarismo, e por consequência, maiores chances de desenvolver doenças crônicas como a hipertensão, conforme demonstrado por Hosseini *et al.* (2021) em sua pesquisa. Segundo pesquisas de Moraes (2021), idosos que buscam realizar atividades físicas e de lazer regularmente, abandonam o sedentarismo e os maus hábitos alimentares, possuem menos chances de desenvolverem doenças crônicas.

Quanto ao hábito de fumar, a grande maioria dos participantes (87,8%) era composta por não fumantes. Esse dado é muito positivo, uma vez que o tabagismo é um importante fator de risco para a hipertensão e outras doenças cardiovasculares. De acordo com pesquisa realizada por Silva e Henriques (2021), o baixo índice de tabagismo é de grande importância para o não desenvolvimento de DCNT's, contribuindo também para manutenção da saúde do idoso.

Diante destes resultados propõe-se que sejam estabelecidas estratégias favoráveis para a adesão do tratamento farmacoterapêutico, levando em consideração os hábitos culturais da comunidade quilombola, como o consumo de chás à base de ervas locais, parte da tradição comunitária, ou mesmo considerando os índices de analfabetismo e condições socioeconômicas. Um bom exemplo é a orientação farmacêutica no momento da dispensação, que pode se tornar fundamental para a compreensão do paciente a respeito do tratamento, para tanto Sangaleti (2023) afirma que o profissional farmacêutico deve utilizar formas diferentes de linguagem, visando a que melhor for absorvida pelo paciente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade em diversos países ao redor do mundo, e possui múltiplos fatores que podem ser considerados fundamentais para a sua ocorrência. Entre eles estão o desenvolvimento científico-tecnológico do último século, que trouxe inovações em campos como a medicina e a engenharia, melhorando a qualidade de vida da população, e possibilitando o desenvolvimento de novas formas de terapia. Destaca-se ainda a transição demográfica ocorrida em muitos países, ocasionando um aumento considerável da urbanização, e modificando as estruturas sociais, criando novos empregos, trazendo a mulher para o mercado de trabalho, reduzindo as taxas de fecundidade e mortalidade.

Com essas mudanças, o aumento da expectativa de vida trouxe consigo novas preocupações, uma vez que também aumentou a ocorrência de doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes. Por conta disso, foi necessário o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o tratamento e prevenção dessas doenças, a exemplo da Política Nacional de Doenças Não Transmissíveis.

Uma forma de auxiliar no cuidado à saúde da população, principalmente ao se pensar nas doenças crônicas, foi a implantação do Programa Hiperdia em 2001, que propõem uma assistência multiprofissional aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes. Por meio do programa, é feito o acompanhamento regular do paciente, com realização de exames e prescrição de medicamentos adequados para o controle das doenças. Este programa é empregado nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, facilitando o acesso da população mais carente aos serviços de saúde, à medida que são realizados os agendamentos e consultas médicas, dispensação medicamentosa e orientação farmacêutica.

Ao se pesquisar a ESF de Boa Esperança se verificou uma prevalência de 75,67% de HAS entre os idosos. Analisando o perfil sociodemográfico e hábitos de vida, verificou-se como fatores associados a HAS com moradia em comunidade quilombola, estado civil, presença de filhos e situação no mercado de trabalho.

Nota-se também que uma parcela significativa dos idosos analisados não possuíam plano de saúde privado. Essa informação ressalta a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência à saúde dos idosos, uma vez que a maioria depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde. Portanto é fundamental garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e fortalecer a atenção

primária, a fim de oferecer um cuidado adequado e abrangente para os idosos com hipertensão e outras condições de saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa, tem como limitação o método, pois trata-se de um estudo transversal, portanto não visou estabelecer uma relação de causa e efeito, somente observar através dos dados disponíveis no Sistema MV Sigss da UBS de Boa Esperança as condições que podem estar associada a ocorrência da HAS. Entretanto isso não prejudicou a percepção das necessidades reais da comunidade em relação a melhoria do acesso e adesão aos tratamentos.

A prevalência de hipertensão entre os idosos, indica a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas a esse grupo populacional. Destaca-se ainda que é fundamental desenvolver estratégias e políticas de saúde que levem em consideração essas características específicas, visando a promoção de um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

A elevada prevalência de hipertensão entre os idosos aponta para a necessidade urgente de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas especificamente a esse grupo. É fundamental que as políticas de saúde considerem as características e necessidades dessa população, a fim de promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Tais ações devem ser planejadas com base em evidências locais e nas condições sociais, econômicas e culturais dessa faixa etária.

Como propostas estratégicas, sugere-se a realização de palestras mensais voltadas para a educação em saúde, a capacitação contínua da equipe multidisciplinar, a promoção de atividades recreativas de fácil acesso para os idosos e o desenvolvimento de orientações farmacêuticas claras e de fácil entendimento. Essas medidas visam não apenas melhorar o controle das condições crônicas, como a hipertensão, mas também fortalecer o vínculo da comunidade com os serviços de saúde, promovendo a adesão ao tratamento e melhorando a qualidade de vida dos idosos.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S. *et al.* Fatores de risco e complicações em diabéticos/hipertensos cadastrados no Hiperdia. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2019. DOI: 10.36925/sanare.v18i1.1303. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1303>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- AIKINS, A. D. G. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e o desafio da cobertura universal de saúde: insights da pesquisa de doenças cardiovasculares baseadas na comunidade em comunidades pobres urbanas. **BMC Saúde Pública**, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120153/>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- ALEXANDER, C. Análise exploratória de dados para modelos complexos. **Revista de Estatística Gráfica e Computacional**, ed. 15, v. 3, p. 598-619, 2016.
- ALMEIDA, A. Q.; NOGUEIRA, A. L. Trabalhando a história de Presidente Kennedy - ES. 1. ed. Vitória: **Diálogo Comunicação e Marketing**, 2022.
- ARAÚJO, R. L. M. S. *et al.* Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 226-246, 2019.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. e00213816, 2018.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. dos A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019.
- BASILIO, A. 71% das cidades não cumprem lei do ensino e cultura afro-brasileira. **Porvir**, 2023. Disponível em: <https://porvir.org/71-das-cidades-nao-cumprem-lei-do-ensino-e-cultura-afro-brasileira/>. Acesso em: 22 out. 2023.
- BELUE, R. *et al.* Uma visão geral da carga de fatores de risco cardiovascular em países da África Subsaariana: uma perspectiva sociocultural. **Globalização da Saúde**, v. 5, p. 1-12, 2009. DOI: 10.1186/1744-8603-5-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759909/>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- BEZERRA, A. L.; SILVA, A. O. Envelhecimento populacional e cuidados de saúde: tendências e desafios no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, ed. 36, v. 4, p. 40-52, 2020.
- BORGES, V. M.; KIMURA, L. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33050, 2023.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 5º. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (2020). **Plano Nacional de Saúde: 2020-2030**. Brasília, DF. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2030.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2030.pdf). Acesso em: 10 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (2021). **Hiperdia**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-hiperdia>. Acesso em: 10 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2022). **Hiperdia: Acompanhamento e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, Brasil: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus. Informações de saúde: mortalidade – Brasil 2022**. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus). 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 02 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Hiperdia: diretrizes básicas para o cuidado das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, n. 36, p. 112, 2013 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, n. 37, p. 148, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica).

BURTIS, C. A. *et al.* **Livro didático de química clínica e diagnóstico molecular de Tietz**. Ciências da Saúde Elsevier, 2012.

CAMARANO, A. A. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, n. 28, p. 509-529, 2021.

CAMARGO, Yanne da Silva. **Adesão medicamentosa e não medicamentosa em pacientes com hipertensão arterial sistêmica**. Universidade Federal de

Uberlândia, p. 26, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/38195>. Acesso em: 6 out. 2024.

CARVALHO MALTA, D. *et al.* Avaliação do alcance das metas do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, p. 9-16, 2019.

CAULFIELD, M. *et al.* Genetics of essential hypertension. **American Heart Journal**, v. 172, p. 16-23, 2019.

CHO, Y. *et al.* Gene-based meta-analysis of genome-wide association studies identifies new loci associated with hypertension. **Hypertension**, v. 76, n. 1, p. 111-118, 2020.

CGD. Colaboradores do Fator de Risco CGD 2017. Avaliação comparativa de risco global, regional e nacional de 84 riscos comportamentais, ambientais e ocupacionais e metabólicos ou agrupamentos de riscos para 195 países e territórios, 1990-2017: uma análise sistemática para o estudo de carga global de doenças 2017. **The Lancet**, p. 392, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6227755/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

CHRISTOFOLETTI, M. *et al.* Noncommunicable chronic diseases clusters in Brazilian adults and older adults: correlations as multimorbidity. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. e31020184, 2023.

COSTA, A.; VON HUMBOLDT, S. **A viuvez no envelhecimento: estudo exploratório com idosos**. In: 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas. Edições ISPA, p. 75-83, 2020.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Desenho de pesquisa: abordagens qualitativas, quantitativas e de métodos mistos**. ed. 4, p. 23-27, 2017. SAGE Publications.

DA SILVA, V. F. *et al.* A percepção do enfermeiro na humanização do cuidado paliativo em pacientes crônicos. **Concilium**, v. 22, n. 4, p. 345–358, 2022.

DIAS, G. dos S. *et al.* Fatores de risco associados à Hipertensão Arterial entre adultos no Brasil: uma revisão integrativa / Risk factors associated with Hypertension among adults in Brazil: an integrative review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 962–977, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n1-064. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22600>. Acesso em: 7 set. 2024.

EINLOFT, F. S. **Hipertensão Arterial Sistêmica em Idosos e a Importância da Educação em Saúde na Atenção Básica**. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/22169>. Acesso em: 5 out. 2024.

EVANGELOU, E. *et al.* Genetic analysis of over 1 million people identifies 535 new loci associated with blood pressure traits. **Nature Genetics**, v. 50, n. 10, p. 1412-1425, 2018.

FEIGENBAUM, H.; ARMSTRONG, W. F.; RYAN, T. **Ecocardiografia de Feigenbaum**. Saúde Wolters Kluwer, 2018.

FIGUEIREDO, L. B. *et al.* Fatores de risco que interferem na qualidade do sono em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Saúde.com**, v. 17, p. 358-372, 2021.

FMI (Fundo Monetário Internacional). **Perspectivas Econômicas Mundiais: outubro de 2020**. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>. Acesso em: 21 jan. de 2024.

GAZIANO, T. A. *et al.* O custo global da pressão arterial não ideal. **Hypertension Journal**, v. 27, p. 1472, 2019. DOI: 10.1097/HJH.0b013e32832a9ba3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474763/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

GBD 2017 Causas de Morte Colaboradores. Mortalidade global, regional e nacional específica por idade e sexo para 282 causas de morte em 195 países e territórios, 1980-2017: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736-1788, 2018.

GOUVEIA, M. H.; BENTLEY, A. R.; LEONARD, H. *et al.* Trans-ethnic meta-analysis identifies new loci associated with longitudinal blood pressure traits. **Scientific Reports**, v. 11, p. 4075, 2021. DOI: 10.1038/s41598-021-83450-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83450-3>.

GREENE, D. *et al.* Gene-environment interaction in hypertension: Recent evidence and future directions. **Journal of Human Hypertension**, v. 35, n. 11, p. 841-851, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CORAÇÃO, PULMÃO E SANGUE. **O que é pressão alta?** Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/high-blood-pressure>. Acesso em: 21 jan. de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE E EXCELÊNCIA EM CUIDADOS. **Hipertensão arterial em adultos: diagnóstico e tratamento**. Diretriz NICE. Publicado em agosto de 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>. Acesso em: 21 jan. de 2024.

JAMES, P. A. *et al.* Diretriz baseada em evidências de 2019 para o manejo da pressão arterial elevada em adultos: relatório dos membros do painel nomeados para o Oitavo Comitê Nacional Conjunto (JNC 8). **JAMA**, v. 311, n. 5, p. 507-520, 2019.

JÚNIOR, J. R. A.; RUFATTO, MEIRELES, V. DANTAS, L. Atuação do Farmacêutico no Programa Hipertensão. **Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas**, v. 2, n. 1, p. 62-64, 2021.

HOSSEINI, Z. *et al.* Conexões sociais e hipertensão em mulheres e homens: Um estudo transversal de base populacional do estudo longitudinal Canadense sobre envelhecimento. **Revista De Hipertensão**. v. 39, n. 4, p. 651-660, 2021.

KESKE, H.; SANTOS, E. R. O envelhecer digno como direito fundamental da vida humana. **Rev Bio y Der.**, v. 45, p. 163-178, 2019.

KIRSTEN, M. *et al.* Atividade física e envelhecimento: uma revisão narrativa. **Estudos Interdisciplinares Envelhecimento**, v. 26, p. 629-652, 2021.

LIMA-SILVA, T. B.; ZAZZETTA, M. S. Percepção da qualidade de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, p. 1-13, 2021.

LOPEZ, A.D.; MATHERS, C. D. Mensuração da carga global de doenças e transições epidemiológicas: 2002-2030. **Ann Trop Med Parasitol.**, v. 2, p. 10-12, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Políticas e ações para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 3, p. 18-22, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Tendências da prevalência de diabetes no Brasil por cor ou raça autorreferida de 2006 a 2016. **Revista Brasileira Epidemiológica.**, p. 25-34, 2019.

MANCIA, G. *et al.* 2018 ESH/ESC. Diretrizes para o manejo da hipertensão arterial: a Força-Tarefa para o manejo da hipertensão arterial da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC). **Eur Coração J.**, v. 10, n. 5, p. 7-10, 2013.

MARTINS, T. C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4438-96, 25 out. 2021.

MCPMAHON, G. Desenvolvimento e desigualdade. **Assuntos Econômicos**, v. 38, n. 3, p. 265-288, 2018.

MESQUITA, M. S. **Perfil sociodemográfico e condições de saúde do idoso de boa esperança de Presidente Kennedy: discutindo fatores associados aos idosos adstritos à comunidade quilombola.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Emescam como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Vitória, 2022.

MILLS, K. T. *et al.* Disparidades globais de prevalência e controle da hipertensão: uma análise sistemática de estudos de base populacional de 90 países. **Circulação.**, 134:44150. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979614/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Diretrizes para o cuidado das doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

MONTEIRO, B. R. Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os objetivos do desenvolvimento sustentável na saúde (ODS 3): Uma análise comparada em Portugal no período de 2013-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1221-1232, 2020.

MORAES, R. M. de. Quality of life profile of elderly people with hypertension in an ESF in the interior of Mato Grosso. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e21101521326, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.21326. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21326>. Acesso em: 6 out. 2024.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?** Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023.

MOURA, E. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 24, n. 2, p. 267-276, 2018.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 1-18, 2021.

NAÇÕES UNIDAS. **Perspectivas da População Mundial 2019: Destaques**.

Disponível em:

[https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf). Acessado em: 21 jan. 2024.

NASCIMENTO, H. G.; FIGUEIREDO, A. E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 119-128, 2021.

OKUNO, M. F. P.; SILVA, A. G. Realidade e desafios para o envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 1-2, nov. 2019.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* Acesso e qualidade no atendimento dos usuários cadastrados no programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde no município de Caruaru-PE. **Revista Saúde e Educação**, v. 3, n. 2, p. 35-44, 2019.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23, n. 21, p. 1-14, fev. 2020.

OLIVEIRA, G. P.; STIVAL, M. M. C. Cuidado de enfermagem ao idoso: uma análise da literatura científica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 11(1), p. 3107-3123, 2020.

OMS. **Organização Mundial da Saúde. Estatísticas Mundiais.** Disponível em: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2020/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/en/). Acessado em: 21 jan. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Hipertensão: Principais Fatos.** Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Acesso em: 21 jan. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco: uma visão geral.** 2018. Disponível em: [www.who.int/ncds/management/WHO\\_Appendix\\_B\\_Overview\\_NCDs.pdf?ua=1](http://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_B_Overview_NCDs.pdf?ua=1). Acesso em: 15 abr. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estimativas de Saúde Global 2018: Carga de doenças por causa, idade, sexo, por país e por região, 2000-2016.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Pacote técnico HEARTS para o manejo de doenças cardiovasculares na atenção primária à saúde: gerenciamento de DCV baseado em risco.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Perfis de países de doenças não transmissíveis 2018.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2002: Redução de Riscos, Promoção de Vida Saudável.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ePuQi1PtY\\_cC&oi=fnd&pg=PR9&ots=N4M7fWEjSm&sig=hDQojSHagJNfOMB2s\\_VL9rwjt7U&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ePuQi1PtY_cC&oi=fnd&pg=PR9&ots=N4M7fWEjSm&sig=hDQojSHagJNfOMB2s_VL9rwjt7U&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 20 jul. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Um Resumo Global sobre Hipertensão. Assassino silencioso, crise global de saúde pública. Dia Mundial da Saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/W?sequence=1>. Acesso em: 20 jul. 2023.

OMS. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 20 jul. 2023.

PAUSOVA, Z. *et al.* European journal of human genetics: a Canadian perspective on hypertension genetics. **European Journal of Human Genetics**, v. 27, n. 6, p. 865-872, 2019.

PEREIRA, E. O.; MUSSI, F. C. Hipertensão arterial para homens: Uma condição danosa e restritiva. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. DOI: 10.18471/rbe.v34.36171. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36171>. Acesso em: 7 set. 2024.

PINTO, M. J. F. *et al.* A relação entre o envelhecimento populacional e o perfil do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2021.

PMK. PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY. **Presidente Kennedy – Quilombos Boa Esperança e Cacimbinha**. Disponível em: <https://www.ipatrimonio.org/presidente-kennedy-quilombos-boa-esperanca-e-cacimbinha/#!/map=38329&loc=-21.098918301847153,-41.03899910743473,17>. Acesso em: 15 out. 2023.

PREDEBON, J. C. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos em unidades básicas de saúde de Erechim/RS. **Revista de Gestão e Secretariado – GeSec**, v. 15, n. 9, p. 01-17, 2024. São José dos Pinhais, Paraná, Brasil.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatórios de Desenvolvimento Humano**. 2020. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/indicators/137506>. Acesso em: 21 jan. 2024.

RODRIGUES, D. P. *et al.* Envelhecimento populacional e suas implicações para o cuidado em saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. 91-106, 2020.

RUMACK, C. *et al.* **Ultrassom diagnóstico**. Ciências da Saúde da Elsevier, 2017.

SANGALETI, C. T. *et al.* Polypharmacy, potentially inappropriate medications and associated factors among older adults with hypertension in primary care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220785, 2023.

SANGLARD, C. **Política nacional de saúde da pessoa idosa: discutindo fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade de idosos de uma estratégia da família de Manhaçu/MG**. 2019. 103 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória-ES, 2019.

SANTANA, B. DE S. *et al.* Arterial hypertension in the elderly accompanied in primary care: profile and associated factors. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180322, 2019.

SANTOS, L. **Identidade Quilombola: o olhar dos alunos, pais e professores sobre as escolas quilombolas do ensino fundamental em Presidente Kennedy - ES**. Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação. Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus/ES, 2020.

SANTOS, V. C. G.; ABREU, D. M. X. O envelhecimento populacional como desafio para a saúde pública brasileira: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 186-190, 2020.



SCANDIANI, K. M.; SILVA, M. C. P. e; SOGAME, L. C. M. **Epidemiological transition, aging and physiotherapy**. Seven Editora, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/2675>. Acesso em: 22 set. 2024.

SILVA, A. C. V. R. et al. Efetividade do programa hiperdia na atenção primária em saúde: uma revisão da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 9, p. 1059–1066, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i9.6936. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6936>. Acesso em: 25 jun. 2024.

SILVA, A. G. DA. *et al.* Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1193–1206, abr. 2021.

SILVA, A. C. P.; HENRIQUES, B. O. **Prevalência de hipertensão arterial em Dores do Indaíá - MG: um estudo de caso realizado nas USF's do Município**. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Alto São Francisco, p. 16, 2021.

SILVA, L. S. L. da *et al.* Acesso de pessoas idosas quilombolas à unidade básica de saúde da família. **Revista de Gestão e Secretariado – GeSec**, São José dos Pinhais, v. 15, n. 9, p. 01-23, 2024.

SILVA, S. B. de O. **Perfil epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial de uma Unidade Básica do Município de Grajaú - Maranhão**. Universidade Estadual do Maranhão, p. 57, 2024. Disponível em: <https://repositorio.uema.br/handle/123456789/2942>. Acesso em: 6 out. 2024.

SILVEIRA, A. da SILVA *et al.* Desafios dos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) em relação ao envelhecimento humano, XXVII Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão, **Revista Anais Unicruz**, v. 13, n. 05, p. 1-13, 2022.

SILVERMAN, M. E.; SINGER, R. L. **Eletrocardiograma**. No *Manual de Dinâmica da Cleveland Clinic* (2ª ed.). Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Nova diretriz de hipertensão arterial traz mudanças no diagnóstico e tratamento**. 2020. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/br/post/nova-diretriz-de-hipertensao-arterial-traz-mudancas-no-diagnostico-e-tratamento>. Acesso em: 20 jul. 2024.

SOUZA, B. O. **Aquilombar-se: panorama sobre o Movimento Quilombola Brasileiro**. 1ª ed. p. 35 – Curitiba. Revista Appris, 2016.

STOPA, S. R. *et al.* Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 22, n. 05, p. 01-14, dez. 2019.

SUDMAN, S.; BRADBURN, N. M. **Fazendo perguntas: um guia prático para a concepção de questionários**. Jossey-Bass, 1982.

SUZANA, R. G. *et al.* Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Vitória – ES. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 26, n. 1, 2021. DOI: 10.22456/2316-2171.102314. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/102314>. Acesso em: 6 out. 2024.

VALADÃO, M. S. C. **Pacientes Acompanhados no Programa Hiperdia: A importância da Equipe Multidisciplinar na Atenção Básica**. Dissertação apresentada ao curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Ceará, 2018.

VALADARES, C. B. *et al.* Promoção da Adesão ao programa HIPERDIA em unidade do programa saúde da família em município do Nordeste brasileiro. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 31, n. 1, p. 19-25, 2020.

VALE, P. R. L. F. *et al.* Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. **Rev. APS**, v. 22, n. 2, p. 479-490, 2019.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.

VEGI, A. S. F. *et al.* Caminhabilidade e envelhecimento saudável: uma proposta de análise para cidades brasileiras de pequeno e médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-15, 13 mar. 2020.

VIEIRA, J. L. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em idosos no Município de Mossoró/RN. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 77861-77873, 2021.

WANG, S. *et al.* Association of social isolation and loneliness with the risk of hypertension in middle aged and older adults: Findings from a national representative longitudinal survey, **Journal of Affective Disorders**, v.349, p.377-582, 2024.

WHELTON, P. K., *et al.* Diretriz para a Prevenção, Detecção, Avaliação e Manejo da Pressão Arterial Elevada em Adultos: Um Relatório da Força-Tarefa do Colégio Americano de Cardiologia/Associação Americana do Coração sobre Diretrizes de Prática Clínica. **Hipertensão**, v. 71, n. 6, p. 13-e115, 2018.

ZANOTELLI, C. L.; DOTA, E. M. A questão da desigualdade territorial municipal no Espírito Santo face à pandemia do coronavírus e a importância da existência de um Estado de bem-estar social em defesa da sociedade. **Espaço e Economia [Online]**, 17, 2020, posto online no dia 06 abr. 2020, consultado em 17 jul. 2024. URL: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/10207>; DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10207>.

ZHOU, B. *et al.* Tendências mundiais da pressão arterial de 1975 a 2015: uma análise conjunta de 1479 estudos de medição de base populacional com 19,1 milhões de participantes. **The Lancet**, v. 389, p. 37–55, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5220163/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

ZIMMERMANN, A. S. et al. **Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento.** In *Envelhecimento, Saúde e Qualidade de Vida*, Editora Rubio, p. 46-78, 2020.

**APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS**

Número de cadastro: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Etnia: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Indígena ( ) Amarelo

Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Outro \_\_\_\_\_

Filhos: ( ) Não ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Primário ( ) Fundamental ( ) Médio

( ) Técnico ( ) Superior

Em Anos: \_\_\_\_\_

Aposentado: ( ) Não ( ) Sim

Pensionista: ( ) Não ( ) Sim

Trabalha: ( ) Não ( ) Sim Profissão: \_\_\_\_\_

Mora sozinho: ( ) Não ( ) Sim

Qtd. Moradores: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Mais de 6

Resid. Multigeracional: ( ) Não ( ) Sim

Possui plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim

**HÁBITOS DE VIDA**

Está fumante? ( ) Não ( ) Sim

Faz uso de álcool? ( ) Não ( ) Sim

Faz uso de outras drogas? ( ) Não ( ) Sim

Participa de algum grupo comunitário? ( ) Não ( ) Sim

**DESFECHO DA PESQUISA**

Hipertensão? ( ) Não ( ) Sim

Data da última aferição: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Medidas: \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE VIDA EM IDOSOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY/ES: DISCUTINDO FATORES RELACIONADOS A HIPERTENSÃO

**Pesquisador:** Cláudia Pereira Alves Rangel

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 76037023.8.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.673.267

#### Apresentação do Projeto:

Segundo o autor, o presente estudo trata-se de uma pesquisa explicativa quantitativa transversal, com coleta retrospectiva. Pretende verificar quais os fatores referentes às características sociodemográficas e hábitos de vida podem ser associadas à prevalência de hipertensão em idosos residentes em uma comunidade quilombola no município de Presidente Kennedy/ES.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar as características sociodemográficas e os hábitos de vida que podem estar associadas à hipertensão arterial em idosos residentes em uma comunidade quilombola no município de Presidente Kennedy/ES.

Objetivo Secundário:

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos idosos residentes em uma comunidade quilombola de Presidente Kennedy/ES quanto idade, sexo, escolaridade, situação no mercado de trabalho, residência multigeracional, e existência de plano de saúde;
- b) Identificar os hábitos de vida quanto fumo, etilismo, participação de grupo comunitário e uso de outras drogas em idosos residentes em uma comunidade quilombola no município de Presidente Kennedy/ES;

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

**Bairro:** Bairro Santa Luiza

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.673.267

- c) Verificar a prevalência de hipertensão em idosos residentes em uma comunidade quilombola no município de Presidente Kennedy/ES, bem como os medicamentos utilizados para o tratamento;
- d) Associar as características sociodemográficas, hábitos de vida com a hipertensão em idosos residentes em uma comunidade quilombola no município de Presidente Kennedy/ES.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A forma de como o estudo será realizado apresentará um risco mínimo ao participante de pesquisa, uma vez que os dados serão analisados de forma anônima e os resultados serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação dos participantes de pesquisa. Ademais, o sistema MvSigss é protegido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e isso faz com que todos os usuários do sistema estão devidamente protegidos pelas legislações. Em todas as etapas do estudo serão respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade do pesquisador responsável durante o período do estudo.

**Benefícios:**

A presente pesquisa dará uma contribuição para a saúde pública, pois, o estudo pode gerar informações valiosas sobre a saúde da população idosa quilombola, ajudando a entender as necessidades de saúde específicas desse grupo. A pesquisa pode ajudar a promover a equidade em saúde, garantindo que as comunidades quilombolas tenham acesso a cuidados de saúde adequados, e, conhecimento científico a medida que o estudo pode contribuir para a compreensão das dinâmicas da hipertensão em populações específicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador atendeu a solicitação do CEP, incluindo TCLE para os participantes, estando assim o projeto adequado à legislação vigente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos adequados.

**Recomendações:**

Aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190  
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.673.267

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2245250.pdf	09/02/2024 16:52:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/02/2024 16:51:52	Cláudia Pereira Alves Rangel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	09/02/2024 16:50:04	Cláudia Pereira Alves Rangel	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2245250.pdf	09/02/2024 08:50:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	08/02/2024 19:30:57	Cláudia Pereira Alves Rangel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	08/02/2024 19:30:57	Cláudia Pereira Alves Rangel	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/02/2024 19:26:25	Cláudia Pereira Alves Rangel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/02/2024 19:26:25	Cláudia Pereira Alves Rangel	Postado
Outros	Carta_anuencia.pdf	06/12/2023 21:14:44	Cláudia Pereira Alves Rangel	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	24/11/2023 16:08:55	Cláudia Pereira Alves Rangel	Aceito

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

**Bairro:** Bairro Santa Luiza

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.673.267

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 27 de Fevereiro de 2024

---

**Assinado por:**  
rubens josé loureiro  
(Coordenador(a))

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

**Bairro:** Bairro Santa Luiza

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br



## ANEXO B – FICHA A


**QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE**

<b>CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b>		<b>SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?</b>	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAHADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): _____	
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE			
1- QUAL? _____		2- QUAL? _____	
		3- QUAL? _____	
<b>CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA</b>			
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): _____	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	

Legenda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
 Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.  
 FA: Fora de Área  
 \* Campo obrigatório  
 \*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

2 / 2

C/4-SUS A6 v.21

	<b>CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL</b>		DIGITADO POR:	DATA:
			CONFERIDO:	FOLHA: -

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
----------------------	------	-------	------	-------

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		
CEP*	MUNICÍPIO*	UF*
BAIRRO*	TIPO DE LOGRADOURO*	NOME DO LOGRADOURO*
NÚMERO*: <input type="radio"/> SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:
		MICROÁREA* <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> FA

TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO
<input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> FA	TEL. RESIDÊNCIA: ( )
	TEL. CONTATO: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Possesiro <input type="radio"/> Arrendatário(a)
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Sistema <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Fluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(ES)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros	


FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura \_\_\_\_\_

		<h2 style="margin: 0;">CADASTRO INDIVIDUAL</h2>		DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____
				CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* ____/____/____
----------------------	------	-------	------	-------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*	SEXO:*
RACA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Etnia:** _____			
NR NIS (PS/PASEP): _____			
NOME COMPLETO DA MÃE*: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI*: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE*: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** _____	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____		DATA DE NATURALIZAÇÃO:** ____/____/____	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____	
TELEFONE CELULAR: ( ) _____		E-MAIL: _____	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Entesado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sobrinho(a) <input type="radio"/> Irmão/irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO: _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Curso de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª e 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móveis etc.) <input type="radio"/> Nenhum
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro	
FREQUENTA CIDADÃO TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transsexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transsexual <input type="radio"/> Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física
--	---	--

SABÊ DO CIDADÃO DO CADASTRO	
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** ____/____/____ Número da DO: _____

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, pozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

1/2

G4-SUS AB v21