



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE II
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RISCO CARDIOVASCULAR E ADESÃO
TERAPÊUTICA DE PESSOAS HIPERTENSAS RESIDENTES EM
COMUNIDADE QUILOMBOLA**

RANDSON SOUZA ROSA

JEQUIÉ - BA

2018

RANDSON SOUZA ROSA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RISCO CARDIOVASCULAR E ADESÃO
TERAPÊUTICA DE PESSOAS HIPERTENSAS RESIDENTES EM
COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, após apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Orientador(a): Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Linha de Pesquisa: Família em Seu Ciclo Vital

JEQUIÉ - BA

2018

R788a Rosa, Randson Souza.

Avaliação clínica do risco cardiovascular e adesão terapêutica de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola / Randson Souza Rosa.- Jequié, 2018.

118f.

(Dissertação (mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Rita Narriman Silva de Oliveira Boery)

ROSA, Randson Souza AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RISCO
CARDIOVASCULAR E ADESÃO TERAPÊUTICA DE PESSOAS
HIPERTENSAS RESIDENTES EM COMUNIDADE QUILOMBOLA 2018.
[Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Prof. Dr.ª Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Orientadora e presidente da banca examinadora

Ana Angélica Leal Barbosa

Prof. Dr. Ana Angélica Leal Barbosa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade

Jorge Costa do Nascimento

Prof. Dr. Jorge Costa do Nascimento

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Formação de Professores

DATA DE APROVAÇÃO: 28/08/2018

JEQUIÉ - BA

2018

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa ao autor da vida

“(...) Dono de toda ciência, sabedoria e poder”.

“(...) Ninguém explica Deus”.

(Clovis Pinho).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais **Reniel Cortes Rosa** e **Maricelma Souza Rosa** por terem sido meus maiores mestres, que me conduziram desde o princípio a trilhar sempre por caminhos retos, com muita dedicação e carinho.

À minha querida irmã **Bruna Rosa**, minha tia **Leide** e minha prima **Naisla** por sempre me incentivarem a trilhar por caminhos desafiadores.

À todos os meus familiares que sempre torceram pelo meu sucesso, em especial a minha avó **Rosilda Cortes!**

À Professora **Dr^a PhD. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery** e o professor **Dr. Eduardo Nagib Boery** pelas orientações, incentivos, críticas e sugestões. Juntos vocês cumprem os verdadeiros princípios fundamentais da enfermagem, sempre “comprometidos com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade” (COFEN, 2007).

À Doutoranda **Jaine Kanery da Silva** pela supervisão e apoio com maestria do início ao fim dessa pesquisa.

Ao Doutorando **Ícaro José Ribeiro** pela colaboração nas análises estatísticas robustas e sem vieses de confundimento.

À professora **Dr^a Ivanete Fernandes do Prado** pelos incentivos nos primeiros passos da pesquisa científica.

Ao doutor **José Ailton Oliveira Carneiro** pelas relevantes contribuições científicas durante a qualificação.

Aos doutores **Jorge Costa do Nascimento** e **Ana Angélica Leal Barbosa** pelas sugestões científicas.

Aos meus velhos amigos do peito **Jorge Lucas Fonseca, Frank Evilácio Guimarães** e companhia limitada pelo apoio incondicional sempre.

Aos amigos os quais tive a oportunidade de conhecê-los na minha pequena trajetória na UESB, em especial a **Sávio Moreira, Cristian Bezerra, José Amorim** e **Edison Vitório** pelo apoio em todos os momentos.

Ao meu **grupo jovem** da igreja, mais conhecido pelo nome “panelinha” pelo apoio irrestrito.

Aos estudantes de iniciação científica do **Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida** e demais estudantes pelo apoio extraordinário durante a coleta.

Ao **Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida** pelos ensinamentos científicos que me proporcionaram aplicá-los à vida. “Ensinar é viver”.

Aos **hipertensos** que aceitaram participar da pesquisa.

À todos os funcionários (**enfermeira, médico, recepcionistas, ACS, zelador e porteiro**) da USF Odorico Mota pelo profissionalismo dedicado às pessoas, famílias e comunidade.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié** pelo apoio na realização dos exames laboratoriais das pessoas hipertensas, em especial à enfermeira **Roseli Ribeiro** e ao farmacêutico **Clímaco Franco**, sem vocês nada seria possível.

À todos colegas da minha turma de mestrado pelos ensinamentos e aprendizados compartilhados, em especial aos meus quase xarás **Rudson Damasceno** e **Uanderson Pirôpo**, e companhia: **Diego Andrade, Diego Pires.**

A minha cachorrinha "**Melzinha**" pelas longas caminhadas nos momentos de estresse.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia pela concessão de bolsa.

Por fim, e não menos importante, agradeço a todos os **mestres da Universidade do Estado da Bahia - Campus XII** e do **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde** pelos vários conhecimentos adquiridos enquanto discente. Profissionais estes que exercem suas funções quebrando paradigmas e construindo sonhos. Certa vez, Guimarães Rosa declarou a seguinte máxima "**É junto dos bão que a gente fica mió**".

Eis aqui meus sinceros agradecimentos!!

*“Sobre tudo o que se deve guardar, guarda o teu coração, porque dele procedem as fontes da vida”.
(Provérbios 4:23)*

ROSA, Randson Souza. **AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RISCO CARDIOVASCULAR E ADESÃO TERAPÊUTICA DE PESSOAS HIPERTENSAS RESIDENTES EM COMUNIDADE QUILOMBOLA**. 2018. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA.

RESUMO

Os fatores associados ao risco cardiovascular são eixos temáticos de ampla magnitude na sociedade moderna e repercutem sobre as necessidades de saúde de populações específicas, traduzindo-se como primeiro passo para prevenir e controlar os efeitos deletérios sobre a saúde cardiovascular de pessoas em vulnerabilidade social. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo geral: avaliar o risco cardiovascular e a adesão terapêutica de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola. E, como objetivos específicos: caracterizar os aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, familiares e terapêuticos no cotidiano de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola; Analisar o risco cardiovascular e os fatores associados à saúde no contexto familiar de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola urbana; Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e fatores associados à saúde cardiovascular em pessoas hipertensas residentes em famílias de comunidade quilombola urbana. Trata-se de estudo epidemiológico, censitário, de delineamento transversal e de base comunitária. Utilizou-se na produção dos dados os seguintes instrumentos, Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde (APS), Escala de Adesão Terapêutica de Morisky e o Escore de risco de Framingham – ERF. Os dados foram analisados através da estatística descritiva inferencial e de regressão, sob o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 21.0. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, sob parecer nº: 2.015.327 e CAAE nº: 66705617.2.0000.5578. Os resultados foram dispostos em forma de 2 manuscritos, risco cardiovascular e fatores associados à saúde de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola: um estudo multi-étnico; e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola. Conclui-se que o impacto clínico do risco cardiovascular na saúde das pessoas quilombolas hipertensas pode trazer desfechos clínicos severos, que podem levar à morte ou sequelas rigorosas para essa pessoa. Conhecer o risco cardiovascular pode melhorar as condições de saúde e contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão Arterial Sistêmica; Adesão; Terapêutica; Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ROSA, Randson Souza. **CLINICAL EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK AND THERAPEUTIC ADHESION OF HYPERTENSIVE PEOPLE RESIDENT IN THE DESCENDANTS OF BLACK SLAVES COMMUNITY**. 2018. [Master's Dissertation]. Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia - UESB. Jequié-BA.

ABSTRACT

The factors associated with cardiovascular risk are broad-based thematic axes in modern society and have repercussions on the health needs of specific populations, being translated as a first step to prevent and control the deleterious effects on the cardiovascular health of people in vulnerability. In this sense, this study has as the general objective: to evaluate the cardiovascular risk and the therapeutic adherence of hypertensive people living in the descendants of black slaves community. And, as specific objectives: characterize the clinical, epidemiological, social, family and therapeutic aspects in the daily life of hypertensive people in the descendants of black slaves community; To analyze cardiology vascular risk and health-related factors in the family context of hypertensive people living in the descendants of black slaves community; To analyze adherence to drug treatment and factors associated with cardiovascular health in hypertensive individuals living in the descendants of black slaves community families. This is an epidemiological, census-based, cross-sectional and community-based study. The following instruments were used to produce the data: Systemic Arterial Hypertension in Primary Health Care (PHC), Morisky Therapeutic Adhesion and the Framingham Risk Score - ERF. The data were analyzed through descriptive and inferential statistics, under the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 21.0. The research was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Independent Faculty of the Northeast - FAINOR, under opinion n°: 2,015,327 and CAAE n°: 66705617.2.0000.5578. The results were arranged in the form of 2 manuscripts, cardiology vascular risk and factors associated with the health of hypertensive people living in the descendants of black slaves community: a multiethnic study; and factors associated with adherence to the drug treatment of hypertensive people living in the descendants of black slaves community. It is concluded that the clinical impact of cardiology vascular risk on the health of hypertensive descendants of black slaves people can bring severe clinical outcomes, which can lead to death or severe sequelae for this person. Knowing the cardiology vascular risk can improve health conditions and contribute to the improvement of their quality of life.

Palavras-chave: Cardiovascular Diseases; Systemic Arterial Hypertension; Accession; Therapy; Group with Ancestors of the African Continent

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1. Características sociodemográficas de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola, segundo a estratificação risco cardiovascular. Jequié, 2018.

Tabela 2. Fatores associados às condições de saúde de pessoas hipertensas em comunidade quilombola, segundo a estratificação do risco cardiovascular. Jequié, 2018

Tabela 3. Odds ratio (OR) e intervalo de confiança 95% bruto e ajustado para o modelo final de regressão.

MANUSCRITO 2

Tabela 1. Características sociodemográficas de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola em relação à adesão farmacológica. Jequié, BA, Brasil, 2018.

Tabela 2. Aspectos de saúde de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola em relação à adesão farmacológica. Jequié, BA, Brasil, 2018.

Tabela 3 - Coeficiente de regressão β com e sem ajuste, e intervalo de confiança 95% de modelo final de regressão para adesão farmacológica. Jequié, BA, Brasil, 2018.

LISTA DE FIGURAS

MANUSCRITO 1

Figura 1. Frequência das questões ligadas ao contexto familiar no tratamento da hipertensão arterial. Jequié, 2018.

MANUSCRITO 2

Figura 1. Mediana e intervalo interquartil da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) entre indivíduos aderentes e não aderentes. Jequié, 2018.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Encefálico
CC	Circunferência da Cintura
CE	Consulta de Enfermagem
CP	Consulta Pública
CT-	Colesterol total sérico
DAC-	Doença arterial coronária
DCNT-	Doenças Crônicas não transmissíveis
DCV-	Doença Cardiovascular
DCVs-	Doenças Cardiovasculares
DM-	Diabetes Mellitus
ERF-	Escore de Risco de Framingham
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
FAINOR-	Faculdade Independente do Nordeste
FCP-	Fundação Cultural Palmares
FR-	Fator de Risco
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-	High-density lipoprotein
IAM-	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC-	Índice de Massa Corporal
LDL-	Low-density lipoprotein
LOA	Lesões de órgão-alvo
MMAS-8	Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky
NECP	National Cholesterol Education Program
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PA-	Pressão Arterial
PAD-	Pressão Arterial Diastólica
PAS-	Pressão Arterial Sistólica
PNS-	Pesquisa Nacional de Saúde
RCV-	Risco Cardiovascular
SBC-	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH-	Sociedade Brasileira de Hipertensão
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG-	Triglicerídeos
WHO-	World Health Organization
SBE-	Saúde Baseada em Evidências
SPSS-	Statistical Package for Social Sciences

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 GERAL	18
1.2.2 ESPECÍFICO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Avaliação Clínica em Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	19
2.2 Determinação dos Fatores Associados ao Risco Cardiovascular	20
2.3 Aspectos Clínicos, Epidemiológicos e Terapêuticos da Hipertensão Arterial	26
2.4 Aspectos Culturais e Epidemiológicos da Hipertensão em Comunidades Quilombolas	27
2.5 Influência da Família na Adesão Terapêutica de Pessoas Hipertensas	31
3 METODOLOGIA	34
3.1 Delineamento do estudo	34
3.2 Local e período do estudo	34
3.3 População e amostra	36
3.4 Instrumentos e procedimentos para produção dos dados	38
3.4.1 Instrumentos	38
3.4.2 Treinamento de campo	39
3.4.3 Coleta de dados	39
3.4.4 Variáveis do estudo	43
3.4.5 Processamento e análise dos dados	44
3.4.6 Aspectos éticos da pesquisa	44
4 RESULTADOS	45
4.1 Manuscrito 1: Risco cardiovascular e fatores associados à saúde de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola: um estudo multi-étnico	46
4.2 Manuscrito 2: Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
APÊNDICE	112
ANEXO	102

1 INTRODUÇÃO

A revolução tecnológica e industrial trouxe no decorrer dos últimos anos consequências econômicas e sociais, que corroboraram significativamente na mudança do perfil epidemiológico da população mundial. Com isso, notou-se um grande predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com alto potencial de mortalidade e invalidez, que por sua vez, geram gastos onerosos para o sistema de saúde e previdenciário, assim como para as famílias e as pessoas com tais enfermidades (BRASIL, 2006a).

Nos últimos anos as doenças cardiovasculares (DCV), que integram as DCNT, assumiram uma posição de destaque no perfil de morbimortalidade na população mundial, sendo que no Brasil seu crescimento exponencial em números de prevalência tem engajado o sistema de saúde no desenvolvimento de ações a fim de controlar e prevenir os fatores de risco para este grupo de doença (RIBEIRO *et al.*, 2012). Para tanto, é necessário a identificação dos fatores de risco associados às DCV, sendo eles classificados como: modificáveis e não modificáveis. Os fatores de riscos modificáveis incluem dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, sedentarismo, má alimentação, estresse, uso de contraceptivos; já a classe dos não modificáveis inclui história familiar de DCV, idade, sexo e raça (SMELTZER; BARE, 2009; RAMOS, 2015).

Dentre as DCV, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se como o principal fator de risco (FR) modificável com grande relevância para a saúde pública, pois apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle. A elevação linear, contínua e independente da PA a partir de 175/115 mmHg têm repercussão no aumento progressivo da mortalidade por DCV, e incluem complicações como AVC e o infarto do miocárdio (SBH, 2006a; MALACHIAS *et al.*, 2010). Estima-se que a cada ano 7,6 milhões de pessoas venham a óbito devido à hipertensão arterial sistêmica (HAS) no mundo, ao passo que no Brasil cerca de 80% das pessoas morrem devido à mesma patologia, afetando mais de 30 milhões de brasileiros, sendo que metade das vítimas encontra-se na faixa etária de 45 a 69 anos (MALACHIAS *et al.*, 2010).

O aumento das taxas de prevalência da HAS tem relação direta com a expansão populacional, envelhecimento e exposição constante à fatores de risco comportamentais, tais como: dieta não saudável, uso abusivo de álcool e tabaco, inatividade física, excesso de peso e obesidade, hipercolesterolemia, diabetes mellitus e estresse. Além dos determinantes sociais da saúde representados pela renda, educação e habitação, também considerados como fatores associados à HAS, os quais interagem entre si de forma sinérgica com o aumento da

probabilidade de desenvolver infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e sequelas renais (WHO, 2013).

A “Pesquisa Nacional de Saúde” - (PNS) traz dados importantes com relação à hipertensão, onde se pode notar entre as pessoas que se autodenominavam “hipertensas”, 80% dos entrevistados faziam uso de medicamentos, sendo que um terço dessas pessoas diagnosticadas com pressão arterial elevada possuía acesso livre aos medicamentos terapêuticos anti-hipertensivos, sendo evidenciadas disparidades de comportamento entre homens e mulheres com relação ao acesso às consultas médicas e uso racional de medicamentos (LOTUFO, 2015a).

Pesquisadores distinguem que a hipertensão arterial tende a ser mais severa na população negra do que em outros grupos e associam-se às questões genéticas, socioeconômicas e culturais, uma vez que muitos desses negros se concentram em regiões mais afastadas, localizadas nas periferias das grandes cidades, os quais representam espaços carentes de políticas públicas que contribuem para o aumento do adoecimento crônico dessa parcela da população (NASCIMENTO; SARDINHA; PEREIRA, 2012). Esta situação agrava-se em países em desenvolvimento, como no Brasil, que representa a segunda maior nação negra do mundo, com 50,7% da população formada por pretos e pardos, na sua maioria concentrada no Norte e Nordeste (IBGE, 2011). Essa população vive em condições de vulnerabilidade (BEZERRA, 2013), apresenta risco aumentado de morte em ambos os sexos, e as causas transmissíveis de saúde e não transmissíveis, também, fazem parte dessa estatística (BATISTA; WERNECK; MULLER, 2012).

Nessa ótica, o Brasil tem apresentado índices de controle da HAS insatisfatórios, que podem estar relacionados à escolha ineficaz do tratamento, ou a pouca, ou a nenhuma adesão ao mesmo (PINHO; PIERIN, 2013). Cabe, ainda, ressaltar que a não adesão terapêutica contribui com o desenvolvimento de eventos cardiovasculares (OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2012). Portanto, é importante conhecer os fatores que interferem na adesão terapêutica dessas pessoas, como as suas características e necessidades de saúde, os aspectos sociais e econômicos, desconhecidos de maneira geral pela equipe de trabalho que atua na atenção primária à saúde. Esses dados permitem um acompanhamento contínuo e repercussão satisfatória dos níveis pressóricos, que são afetados pelas características descritas (TAVEIRA; PIERIN, 2007; PINHO; PIERIN, 2013).

Nesse contexto o apoio familiar tem-se revelado como uma importante estratégia na adesão terapêutica das pessoas hipertensas e favorece a manutenção das medidas de controle e prevenção da HAS (LOPES; MARCON, 2009). Em face desse aspecto, o núcleo familiar tem

assumido competências importantes no desenvolvimento de cuidados primários à saúde com seus familiares, os que vivenciam o adoecimento crônico, sendo responsável pela continuidade do cuidado até o acometimento de suas complicações clínicas (MARCON; RADOVANOVIC; WAIDMAN *et al*, 2005).

O controle das DCNT, como a HAS, influencia positivamente a vidas das pessoas de forma individual e coletiva. Por outro lado, o descontrole tende a afetar negativamente, pois promove o aumento da pobreza ao favorecer a diminuição do poder aquisitivo dos indivíduos, implicando na indisponibilidade de recursos das famílias. Em vista disso, os custos com tratamento das DCNT têm sido divulgados em diferentes países do mundo, e é possível observar famílias vulneráveis, repletas de dívidas, empobrecidas e sobrecarregadas de doenças (GOULART, 2011).

Estudos conduzidos por pesquisadores da área demonstram que a hipertensão arterial em adultos brasileiros alcança patamares que necessitam de intervenções imediatas de saúde pública, e enfatizam que pesquisas de prevalência da hipertensão devem priorizar as áreas do país onde a informação ainda não conseguiu alcançar e deve focalizar na prevenção, no conhecimento, no tratamento e controle dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, levando-se em consideração uma abordagem global na atenção à saúde (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Famílias de comunidades remanescentes de quilombos, compostas por pessoas negras e pardas, representam um grupo de vulnerabilidade em saúde, com desigualdades econômicas, sociais e étnico-raciais. Essa população possui baixos indicadores de saúde que podem comprometer a sua saúde e qualidade de vida. A ineficiência da gestão de saúde individual, coletiva e dos serviços de saúde, geram impactos na prevalência e incidência de DCNT, como a HAS, que quando não tratada adequadamente pode evoluir para o acometimento de eventos cardiovasculares futuros. Dessa maneira, esta situação de risco e adoecimento crônico na saúde cardiovascular na população quilombola requer uma atenção especial dos profissionais de saúde e de autoridades da saúde pública, além do apoio e participação familiar.

A maioria das comunidades de remanescentes de quilombos ocupa situações de extrema precariedade, e como muitas, ainda, nem foram certificadas, tal situação dificulta a introdução de ações de políticas públicas ou afirmativas, que sejam desenvolvidas no âmbito da saúde, educação ou infraestrutura (MELO, 2015). Acredita-se que no Brasil existam mais de 1 milhão de quilombolas, conforme dados estimados pelo Programa Brasil Quilombola, muitos ainda habitando em áreas rurais, vivendo em condições precárias, sendo amparados

por algum tipo de auxílio do governo federal, como o bolsa família, e muitos apresentam pouca ou nenhuma instrução escolar (BRASIL, 2012).

A saúde de quilombolas é um assunto em evidência que necessita ainda de amplas discussões para se alcançar avanços significativos para essa população, sendo que, as pesquisas científicas têm destacado as disparidades existentes no âmbito da atenção à saúde no Brasil, que por sua vez, requer uma atuação social e profissional para mudar o curso desta realidade (FREITAS, 2011).

Sob esta perspectiva neste cenário, a clínica ampliada, surge como uma ferramenta capaz de auxiliar os profissionais de saúde a estimular a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade, tendo como meta a produção de saúde, pondo em ação a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela, bem como, a construção de vínculo entre profissionais e usuários e no estabelecimento de práticas terapêuticas eficazes, tendo a coparticipação dos gestores e usuários, com enfoque na vulnerabilidade nos mais diversos contextos e na compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 2006b).

A partir das considerações feitas a respeito dos aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, familiares, educacionais, econômicos, culturais e terapêuticos da HAS, bem como a contextualização das comunidades de remanescentes de quilombos a fim de guiar o desenvolvimento desta pesquisa, emergiram as seguintes questões norteadoras: Quais os fatores associados à hipertensão podem influenciar no risco cardiovascular de pessoas quilombolas hipertensas? Qual a associação da adesão medicamentosa e o controle da pressão arterial com o risco cardiovascular? Quais são os aspectos familiares envolvidos na adesão terapêutica?

Destarte, ao avaliarmos os aspectos que envolvem a compreensão ampliada do processo saúde-doença, nas pessoas quilombolas hipertensas, que vivem em família, este estudo poderá contribuir tanto para o conhecimento do perfil demográfico e epidemiológico desse grupo, quanto para o conhecimento das condições de saúde desta população. Pode-se aduzir, nesta perspectiva, que a avaliação clínica ampliada dos fatores associados ao risco cardiovascular poderá sinalizar dados importantes aos profissionais da saúde para que possam estabelecer intervenções, com medidas de prevenção e/ou controle do risco cardiovascular e de adesão terapêutica. Assim, como, implementar cuidados primários à saúde em consonância com as políticas e programas de saúde pública, que priorizem as necessidades de saúde mais frequentes nas famílias da comunidade local.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GERAL

Avaliar o risco cardiovascular e a adesão terapêutica de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola.

1.2.2 ESPECÍFICO

- Caracterizar os aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, familiares e terapêuticos no cotidiano das pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola;
- Analisar o risco cardiovascular e os fatores associados à saúde no contexto familiar de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola;
- Analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e fatores associados à saúde cardiovascular em pessoas hipertensas, residentes em famílias de comunidade quilombola urbana.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Avaliação Clínica em Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A avaliação clínica e a classificação do estado de saúde dos hipertensos, deve revelar dados clínicos de seus fatores de risco e co-morbidades associadas, bem como as lesões de órgãos alvos, sob a perspectiva de subsidiar à adesão terapêutica dos hipertensos de forma segura, e que garanta implementação de boas estratégias no controle da doença (ZILLI; FRANÇA, 2002). Ao avaliar um paciente hipertenso, deve-se conhecer inicialmente a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causas secundárias associadas à hipertensão arterial sistêmica (HAS), principalmente no tocante as lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas. Nesse processo de investigação deve-se incluir também a avaliação do risco cardiovascular (VII DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO, 2016).

Desse modo, vale destacar, algumas considerações importantes na consulta de enfermagem à pessoa hipertensa, principalmente, no tocante ao histórico e exame físico. Nesta etapa, ocorre a coleta de informações com a pessoa, à família e à comunidade, com vistas a conhecer as reais necessidades e identificar os problemas mais frequentes. Nesse sentido, deve-se focar, na identificação da pessoa, com seus aspectos: socioeconômicos, ocupacionais, habitacionais, educacionais, lazer, rede familiar, vulnerabilidade e engajamento para o autocuidado. Isso inclui também, os antecedentes familiares e pessoais, percepção das pessoas nos aspectos terapêuticos da doença (uso de medicamentos; tratamento e autocuidado), hábitos de vida (alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas), e outros fatores de risco, como, por exemplo: diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse. Durante a realização do exame físico, as medidas antropométricas como altura, peso, circunferência abdominal e IMC devem também ser aferidas, assim como a medição da pressão arterial (BRASIL, 2013).

No cumprimento das etapas subsequentes da consulta de enfermagem, faz-se necessário conhecer às necessidades de cuidado e os problemas de saúde das pessoas hipertensas, com vistas a subsidiar o plano assistencial, que tem como premissa, prevenir e intervir nos problemas identificados nas etapas avaliadas anteriormente, dando ênfase no processo de cuidados à doença e ao processo de envelhecimento, incentivando mudanças de hábitos não saudáveis, e encorajando o uso de medicamentos diante dos seus aspectos referentes à posologia. Deve-se também atentar para solicitação e avaliação de exames preconizados no protocolo assistencial vigente no local, e envolver outros profissionais de

saúde no diagnóstico e planejamento, ampliando, assim, o compartilhamento de condutas para além das competências da equipe de enfermagem. (BRASIL, 2013).

A CE deve ser realizada pelo enfermeiro, de forma independente e contextualizada, a fim de subsidiar condições para promoção da qualidade de vida dos usuários na rede atenção à saúde, enfocando suas competências técnicas nos aspectos que envolvem convívio humano, e garantindo o vínculo entre os indivíduos, família e comunidade (SANTOS, 2008). Nesse contexto, a avaliação assume uma posição de destaque, uma vez que não inclui somente condições para a determinação da terapêutica, mas também, possibilita a intervenção no curso dos fatores de riscos associado à doença, e diminuem o risco de complicações e agravamento. (LIMA; PORTELA; KOSTER *et al.*, 2009).

2.2 Determinação dos Fatores Associados ao Risco Cardiovascular

É consenso entre as evidências científicas que existe uma estreita aproximação do fatores associados à hipertensão com os fatores de risco para doença cardiovascular e suas complicações, uma vez que a hipertensão é considerada como uma importante coadjuvante nos eventos cardiovasculares (OLIVEIRA; SILVA; ALMEIDA *et al.*, 2008).

O desenvolvimento do conceito de fatores de risco ocorreu a partir de estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e na Europa, que demonstraram associações entre a incidência de doenças coronarianas com algumas condições clínicas, tais como inatividade física, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e diabetes. Cabe, ainda, ressaltar, respectivamente, outros conceitos de fatores que vieram a se somar posteriormente e tem sido amplamente aceitos nos dias atuais, a saber: dieta rica em gordura saturada, hereditariedade, condições psicossociais adversas e estresse. Vale destacar que não há uma obrigatoriedade na relação causal entre estes fatores de risco, ou seja, é possível existir o fator e não ocorrer o desenvolvimento da doença (ROSA, 2010).

O conceito da expressão “fatores de risco” (FR) tem sido amplamente divulgado nos dias atuais, e tem ganhando uma posição de destaque no campo das doenças cardiovasculares (DCV), sendo que muitas destas doenças podem ser entendidas pela presença de FR intrínsecos (idade, sexo, genética) ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo), bem como a presença de outros fatores predisponentes (PANSANI *et al.*, 2005).

A cronicidade da HAS alcança as pessoas em todas as faixas de idades, sobretudo, a partir dos 35 anos de idade e em idosos (MARAVELLI; DEL JUDICE; MATAVELLI *et al.*, 2014). Nos idosos a prevalências encontra-se entre 60% a 80%, problema cada vez mais

comum nesta faixa etária, sendo que os níveis da pressão arterial, geralmente, apresentam-se descontrolados (GAZONI; BRAGA; GUIMARÃES *et al.*, 2009).

A prevalência de hipertensão em mulheres e homens aprestam diferenças significativas. Assim sendo, a HAS em mulheres jovens apresenta-se inferior quando comparadas com os homens na mesma idade, mas a partir da quinta década os níveis tensionais se igualam, porém em idades mais avançadas esses parâmetros ultrapassam, e causam disparidades entre os sexos com relação os níveis de PA, pode ser atribuída a influencia da menopausa, pois é notório o aumento do risco cardiovascular em paralelo à hipertensão nesse período (SILVA; BORTOLOTTI, 2002).

A prevalência e a cronicidade da hipertensão em negros são muitos maiores do que a população geral, que por sua vez, está intimamente associado a fatores étnicos e/ ou socioeconômicos (BRASIL, 2006). A população negra das Américas apresentam algumas especificidades que se diferencia dos negros da população africana, o que por sua vez, contribui com aumento significativo da pressão sistólica e diastólica devido aos aspectos relacionados da raça que contribuem com aumento pressórico (LUNA, 2002). Muitos negros se concentram em regiões mais afastadas, localizadas nas periferias das grandes cidades, na maioria das vezes representam espaços carentes de políticas públicas que acaba contribuindo com o adoecimento desta parcela da população (NASCIMENTO; SARDINHA; PEREIRA, 2012).

Evidências científicas relacionadas à hipertensão, revelam que esta doença tende a ser mais severa na população negra do que em outros grupos e associa-se as questões genéticas, socioeconômicas e culturais (NASCIMENTO; SARDINHA; PEREIRA, 2012). Pessoas de cor/raça negra têm maior predisposição para desenvolver à hipertensão arterial sistêmica (HAS), e pode está associado aos seus aspectos genéticos, que promove um diferencial hereditário na capacitação celular de sódio e cálcio, sendo capaz de provocar um influxo celular de sódio e efluxo celular de cálcio, auxiliado por meio de um gen economizador de sódio, que por sua vez, confere um aumento progressivo dos níveis tensionais, sendo que estes mecanismos fisiopatogenéticos são capazes de desenvolver a HAS (CRUZ; LIMA, 1999). A historia de doenças cardiovasculares na família também está associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo, portanto, às vezes atribuídas a predisposição herdada ou familiar (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

A historia de DCV prematura na família amplia as discussões com relação a suscetibilidade genética, o que a caracteriza como importante fator de risco capaz de

influenciar diretamente no desenvolvimento de DCV ou afetar geneticamente alguns fatores de risco intermediários, como o colesterol (OFORI, 2015).

O sobrepeso e a obesidade vêm ocupando destaque nos problemas referentes à saúde pública, pois são responsáveis pelo desenvolvimento de fatores de risco como dislipidemias, diabetes e hipertensão arterial, que posteriormente contribuem como o acometimento das doenças cardiovasculares (FIGUEIREDO *et al.*, 2008). A obesidade e a HAS, apresentam associação entre si, seja da forma de relação de fator causal, na qual uma é a gênese da outra, sendo que ambas compartilham os mesmos aspectos patológicos (VANĚČKOVÁ; MALETÍNSKÁ; BEHULIAK *et al.*, 2014). Em Face deste aspecto, o excesso de peso tem associação com a pressão arterial, no que condiz com a elevação dos seus níveis tensionais, principalmente nas pessoas com predisposição genética (LOPES, 2014).

A fisiopatogênese da hipertensão envolve níveis limiares de consumo de sódio, e sua ação acontece independentemente da interação de outros fatores de riscos associados à hipertensão. Nesse sentido, a restrição do consumo moderado de sódio na dieta é um tratamento não farmacológico indicado às pessoas hipertensas, sendo baseado em consenso de organizações nacionais e internacionais (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014).

Os achados dos estudos epidemiológicos, tanto transversais quanto os longitudinais, tem estimado a correlação da ingestão do etanol com a gênese da hipertensão arterial, levando-se em conta os padrões de consumo e não considerando o tipo de bebida alcoólica (KLATSKY, 2004). As recomendações dos consensos quanto à quantidade a ser ingerida de álcool pelas pessoas hipertensas, nos alertam para um consumo de até dois drinques diários para homens e um drinque para mulheres, para que não consiga interferir nos padrões de normalidade da pressão arterial (SOUZA, 2014).

O sedentarismo ou inatividade física é considerado como um dos principais fatores associados ao risco cardiovascular, tal comportamento contribui com a gênese do sobrepeso, obesidade, aumento dos triglicerídeos, redução do HDL-colesterol, que por sua vez, aumenta a cintura abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, bem como o da hipertensão arterial, que acaba repercutindo no perfil de morbidade e mortalidade cardiovascular (AZIS, 2014). Pessoas sedentárias são mais susceptíveis a adquirir doenças cardiovasculares, pois apresentam risco aumentado e distúrbios metabólicos devido a falta de trabalho aeróbico e contração muscular (COELHO; BURINI, 2009).

As evidências científicas revelam que o menor nível socioeconômico, principalmente as pessoas de menor escolaridade, apresenta forte relação com a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, com possibilidade de complicações e mortalidade prematura (MARTIN,

GODOY, FRANCO *et al.*, 2014). Nesse contexto, o nível socioeconômico é representado pelos aspectos educacionais, ocupacionais e de renda que contribui com a sobrecarga de fatores associados ao risco cardiovascular e na redução da expectativa de vida devido ao acúmulo de doenças associadas (MARTIN; GODOY; FRANCO *et al.*, 2014).

O tabagismo representa um grave problema de saúde pública com ampla magnitude, sendo evidenciado pela alta prevalência de fumantes e da mortalidade associada ao tabaco. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem divulgando dados importantes quanto ao uso do tabaco. Estima-se que por ano morrem cerca de seis milhões de pessoas e em cada 10 mortes anuais de adultos sejam relacionados ao tabagismo, sendo que 10% das mortes por doenças cardiovasculares tem relação direta com o tabagismo (WHO, 2011). O tabaco tem forte relação com aumento do risco cardiovascular, sendo um dos agentes potenciais para o desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio, angina de peito, doença vascular periférica, acidente vascular encefálico ou morte súbita (AMB, 2013).

A dislipidemia é uma desordem de origem metabólica nos lipídios com elevação considerável de colesterol total (CT) sérico, redução da high-density lipoprotein (HDL), aumento da low-density lipoprotein (LDL) ou elevação isolada dos níveis séricos de triglicerídeos (TG) ou de modo associado (SPOSITO; CARAMELLI; FONSECA *et al.*, 2007). A presença da hipercolesterolemia tem relevância clínica, pois favorece a elevação da pressão arterial, e seu tratamento também contribui com o da hipertensão arterial, uma vez que promove reduções consideráveis nos níveis pressóricos (MARTINEZ; MURAD, 2014).

O diabetes é uma doença crônica de ampla magnitude na saúde pública, de origem fisiológica que se inicia por uma desordem no pâncreas quando não consegue produzir de forma eficaz o hormônio regulador do açúcar no sangue, também chamada de insulina. Aspectos fisiopatológicos dessa patologia têm chamado à atenção de líderes mundiais quando o objetivo é a intervenção. Esta, por sua vez, apresenta variados tipos que são capazes de ocasionar complicações de múltiplas origens no corpo, e, por conseguinte, aumentam o risco de morte prematura (WHO, 2016).

O Diabetes Mellitus tipo II estabelece relação direta com a pressão arterial de forma sistêmica e recíproca, ou seja, pode-se aventar, que as patologias quando não tratadas corretamente, ambas acabam possuindo as mesmas chances de evoluírem para o aparecimento da outra enfermidade (FRAGA; MARTINI-SANTOS; SEVERINO *et al.*, 2012). Estima-se que entre a HAS e o DM, há uma probabilidade de 50% de associação entre si, e ambas compartilham aspectos em comum, relacionadas à etiopatogenia (resistência à insulina e vascular periférica aumentada); fatores de risco (obesidade, dislipidemia e sedentarismo);

longo curso de cronicidade; difícil adesão ao tratamento e a presença de complicações, que exige o controle rigoroso (BRASIL, 2001a).

Estudos multi-éticos que envolvem aspectos culturais de importância etiológica, prevenção e controle do diabetes são importantes para elucidar as tendências das pesquisas epidemiológicas e norteador de programas de prevenção em diabetes e outras doenças crônicas associadas, sendo importante a participação de equipes multidisciplinares para explicar o processo de transição de acordo a tendência e a causa do aumento do diabetes (MBANYA, 2010).

Do ponto de vista fisiológico, o estresse envolve elevações repetidas dos níveis tensionais, devido a ativação do sistema nervoso simpático, que repercute no aumento da produção de vasoconstrictores, como a noradrenalina, que são essenciais para fisiopatogênese da hipertensão arterial. Vale destacar também, a angiotensina, substância resultante da ativação do sistema renina-angiotensina, que colabora com as alterações estruturais e funcionais dos vasos, que por sua vez, aumenta a resistência vascular total e da pressão arterial (LOPES, 2014).

Na prática clínica a determinação do risco cardiovascular (RCV), faz-se necessário primeiramente conhecer os fatores de risco que servirão para estimar o risco cardiovascular no paciente (BRASIL, 2010). O desconhecimento do nível de estratificação de alto risco das pessoas para doença arterial coronariana requer uma avaliação mais precisa para que se possam averiguar os riscos e os benefícios ao estabelecer uma intervenção na vida do paciente, seja por meio de medidas farmacológica ou de práticas de educação em saúde, uma vez que não existem muitos instrumentos capazes de estimar o risco cardiovascular, destes o mais conhecido é o Escore de risco de Framingham, sendo resultado de um importante estudo que utilizou variáveis importantes no seu desfecho (BRASIL, 2010).

O Estudo de Framingham iniciou-se há mais de 50 anos, na cidade de Framingham, Massachusetts, investigando inicialmente 5.209 habitantes, de ambos os sexos e sem doenças coronarianas confirmadas clinicamente. No entanto, as evidências científicas quanto os fatores de risco cardiovascular e seus fatores de desenvolvimento ainda poucos discutidos, seus resultados permitiram compreender preliminarmente os fatores associados ao risco cardiovascular (hipertensão arterial, colesterol elevado, tabagismo e história familiar de doença cardiovascular). No entanto, seus achados corroboraram com o desenvolvimento do escore de risco de Framingham, que ainda tem sido alvo de estudos até os dias atuais (ROSA, 2010).

Em 24 de setembro de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria CP n.15, que dispõe sobre o uso da avaliação do risco cardiovascular no cuidado de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo essa portaria, sabe-se que no Brasil, não há registros de estudos científicos de validação de método para estimar o risco cardiovascular para a população brasileira, então resolve:

“(…) dispor sobre o uso da avaliação do risco cardiovascular na atenção de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

“(…) os usuários devem ser avaliados de forma integral e criteriosa, considerando a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitos e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial”.

“(…) o risco cardiovascular será calculado a partir do Escore de Framingham para Doença Coronariana Aguda, conforme disposto no Anexo I desta portaria”.

“(…) o risco cardiovascular será classificado como baixo, intermediário ou alto, com base na probabilidade de ocorrência de morte por doença coronariana ou infarto agudo do miocárdio não fatal em 10 anos, conforme Anexo I desta portaria”.

“(…) é necessário garantir a oferta dos exames laboratoriais de dosagens de colesterol total e frações para o cálculo do escore de Framingham, conforme Anexo I desta portaria”.

“(…) Os demais pontos de atenção à saúde deverão também utilizar a avaliação do risco cardiovascular, definida nesta portaria, como critério para a organização de suas respectivas ações de cuidado” (BRASIL, 2012).

Frente a estas considerações, convencionou-se o uso do escore de Framingham na avaliação do risco cardiovascular durante a realização da consulta de enfermagem (BRASIL, 2013). A aplicabilidade do ERF pode propiciar a adoção de medidas mais eficazes, dentro do ponto de vista das práticas de intervenção preventiva (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY *et al.*, 2010). Nesse sentido, a enfermagem durante a realização da avaliação do risco cardiovascular, têm focalizado suas ações assistências no rastreamento dos fatores associados ao risco cardiovascular e no monitoramento de grupos em vulnerabilidade de saúde crônica, como os hipertensos, diabéticos, obesos e idosos em processo de envelhecimento (ROSA; MACÊDO; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

2.3 Aspectos Clínicos, Epidemiológicos e Terapêuticos da Hipertensão Arterial

Em um estudo de análise sistemática acerca das disparidades da prevalência de hipertensão na saúde global, destacou que a prevalência de hipertensão teve um aumento de 7,7% em países de média e baixa renda, entre os anos de 2000 a 2010, ao passo que nos países desenvolvidos a prevalência diminuiu cerca de 2,6 %. Estas porcentagens traduzidas em números ao longo de uma década, correspondem respectivamente, aumento da prevalência de 440,1 milhões em países em desenvolvimento em contrapartida com os países de alta renda, tiveram aumento de apenas 26,6 milhões (GIJSBERTS, 2015).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela permanência do aumento contínuo da pressão arterial (PA), que frequentemente envolve as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e metabólicas, e está associada à fatores de risco, como hereditariedade, idade, sexo, raça, sedentarismo, tabagismo, etilismo, alimentação e ingestão elevada de sal. Outros fatores também são evidenciados por envolver aspectos psicológicos associados com o estado emocional, níveis de colesterol e triglicérides elevados, obesidade e Diabetes Mellitus (DM), que em conjunto aumentam o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2006a; SBH, 2010; CARVALHO, 2013).

A prevalência da hipertensão arterial, no Brasil, se aproximar de 50%, sendo responsável por 40 % das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doenças coronarianas. O diagnóstico do indivíduo hipertenso é considerado quando a pressão arterial mensurada apresenta valores acima de 140x 90 mmHg (SBH, 2010).

A hipertensão é definida quando a pressão arterial sistólica (PAS) alcança valores acima de 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) atinge valores acima de 90 mmHg. Os índices limítrofes para PAS e PAD, são representados, respectivamente, pelos valores compreendidos entre 130 – 139 mmHg e 85 – 89 mmHg. A pressão arterial ótima, é classificada com valores inferiores a 120/80 mmHg (PIERIN et al., 2010). No entanto, o seu descontrole tem sido responsável pelo grande impacto clínico que incidem sobre as doenças cardiovasculares, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca (LESSA, 2006).

Nesse contexto, conhecer os mecanismos fisiopatológicos da hipertensão é importante para o desenvolvimento de novas alternativas terapêuticas e um tratamento farmacológico mais adequado ao tratamento. A regulação da pressão arterial (PA) é uma das funções fisiológicas mais complexas do organismo e necessita de conhecimentos dos mecanismos

normais de controle da PA, dos níveis de anormalidades que incidem na elevação da PA para níveis considerados patológicos. A HAS parece ter causa multifatorial para sua gênese e manutenção que acabam dependendo de ações associadas entre os sistemas cardiovasculares, renal, neural e endócrino (SANJULIANI, 2002).

Muitas pessoas desconhecem ser portadoras de HAS, principalmente, por ser uma doença inicialmente assintomática, e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiência renal (LOPES *et al.*, 2008). Em muitos casos, o diagnóstico precoce não ocorre, contudo é indispensável conhecer sua própria condição de hipertenso, sendo que a identificação e o acompanhamento pelos serviços de saúde é de fundamental importância, para que ocorra um adequado controle e manejo da pressão arterial elevada e de suas consequências (FIRMO; UCHÔA; LIMA-COSTA, 2004).

A HAS representa importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo presente em 69% dos pacientes acometidos com histórico de primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes acometidos com histórico de primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica, bem como em 60% com doença arterial periférica (ARONOW, 2012). Esta doença sistêmica atinge estruturas artérias e do miocárdio, que acaba por refletir na musculatura lisa vascular e na disfunção endotelial (BALDISSERA; CARVALHO & PELLOSO, 2009).

No Brasil, 50% dos hipertensos abandonam o tratamento proposto pelo médico logo no primeiro ano, e 17% após cinco anos, ainda continuam seguindo o tratamento médico (RAMOS, 2008). Muitos tendem a abandonar o tratamento quando conseguem controlar os níveis pressóricos e não associam este controle com o efeito contínuo do tratamento. No entanto, existem portadores de hipertensão que mesmo seguindo às medidas terapêuticas, ainda assim, podem apresentar resultados insatisfatórios em relação à redução nos níveis pressóricos que às vezes podem passar despercebidos pela ausência de sintomas (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2015).

2.4 Aspectos Culturais e Epidemiológicos da Hipertensão em Comunidades Quilombolas

A formação do Brasil sucedeu-se com a participação de várias etnias e culturas, sendo o número de pessoas pretas e pardas em maior representatividade pertencentes ao contexto da etnia negra brasileira, o que demonstra dificuldade de uma abordagem homogênea com relação aos problemas de saúde existentes em grupos étnicoculturais, sendo a Hipertensão Arterial Essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares classificadas como os agravos

à saúde mais prevalentes na sociedade brasileira. Situação que direciona a etnia negra brasileira para uma condição de vulnerabilização em saúde, uma vez que as pessoas afro-brasileiras estão susceptíveis ao desenvolvimento da hipertensão mais severa, bem como o risco de complicações de ordem cardiovasculares quando comparados com às pessoas de etnia branca (CRUZ *et al.*, 1999).

As populações negras em todo o mundo são acometidas pela hipertensão que reflete um dos principais problemas de saúde pública (OLATUNBOSUN; KAUFMAN; COOPERAND, 2000). Acredita-se, que mutações genéticas podem ter ocorrido em diversas localidades do mundo, bem como as ambientais que incluem características multifatoriais, relacionadas aos componentes, étnico-racial, como os aspectos sociais, culturais e econômicos, tendo em vista a inclusão destes fatores em estudos epidemiológicos para determinar eventos e aspectos em saúde, sem deixar de considerar as barreiras de miscigenação existentes para classificar por grupo étnico-racial na população brasileira (PAIVA, 2017).

Na trajetória da história dos negros, sempre houve presente condições socioeconômicas desfavoráveis, com baixos indicadores sociais, o que contribuiu para o prognóstico de hipertensão arterial na cor/raça negra, uma vez que o baixo nível socioeconômico está intimamente associado ao risco aumentado para hipertensão (SOUZA *et al.*, 2007). Diante disso, eles são alvos de complicações sobre órgãos-alvo, e de grandes repercussões de morbidade e mortalidade quando comparados aos brancos, principalmente, quando comparados em mesmos níveis de valores pressóricos (LOPES *et al.*, 2002).

É notório a grande representação social de negros e mestiços na população brasileira, uma vez que os negros de diferentes grupos étnicos participaram ativamente da formação étnica brasileira através do processo de miscigenação juntamente com participação de brancos e nativos, apesar dos negros não serem mais considerados como tão “puros”, cada raça ou etnia apresenta características marcantes que as diferenciam umas das outras pela presença de riscos biológicos, ambientais, psico e socioculturais para doenças, e devido ao acesso dificultoso aos serviços de saúde na utilização de meios diagnósticos e terapêuticos, repercute, principalmente, nas pessoas de cor negra os piores prognósticos de doenças que afetam essa população (BRASIL, 2001b).

Diversas dimensões sobre o conceito de raça são empregadas para caracterizar uma população, que dependem muitas das vezes da cultura e características próprias do local. Por outro lado, as evidências científicas divulgadas com relação à influência da carga genética na gênese das doenças cardiovasculares têm sido um dos obstáculos para se explicar o nexo

causal das mesmas, sendo constantemente associadas às disparidades de acesso educacional formal e dos aspectos socioeconômicos que variam de acordo as diferentes proporções de distribuição entre raças/etnia/cor da pele, sem deixar de levar em consideração a miscigenação vivenciada pela maioria dos países nas Américas, através da interação entre as populações indígenas e afrodescendentes, sem dissociar a presença de racismo e discriminação como fator causal (LOTUFO, 2015).

O processo de formação das comunidades quilombolas no Brasil decorre do período da escravidão até os dias atuais, sendo marcadas por fugas e o refugiamto em regiões longínquas de difícil acesso humano, denominados quilombos, os quais hoje, estão localizados em áreas rurais ou semi-urbanas, ou já aglomerados em áreas urbanas. Posteriormente à escravidão ocorre mais frequentemente o processo de miscigenação entre vários grupos populacionais e étnicos. Mesmo apresentando traços em comum na sua formação, não foi possível estabelecer uma característica única que servisse de parâmetro entre todas as comunidades reconhecidas como quilombolas (PAIVA, 2017).

Estudos em comunidades quilombolas com relação a hipertensão arterial sistêmica têm sido investigados em vários cenários do território brasileiro. Em um inquérito com 1.553 mulheres quilombolas no nordeste brasileiro, evidenciou-se 556 pessoas diagnosticadas com HAS (PADILHA et al., 2017). No inquérito domiciliar que investigou os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais, entrevistou 756 pessoas, destas 234 eram hipertensas (OLIVEIRA et al., 2016). Na pesquisa transversal com 789 quilombolas do sudoeste da Bahia foram analisadas 431 pessoas com pré-hipertensão (BEZERRA et al., 2017).

Um grupo de mulheres negras portadoras de hipertensão arterial, que vive em uma comunidade de São Luís – MA, foi selecionada para a realização de uma investigação de delineamento transversal e de base populacional, na qual avaliou o risco cardiovascular e evidenciou que 41,81% das participantes foram classificadas em estágio I da HAS, com idade superior a 40 anos, e a média do risco cardiovascular foi estratificado em risco moderado para 74,5% das pacientes acima dos 50 anos de idade. Os autores desse estudo chamam a atenção para os níveis tensionais elevados encontrados em todas as participantes, o que justifica intervenções imediatas nessa população assistida pela equipe de saúde local (SILVA et al., 2012).

Em um estudo observacional, analítico, do tipo caso-controle, realizado em comunidades quilombolas da região do sapê do norte, zona rural dos municípios de São Mateus e Conceição da Barra/ES, os autores constataram em seu estudo, que as mulheres

representaram 84% do público dos hipertensos em idade menor que 60 anos, uma prevalência aumentada quando comparada aos homens, que por sua vez, pode estar associada à procura maior entre as mulheres pelos serviços de saúde, o que acaba facilitando o diagnóstico precoce da hipertensão. Nesse mesmo estudo, pode-se observar hipertensos do sexo masculino, que desconhecem seus níveis pressóricos e nem sequer estão cadastrados nas ESF (VELTEN et al., 2013).

As análises multivariadas das condições de saúde da população de idosos negros de uma comunidade remanescente de quilombolas, no estado do Maranhão, evidenciaram os piores níveis de saúde associados à saúde, uma vez que os residentes quilombolas da comunidade estudada apresentaram 9,5 vezes mais chances de desenvolver HAS (FERREIRA, 2015).

Um estudo transversal, realizado em comunidades quilombolas da Bahia, investigou a hipertensão e os fatores associados, sendo evidenciada a prevalência de 38,5% pessoas com relação a HA, 76,2% com menos um ano de estudo, 61,1% com renda per capita de até ½ salário mínimo, o que os colocam em situação de vulnerabilidade social, e reforça a necessidade de ações preventivas aos fatores de risco cardiovasculares (SILVA et al., 2016).

Nesse contexto, o perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola realizada na área metropolitana de Belém, Pará, Brasil, identificou baixas condições socioeconômicas educacionais, acesso à alimentos adequados, baixa renda familiar, bem como a presença de inatividade física, consumo irregular de substâncias como álcool e tabaco, considerados fatores de risco para o adoecimento da população da comunidade (FREITAS et al., 2018).

Em uma investigação de delineamento transversal que avaliou a elevação de níveis pressóricos em uma comunidade quilombola, observou-se uma parcela significativa distribuída em estratos de pessoas diagnosticadas com hipertensão 17,57% (n=13) e 36,49% (n=27) com elevação dos níveis pressóricos, sendo evidenciado o descontrole da pressão arterial sistêmica (maior que 140/90 mmHg), mesmo em uso de medicamentos anti-hipertensivos (BELFORT et al., 2017).

Estudos em comunidades quilombolas são raros e podem traduzir condições no contexto de vulnerabilidade em saúde como os baixos níveis de escolaridade e das baixas classes econômicas encontradas no seu território, que por sua vez, podem justificar a elevada prevalência de hipertensão arterial (BEZERRA et al., 2013). Nesse sentido, podem realçar o conhecimento existentes a respeito de determinada doença, bem como podem contribuir para

a implementação de políticas públicas de prevenção e controle, de acordo o plano de ações de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011).

2.5 Influência da Família na Adesão Terapêutica de Pessoas Hipertensas

Ao pensar em adesão, logo vem em mente, que o foco é o paciente, seguido das expressões chaves, como, por exemplo: o uso dos medicamentos prescritos, o cumprimento das orientações e restrições indicadas, bem como nas mudanças de estilo de vida para manutenção da saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). A adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser influenciada por diversos fatores, como podem ser citados: a idade, sexo, etnia, nível de escolaridade e socioeconômico (SBH, 2006). Outrossim, a concepção que as pessoas hipertensas tem sobre sua própria condição de saúde, mostra que muitos hipertensos apresentam dificuldades na adesão ao tratamento terapêutico (LOPES; MARCON, 2013).

O tratamento anti-hipertensivo envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas. Nesse sentido, os esquemas terapêuticos complexos são medidas que incluem drogas anti-hipertensivas, bem como de outras comorbidades mais frequentes, as quais exigem a implementação de estratégias que visem evitar o esquecimento, ou seja, facilitar o seguimento do plano terapêutico. E nesse ínterim, acredita-se que as famílias desempenhem funções facilitadoras no seguimento terapêutico, assim como o apoio de amigos, vizinhos ou de grupos da comunidade, que por sua vez, podem auxiliar na prática de atividade física, fundamental no controle da pressão arterial e do peso corporal (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

O controle eficaz da pressão arterial reduz substancialmente os riscos à saúde, advindos das complicações cardiovasculares. Ademais, um dos focos no direcionamento terapêutico da hipertensão arterial é a adesão ao tratamento (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Assim, o controle insatisfatório da pressão arterial envolve multifatores que quando associados implicam nesse processo, sendo que a baixa adesão ao tratamento é o fator que na maioria das vezes, mais interfere no controle dos níveis tensionais. Além disso, os aspectos relacionados à hipertensão arterial tornam-se preocupantes pela sua cronicidade e o esquema terapêutico farmacológico adotado, principalmente, pelo seu tratamento duradouro no curso de vida, com presença de efeitos indesejáveis, bem como a complexidade posológica (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Na conduta prestada ao paciente hipertenso, rotineiramente é perceptível a presença constante alterações dos valores pressóricas. Esse quadro de sinais clínicos preocupa os enfermeiros, pelos altos índices de morbimortalidade que a hipertensão vem causando, o que acaba estimulando a procura por medidas que visem à melhora do paciente (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

A família é entendida como um sistema onde todos interagem entre si através de subsistemas e de forma mais ampla, por meio da comunidade ou sociedade, na qual estar inserida. As interações familiares possuem características próprias de proximidade, que acaba permitindo entre seus membros um melhor feedback no acompanhamento do processo saúde-doença (GROSSI; PASCALI, 2009).

Acredita-se que os aspectos associados à doença crônica, tais como: a permanência e diferentes intervenções, podem contribuir com o surgimento de mudanças significativas no sistema familiar, o que pode levar os seus membros a adquirirem maior vulnerabilidade, aspecto este, que engloba perdas relacionadas à saúde, ao bem estar e das condições financeiras, bem como perda do equilíbrio físico, mental e emocional, que facilita com o adoecimento de toda a família (MARCON; NOGUEIRA; FONSECA; UCHIMURA, 2004).

No processo de enfrentamento da hipertensão arterial Sistêmica, depara-se com a presença de uma rede de suporte social, apoiada por familiares, amigos e vizinhos, assume um papel coadjuvante no tratamento (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016). No tratamento das condições crônicas, vale destacar o papel central do paciente e de sua família nos cuidados com sua saúde, sendo necessário requerer mudanças comportamentais e de estilos de vida cotidianos, à vista disso, estudiosos da área revelam que competências de cuidados e apoio práticos sob a perspectiva dos profissionais de saúde evidenciam os melhores cuidados são aqueles prestados diretamente pela família. Assim, a atenção às condições crônicas deve ser direcionada ao paciente em seu ambiente familiar (GOULART, 2011).

A participação familiar no controle da pressão do hipertenso tem seu papel primordial, e desafiador ao mesmo tempo, pois a sua ausência é capaz de destituir todo plano terapêutico elaborado para o paciente (COSTA; NOGUEIRA, 2008). A doença influencia mudanças na vida das pessoas doentes e no cotidiano da família, e provoca alterações na dinâmica e rotina, sendo capaz de modificar os aspectos físicos, psicológicos, comportamentais, financeiros e sociais. (GROSSI; PASCALI, 2009).

A falta de controle da pressão apresenta relação direta com a falta de adesão ao tratamento, uma vez que a adesão compreende diversos fatores que coincidem com os fatores associados à hipertensão arterial, sendo que a adesão insatisfatória à terapêutica é um

problema de ampla magnitude que deve ser acompanhado não apenas pelo paciente hipertenso, mas também pela família e comunidade, assim como a participação das instituições e a equipe de saúde (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Famílias são constantemente afetadas economicamente com relação ao custo com o tratamento, visto que a família desempenha um importante papel, no tocante a promoção da saúde e prevenção da doença de seus membros, o que reforça a necessidade de por a família em evidência e como foco desse processo, sendo que no Brasil, os gastos públicos com os serviços de saúde privilegiam práticas curativas e de reabilitação, em detrimento das práticas de preventivas e de promoção da saúde (MARCON et al, 2004).

No enfrentamento dos problemas de saúde no ambiente familiar, os membros envolvidos desenvolvem mecanismos particulares, com base em suas crenças e valores culturalmente vivenciados, e na disponibilização de recursos curativos (CHAPADEIRO, 2011). Viver em família geram gastos que podem impossibilitar o acesso a outras necessidades básicas, como por exemplo: alimentos saudáveis, moradia e educação adequadas, que acaba refletindo no desenvolvimento social. (GOULART, 2011). Diante dos aspectos exposto, é necessário compreender que famílias não convivem apenas com esses problemas, existem outros, relacionados à pobreza, ao desemprego e a miséria, que tornam o cotidiano das famílias mais difíceis (WAIDMAN; ELSSEN, 2004).

As condições crônicas não transmissíveis afetam de uma forma geral, as pessoas individualmente e suas famílias, bem como o desenvolvimento econômico e social humano. Nessa perspectiva, focalizar a atenção à saúde no âmbito das famílias e das instituições, facilita o desenvolvimento de mudanças na prestação de cuidados de saúde, uma vez que os custos e o prolongamento do curso das DCNT, não só onera os pacientes como suas famílias e o próprio SUS, bem como acarreta na redução do acesso a outras necessidades básicas, como por exemplo: alimentação saudável, moradia e educação (GOULART, 2011).

Face ao exposto, a clínica ampliada procura entender os aspectos que determinam o processo de saúde/doença do ser humano, dando ênfase no contexto social, político, cultural e econômico, e inclui também o entendimento da dinâmica de suas relações familiares e entre a comunidade, no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, e suas condições de trabalho e educação, uma vez que as manifestações do processo saúde-doença não devem ser entendidas apenas pelos aspectos conceituais dos sinais, sintomas clínicos e biologicistas, o que torna dificultoso entender a complexidade do corpo humano, as necessidades de saúde e os multifatores envolvidos no processo de determinação da saúde/doença dos usuários em suas comunidades (UFSC, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, censitário, de delineamento transversal e de base comunitária.

Estudos epidemiológicos são aplicações de diversos métodos de pesquisa que englobam as ciências básicas, clínicas, sociais, estatísticas e epidemiológicas. Por sua vez, são consideradas como estudos simples e de procedimento rápidos que obedecem a métodos capazes de gerar respostas rápidas e com grande potencialidade para gerar estratégias epidemiológicas de prevenção e o controle de doenças, com apoio dos tomadores de decisão e equipes locais de saúde de acordo o nível de análise (populacional ou individual), visando sempre alcançar as necessidades ou respostas de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Nesse contexto, as comunidades são foco de pesquisa dos epidemiologistas, pois são consideradas como sub-populações ou grupos de indivíduos que compartilham características comuns e servem como unidade de análise estatística, epidemiologia baseada na comunidade e vigilância epidemiológica (ANGARITA-FONSECA, 2017).

3.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2017 à março de 2018, realizado nos domicílios adscritos nas áreas de abrangência da Unidade de Saúde da Família Odorico Motta, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e inserida na comunidade quilombola do Barro Preto, no município de Jequié-BA.

O município de Jequié localiza-se no Nordeste brasileiro, na mesorregião Centro-Sul no interior do Estado da Bahia, distante 365 km da capital Salvador, e possui uma população de aproximadamente 151.895 habitantes, distribuídos numa área de mais de 3.200 km² (IBGE, 2011).

A Comunidade Quilombola do Barro Preto localiza-se no Bairro Caixa D'Água, área urbana do município de Jequié, foi intitulada e certificada como Comunidade Remanescente de Quilombola, pela Fundação Palmares em 14/02/2007, sob-registro nº 01420.000313/2007-64, segundo informações atualizadas pela portaria nº 104/2016, sendo publicada no Diário

Oficial da União, em 20/05/2016 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2016), e conforme (ANEXO A).

A comunidade quilombola do Barro Preto possui aproximadamente 1.600 casas, distribuídas em vinte e duas ruas, 90% das residências possuem saneamento básico, todas com rede elétrica. A população da comunidade é de aproximadamente 7.150 moradores, 80% vivendo com uma renda per capita menor que o salário mínimo nacional, sendo que a maioria trabalha no setor informal e/ou estão desempregados e se autodeclaram pardas com relação a sua cor. A comunidade conta com um comércio diversificado, duas escolas municipais, um PSF (Posto da Saúde da Família) “Odorico Mota”, e o “abarracamento” monumento histórico que retrata o processo de formação da comunidade, enquanto, quilombo urbano, sendo marcada pela segregação espacial e de aspectos relacionados a sua formação, semelhantes a outras comunidade quilombolas existentes no território brasileiro (FERNADES, 2018).

Figura 1- Comunidade quilombola do Barro Preto, Jequié-BA.



Fonte: Google Maps – 2018.

Figura 2 – Abarracamento, Barro Preto, Jequié-BA.



Fonte: Google Imagens – 2018.

3.3 População e amostra

O estudo foi realizado com pessoas adultas e idosas quilombolas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), residentes na comunidade remanescente de quilombo da cidade de Jequié-BA.

Inicialmente foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié-Ba, e por se tratar de uma comunidade remanescente de quilombolas, foi solicitado junto a Associação Comunitária e Cultural do Barro Preto, autorização para coletas/produção de dados (APENDICE A). Em seguida, realizou-se contato com a coordenadora da unidade de Estratégia de Saúde da Família - ESF, Odorico Mota, de modo a solicitar a relação dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS.

O número total de pacientes portadores de HAS acompanhados e cadastrados pela Unidade de Saúde da Família na comunidade foi estimado em 483 pessoas até o ano de 2016, considerado os dados disponibilizados pela coordenadora da unidade.

A amostra da pesquisa baseou-se no levantamento epidemiológico nos arquivos do prontuário familiar pertencentes à USF, resultando numa amostra representativa de 400 pessoas elegíveis para a realização do censo. As pessoas a serem pesquisadas foram distribuídas entre os 10 setores censitários, de acordo com as microáreas existentes na

comunidade, de forma a garantir a relação dos nomes, idades e endereço das residências das pessoas hipertensas e o número do prontuário da família.

Para tanto, seguiu-se os seguintes critérios de inclusão: (1) Pessoas remanescentes quilombolas residentes na comunidade do Barro Preto que se autodeclaram quilombolas; (2) indivíduos de ambos os sexos; (3) cadastradas na USF (4) na faixa etária entre 35 e 79 anos; (5) com diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica; e (6) em uso de anti-hipertensivos. Foram excluídas as pessoas (1) que apresentaram diagnóstico de DCV; (2) que não estavam em condições clínicas de participar da pesquisa, devido a algum comprometimento físico, mental ou emocional; (3) que foram identificadas no levantamento epidemiológico e não foram encontradas no momento da entrevista, em três tentativas, em dias e horários distintos, (4) que não possuíam resultados de exames laboratoriais atualizados (desde que realizado há menos de seis meses) ou não compareceram à etapa da coleta sanguínea da pesquisa.

Com base nas 400 pessoas elegíveis para pesquisa, 21 delas foram excluídas por não terem sido encontradas nas suas residências, após três tentativas subsequentes em dias diferentes, e 4 por mudança de residência. Nesse seguimento, participaram do estudo 375 pessoas hipertensas quilombolas que estavam no momento das entrevistas em domicílio, que atenderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa, sendo excluídas 68, pois não compareceram à coleta sanguínea, 4 estavam com questionário incompleto, resultando uma quantidade representativa de 303 pessoas para realização do estudo censitário.

Antecedendo a produção dos dados, foi realizado mapeamento de campo, nas residências das famílias cadastradas na ESF da Comunidade, dos participantes da pesquisa que atenderam aos critérios de seleção do estudo, com monitoramento dos Agentes Comunitários em Saúde – ACS, possibilitando que a equipe de coleta fosse apresentada às famílias dos hipertensos e aos moradores residentes na comunidade local, visando uma maior adesão dos participantes à pesquisa. Utilizando-se de uma ficha sistematizada, contendo a relação dos dados de identificação dos hipertensos selecionados (nome, data de nascimento, sexo e endereço) para aplicação dos instrumentos selecionados e realização de avaliação clínica por meio de visitas domiciliares, que aconteceram sistematicamente por microáreas censitárias.

3.4 Instrumentos e procedimentos para produção dos dados

3.4.1 Instrumentos

Foram utilizados instrumentos validados e/ou recomendados para o contexto brasileiro, no intuito de obter informações necessárias dos participantes deste estudo, os quais serão descritos a seguir para o melhor entendimento do desenvolvimento desta pesquisa. O primeiro instrumento aplicado foi um Questionário de Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde, que foi validado em um estudo seccional, de 2009, por Paes et al (2014). Tal questionário (ANEXO B) é composto de duas partes. A primeira parte possui um espaço para preenchimento de dados e informações importantes oriundas de fontes secundárias, ordenados em blocos de perguntas de A até E. A segunda parte é composta por 65 itens/indicadores que foram formulados para pacientes hipertensos e classificados em oito dimensões, de F até N, os quais são: saúde do caso confirmado de HAS; acesso ao diagnóstico; acesso ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família; orientação para a comunidade. Sendo que cada dimensão inclui perguntas com respostas correspondentes em uma escala tipo Likert, com valores atribuídos de 1 a 5, para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu”, no intuito de alcançar dimensões possíveis referentes ao tratamento da hipertensão na atenção primária.

O segundo instrumento corresponde à Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (ANEXO C), adaptado para versão em português, com a finalidade de avaliar a adesão medicamentosa, tendo a mesma sido traduzida, validada e testada em um grupo de vinte pacientes com hipertensão por Oliveira-Filho *et al* (2012), compõe-se de oito itens, sendo que cada item avalia apenas um aspecto do comportamento da adesão. De acordo com essa escala, são considerados como respostas sete itens negativos e um positivo, sendo que a última questão deve-se considerar como respostas as seguintes opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente e sempre (OLIVEIRA-FILHO et al., 2014). Os que obtiveram pontuação igual a oito, foram considerados como aderentes pela MMAS-8. O somatório de todas as respostas corretas determinaram o grau de adesão terapêutica e a resposta “não” soma 1 ponto, que permite a subclassificação em: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos) (KROUSEL-WOOD; ISLAM; WEBBER, 2009).

O terceiro instrumento utilizado na coleta de dados da pesquisa foi o *Escore de Risco Framingham - ERF* (ANEXO E), que contou com um formulário contendo espaços para preenchimento do risco cardiovascular e seus fatores associados, segundo diretrizes para o

cálculo do ERF. O referido instrumento foi sugerido pelas diretrizes de cardiologia (SBH, 2010) e autorizado pelo Ministério da Saúde, em todo território brasileiro, para avaliar o risco cardiovascular dos adultos, tendo o mesmo sido modificado para melhor atender à população brasileira e ampliar os cuidados à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). O *Escore de Risco de Framingham*, assim como outros instrumentos de avaliação do risco cardiovascular, é útil no manejo da prevenção de doenças cardiovasculares, sobretudo, sob a perspectiva da clínica e da epidemiologia. Entretanto, não há registros de validação do escore de Framingham para o contexto brasileiro (LOTUFO, 2008).

O ERF é utilizado para calcular o risco de desenvolver infarto agudo do miocárdio ou morte por doença coronariana, em um intervalo de tempo estimado em 10 anos em indivíduos que não tenham sido diagnosticados, previamente, com eventos coronarianos, sendo que a estimativa do risco cardiovascular pode sofrer ajustes específicos nos seus indicadores epidemiológicos, de acordo com a população a ser estudada e possibilitar a estimativa adequada de indivíduos em baixo e alto risco (XAVIER; IZAR; FARIA NETO, 2013).

As variáveis utilizadas pelo ERF são: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial tratada e não tratada, colesterol LDL e HDL, que serão somados de acordo seus pontos atribuídos em cada passo do escore a fim de estimar em baixo risco, com valores atribuídos menores que 10%; médio risco, entre 10% e 20%; e alto risco, igual ou maior que 20%, sendo que ao fim da avaliação do risco de desenvolver um evento coronariano (infarto agudo do miocárdio fatal e não-fatal) para os próximos dez anos, os valores estimados serão ajustados conforme os parâmetros estabelecidos para a população brasileira, a saber: obesidade e o histórico familiar de primeiro grau com Doença Arterial Coronariana – DAC, para assim classificar o risco coronariano em baixo, médio e alto risco (BRASIL, 2012).

3.4.2 Treinamento de campo

A coleta dos dados ocorreu sob a coordenação do pesquisador responsável desta pesquisa, enfermeiro e discente Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). Nessa perspectiva, formou-se uma equipe multiprofissional com discentes do Departamento de Saúde da própria instituição (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e educadores físicos em formação), um psicólogo externo à instituição e discentes de Iniciação Científica do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida – (CNPq/UESB). Os colaboradores foram treinados previamente em oficinas programadas de 10 horas de duração (quatro turnos) sobre avaliação clínica do

paciente hipertenso, com foco na mensuração antropométrica da composição corporal, principalmente, com relação à mensuração do peso, estatura e circunferência da cintura e aferição da pressão arterial, bem como na aplicação dos instrumentos da pesquisa que avaliam as condições de saúde e acesso dos pacientes hipertensos ao tratamento, adesão e vínculo aos serviços de saúde na atenção primária, enfoque na adesão medicamentosa, no risco cardiovascular, família e comunidade, associando a familiarização com os instrumentos a um treinamento em campo.

Posterior ao treinamento das técnicas de coleta foi realizado um treinamento de campo (estudo piloto) com o objetivo de identificar possíveis dificuldades funcionais e de efetividade presentes nos instrumentos, além de verificar se a metodologia do estudo estava em consonância com os objetivos. Para o teste piloto os colaboradores aplicaram o questionário entre si, tendo sido acompanhados pelo coordenador da pesquisa de modo a manter uniformidade na aplicação dos instrumentos da pesquisa. Finalizando a simulação do treinamento de campo (pré-teste), foram realizados os ajustes sobre o viés de informação e comunicação entre os entrevistadores para que procedessem à coleta de dados, com o devido rigor metodológico.

3.4.3 Coleta de dados

A investigação foi feita de modo censitário, ou seja, abrangendo, todas as pessoas hipertensas encontradas no momento da entrevista, durante o período de cinco meses, em cada domicílio dos participantes elencados para a pesquisa, conforme o levantamento populacional prévio.

A pesquisa de campo iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP . Os participantes foram informados acerca dos objetivos e dos instrumentos da pesquisa e decidiram livremente quanto à participação. Sendo solicitado a eles, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B). Após assinatura do TCLE, a produção de dados aconteceu, mediante a utilização dos instrumentos descritos anteriormente, no período de novembro de 2017 à março de 2018.

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada em duas etapas. A 1ª etapa correspondeu a avaliação clínica dos pacientes hipertensos, sendo realizada nas residências dos participantes por meio de entrevista, mediante preenchimento dos questionários supracitados, avaliação da composição corporal e aferição da pressão arterial. A 2ª etapa procedeu-se com a coleta da amostra sanguínea na Unidade de Saúde Família (USF), localizada na própria comunidade,

tendo os participantes sido orientados previamente no momento da entrevista com relação ao dia, horário e jejum alimentar de 8-12h, mediante a entrega de uma requisição médica, encaminhando-o à USF para a realização dos exames laboratoriais (colesterol total (CT), colesterol-HDL, colesterol -LDL, triglicérides (TG) e glicemia de jejum).

O primeiro instrumento utilizado foi o Questionário de Hipertensão arterial sistêmica - HAS da Atenção Primária à Saúde APS (ANEXO B), com o qual foram investigadas as seguintes condições de saúde: aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos - dados sociodemográficos - sexo, idade, escolaridade, situação familiar/ conjugal, raça/cor, ocupação, renda familiar mensal, composição familiar; fatores de risco e comorbidades - antecedentes de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM) I e II, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, infarto agudo do miocárdio (IAM), outras coronariopatias, Acidente Vascular Encefálico (AVE), pé diabético, doença renal, etilismo, menopausa, uso de contraceptivo hormonal e nº de medicação para HAS; saúde do hipertenso; acesso ao diagnóstico, tratamento e adesão/vínculo aos serviços de saúde, enfoque na família e comunidade; bem como, a mensuração da pressão arterial e mensuração antropométrica da composição corporal.

Na avaliação clínica da composição corporal (peso, altura, IMC e circunferência da cintura) foram adotadas técnicas de mensuração antropométricas com auxílio de instrumentos específicos e calibrados quando necessários, a fim de manter os padrões recomendados pelas pesquisas nacionais e internacionais. Nesse seguimento, para obter a massa corporal das pessoas (em quilogramas - kg), recorreu-se a uma balança de bioimpedância digital, de controle corporal de marca Omron (modelo HBF-514C), com capacidade máxima para 150 Kg. A pessoa participante foi posta ao centro da balança, descalça, com roupas leves e o peso distribuído sobre os dois pés.

A estatura (em centímetros - cm) foi verificada através de um estadiômetro portátil personal caprice da marca Sanny® (modelo ES2060), com campo de medição de 210 cm, atendendo à seguinte técnica: pés descalços, pés justapostos com os calcanhares e braços estendidos ao longo do corpo, cabeça posicionada ao centro do equipamento, onde se localiza o Plano de Frankfurt, sendo o estadiômetro aproximado aos calcanhares, glúteos e na parte posterior da cabeça. A circunferência da cintura (CC) (em centímetros - cm) foi mensurada, utilizando-se uma fita métrica inelástica e extensível da marca Sanny® (modelo SN-4010), sem trava e de comprimento de 2 metros, onde se mensurou ao final da expiração, uma vez situado a pessoa em posição supina, com a fita entre o ponto médio do rebordo costal inferior e a crista ilíaca. Tendo sido adotado os pontos de corte, segundo o sexo, $CC \geq 102$ cm, em

homens e $CC \geq 88$ cm, em mulheres, conforme critérios do National Cholesterol Education Program III (NCEP III) (NCEP, 2001).

A obesidade e o sobrepeso foram classificados, segundo os pontos de corte para o Índice de Massa Corporal – IMC (em kg/m^2) obtidos mediante o cálculo da divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado ($\text{IMC} = \text{peso}/\text{altura}^2$), sendo considerados como excesso de peso (sobrepeso e obesidade) os participantes com o $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$, e eutrófico/normal os participantes $\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$, baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995).

A Pressão Arterial (PA) foi mensurada com o participante em repouso, sentado, com membro superior esquerdo relaxado, apoiado sobre a mesa à altura do coração, e bexiga esvaziada utilizando um esfigmomanômetro digital da marca Omron® (modelo HEM-7113), validade e recomendado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2017). Os valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Diastólica (PAD) foram obtidos por meio da média de duas medidas da pressão arterial, sendo a 1ª medida realizada depois de 10 minutos do início da avaliação clínica, no momento da entrevista, em domicílio, e a 2ª medida realizada logo após um intervalo de 5 minutos, visando seguir as diretrizes técnicas de aferição da PA de pesquisas médicas em saúde. A técnica da medição da PA procedeu-se, conforme as recomendações preconizadas pelas VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBH, 2016).

Os participantes que obtiveram pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg foram aconselhados a procurar os cuidados de enfermagem na unidade de saúde na tentativa de manter o controle da PA em taxas consideradas normais, e caso fosse necessário, o paciente era encaminhado para uma consulta médica.

Em seguida, aplicou-se o instrumento de adesão medicamentosa, que avaliou os aspectos relacionados à adesão terapêutica através da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (ANEXO C). Posteriormente à coleta de dados e anotação direta nos instrumentos anteriormente aplicados pelos membros da equipe de pesquisa foram registrados os resultados dos exames laboratoriais cedidos pelo laboratório de análises bioquímicas referentes à 2ª etapa da pesquisa (ANEXO D), os quais serviram para avaliar o risco cardiovascular, juntamente com outros parâmetros do Escore de Risco de Framingham (ANEXO E), estratificando o risco cardiovascular em baixo, intermediário ou alto, com base na probabilidade de ocorrência de morte por doença coronariana ou infarto agudo do miocárdio não fatal, nos próximos 10 anos.

A aplicabilidade ERF seguiu as recomendações das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, mediante o somatório de parâmetros clínicos cardiovasculares, distribuídos

em uma tabela contendo: idade, colesterol total, HDL-colesterol, tabagismo (fumante ou não fumante), pressão arterial sistólica (PAS) com valores de referência descritos tanto para homens quanto para mulheres, sendo evidenciados parâmetros clínicos adicionais de importância para o contexto brasileiro, tais como: o histórico familiar de primeiro grau para DAC, obesidade abdominal e circunferência da cintura e etnia.

A coleta sanguínea foi realizada mediante coleta de 10 ml de sangue venoso, com auxílio de duas técnicas de laboratório, entre os horários de 7:00h e 9:00h da manhã. As amostras de dosagens de plasma sanguíneo foram condicionadas em caixas de isopor, contendo gelo, sendo vedadas e enviadas imediatamente ao laboratório utilizado para a realização das análises dos parâmetros clínicos. A coleta sanguínea obedeceu à ordem de entrevistas por microáreas pesquisadas, de modo a garantir a organização da pesquisa e do serviço de saúde local.

Os exames bioquímicos (colesterol total, HDL – colesterol, LDL – colesterol e glicemia de jejum) foram analisados no laboratório de referência central dos serviços de saúde do município de Jequié-BA, conforme métodos automatizados específicos e padronizados. Ao término da pesquisa os resultados foram entregues aos participantes, em domicílio, conforme os parâmetros de normalidade e alteração bioquímica, bem como, sendo orientados com relação à classificação do risco cardiovascular e fatores associados (adesão medicamentosa, perfil lipídico e nutricional) e estilo de vida saudáveis considerados protetores da saúde cardiovascular. Caso fossem detectadas alterações que oferecessem riscos à saúde, os participantes eram referenciados para atendimento médico/enfermagem, desenvolvido pelo Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes – HIPERDIA, na própria USF, da comunidade local.

3.4.4 Variáveis do estudo

Para melhor compreensão de algumas das variáveis a serem analisadas, foram categorizadas em variáveis dependentes e independentes de acordo com os objetivos e instrumentos a serem utilizados na coleta:

- Variável dependente: Risco Cardiovascular estratificado conforme o Escore de Framingham.
- Variáveis independentes: socioeconômicas, tempo de tratamento, presença de fatores de risco para as doenças cardiovasculares e adesão não medicamentosa

(antecedentes pessoais, familiares, hábitos e estilo de vida), pressão arterial controlada e não controlada, peso, altura, IMC, circunferência da cintura, perfil lipídico, acesso dos pacientes hipertensos ao tratamento, adesão e vínculo aos serviços de saúde na atenção primária e adesão medicamentosa.

3.4.5 Processamento e análise dos dados

A análise estatística foi realizada através de testes de estatística descritiva e inferencial. Os resultados foram analisados em percentuais e médias e apresentados em forma de figuras, quadros e tabelas para melhor visualização dos achados, e discutidos a guisa da Saúde Baseada em Evidência (SBE) e ancorados na literatura atual nacional e internacional acerca do tema. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa.

O risco cardiovascular e os fatores associados foram analisados por meio do teste de qui quadrado. As variáveis que apresentaram resultados significativos $p < 0,2$ foram incluídas ao modelo de regressão multivariada, visando a realçar as possíveis variáveis de confundimento para melhor inferência acerca dos fatores de risco, proteção e atenuantes encontrados no modelo final das análises.

Na análise da adesão farmacológica e os fatores associados foram utilizadas, estatística descritiva, mediana e intervalo interquartil para as variáveis contínuas e frequências, absoluta e relativa, para as categóricas. Para tanto, acrescentou-se análises bivariadas para as variáveis categóricas utilizando-se o teste Qui-quadrado e para as contínuas, o teste de Mann-Whitney. O pacote estatístico selecionado para as análises foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 21.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

3.4.4 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa respeitou os aspectos éticos referentes à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, relacionado à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Desse modo, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR (ANEXO E), conforme o número do (Parecer: 2.015.327) e (CAAE: 66705617.2.0000.5578). Sendo garantida a confidencialidade, a privacidade e a não utilização das informações em prejuízo às pessoas e/ou da comunidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram dispostos em forma de 2 manuscritos para melhor compreensão dos objetivos propostos pela investigação. O primeiro manuscrito intitulado “**Risco cardiovascular e fatores associados à saúde de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola: um estudo multi-étnico**” será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública; e o segundo manuscrito intitulado “**Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola**” será submetido à revista Ciências e Saúde Coletiva.

4.1 MANUSCRITO 1

RISCO CARDIOVASCULAR E FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE DE PESSOAS HIPERTENSAS RESIDENTES EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: UM ESTUDO MULTI-ÉTNICO

Randson Souza Rosa¹

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery²

RESUMO

Objetivo: analisar o risco cardiovascular e os fatores associados à saúde no contexto familiar de pessoas hipertensas, residentes em comunidade quilombola urbana. **Método:** Trata-se de um estudo censitário de delineamento transversal e de base comunitária, realizado no período de novembro de 2017 à março de 2018. A população do estudo foi constituída de 303 hipertensos cadastrados na USF, com idades desde de 35 a 79 anos, ambos os sexos, com diagnóstico de hipertensão; e em uso de medicamentos anti-hipertensivo. Os instrumentos utilizados para a produção dos dados foram: o questionário de hipertensão arterial na atenção primária, escala de adesão medicamentosa de Morisky (MMAS-8); Escore de risco de Framingham. **Resultados:** Notou-se correlação significativa do risco cardiovascular com o histórico familiar de DCV ($p < 0,011$), diabetes tipo II ($p < 0,000$) e com sobrepeso e obesidade ($p < 0,010$). **Conclusão:** Na análise multivariada algumas variáveis como ser do “sexo masculino” e “viver com companheiro/ filhos/ outros”, revelaram-se com efeitos protetores da saúde cardiovascular. Enquanto, as variáveis “escolaridade” e ter “diabetes tipo II” apresentaram como efeito reverso.

Palavras-Chave: Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Vulnerabilidade em Saúde.

¹ Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

² Enfermeira. Professora, Doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

INTRODUÇÃO

O risco cardiovascular, objeto deste estudo, perpassa por diversos fatores, desde as condições sociodemográficas em saúde, as quais serão discutidas neste estudo, ao contexto familiar de grupos étnico-raciais vivendo em condições vulneráveis, representadas aqui, socialmente, pelas pessoas hipertensas residentes em uma comunidade quilombola em um município, de um estado do nordeste brasileiro.

No Brasil, as populações quilombolas são conceituadas no contexto dos grupos étnicos minoritários pertencentes à população negra¹, na qual se incluem pessoas com cor de pele preta, parda, indígena e branca (pouco comum). São majoritariamente residentes em áreas rurais ou semi-urbanas, e uma minoria em áreas urbanas, onde juntas compõem uma parcela representativa da população afro-brasileira, e ao mesmo tempo esquecida pela sociedade.

As pessoas residentes nestas comunidades compartilham no cotidiano de suas condições de vida e saúde, conhecimentos, atitudes, crenças, culturas e práticas alternativas de saúde, que são herdadas de seus ancestrais. Estes fatos as colocam em destaque no contexto das pesquisas em saúde. Mas, vivem, muitas vezes, em condições de vulnerabilidade social e, por vezes, estão afastadas das redes de serviços de saúde, o que dificulta o seu acesso aos serviços diagnósticos, clínicos, terapêuticos e de reabilitação da saúde, potencializando assim o adoecimento crônico por condições sensíveis à promoção, prevenção e controle das doenças cardiovasculares (DCVs) em pessoas quilombolas hipertensas, as quais podem repercutir em condições agudas isquêmicas, como o Infarto Agudo do Miocárdio - IAM.

A complexidade da etiologia das doenças cardiovasculares é marcada por aspectos genéticos, sociais, culturais, econômicos², da história de DCV prematura na família³, de fatores de risco comportamentais expressos pela alimentação não saudável, o uso abusivo de álcool e tabaco, a inatividade física, o excesso de peso, o estresse, a hipercolesterolemia, o Diabetes Mellitus e a própria Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)⁴. O comportamento inadequado em relação à nutrição, inatividade física e o consumo de substâncias lícitas, como álcool e tabaco têm contribuído com o aumento do risco de DCV, ao passo que os fatores de risco como sobrepeso, obesidade central, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes são responsáveis, principalmente, pelos eventos cardiovasculares⁵.

Vale ressaltar que os homens são mais acometidos precocemente pelas DCV quando comparados com as mulheres. Ao passo que a cor/raça da pele, em pessoas negras, pardas ou brancas e incluídas na faixa etária abaixo de 70 anos são consideradas como fatores que aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento por este agravo crônico⁶.

Estudos conduzidos nos EUA mostram que populações afro-americanas têm maior incidência e risco de morte prematura por Doença Arterial Coronariana - DAC em relação à sua população geral^{7,8,9}, e atribuem estes dados, especialmente à influência dos determinantes sociais. É mister salientar, que os afro-americanos convivem em condições de vulnerabilidade crônica, econômica e cultural, e apresentam a mesma origem de ancestralidade dos quilombolas pertencentes às comunidades brasileiras.

No Brasil, a população quilombola possui determinantes sociais semelhantes aos apresentados nos referidos estudos¹⁰ e, portanto, estão igualmente sujeitos a exposição do risco de adoecimento cardiovascular. Estudos multiétnicos que tenham avaliado o risco cardiovascular em populações socialmente vulneráveis ainda são incipientes, principalmente, os estudos que tenham analisado a influência desses determinantes sociais na saúde cardiovascular de hipertensos quilombolas de área urbana.

A compreensão desta relação pode possibilitar a promoção da saúde, a prevenção de agravos à saúde, tratamentos adequados, mudança nos comportamentos inadequados, bem como na melhoria das condições de saúde deletérias que incidem sobre o sistema cardiovascular, e que podem causar impactos clínicos negativos à saúde e a qualidade de vida no grupo étnico-racial em estudo e naqueles com características similares.

Nas últimas décadas a exposição constante dos fatores de risco tem sido descrita através das taxas de morbidade e mortalidade, o que implica em estratégias de prevenção de saúde pública para reduzir substancialmente as cargas por doenças cardiovasculares, e devem ser instituídas em estudos étnico raciais dando ênfase aos fatores biológicos, comportamentais e de riscos já esclarecidos pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)^{5,11,12}, que atuam como os fatores coadjuvantes no desenvolvimento de agravos à saúde na população, envolvendo aspectos correlatos ao contexto social, econômico, cultural, étnico-racial, psicológico e comportamental¹.

O aumento das taxas de prevalência da HAS tem relação direta com a expansão populacional, envelhecimento e exposição constante aos fatores de risco comportamentais e dos determinantes sociais da saúde representados pela renda, educação e habitação, os quais interagem entre si de forma sinérgica com o aumento das estatísticas de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doenças renais⁴. Assim, o crescimento desordenado da carga global de hipertensão é um fenômeno cada vez mais evidenciado no cenário mundial, sendo considerada uma condição clínica multifatorial de grande relevância para saúde pública, porém necessita de estudos mais amplos para se conhecer o panorama atual das estimativas de prevalência e incidência, tanto em países desenvolvidos quanto em

desenvolvimento¹³. Os principais agentes modificadores destes fatores de risco são o núcleo familiar e os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que auxiliam nas mudanças de hábito de vida ao incentivar boas práticas em saúde^{10,14}. Entretanto, em alguns casos há o inadequado controle destes fatores de risco que induzem à consequências desastrosas para as pessoas, famílias e comunidades como incapacidades, sequelas, diminuição da renda por despesas médicas até a morte prematura⁴.

Nessa perspectiva, os impactos clínicos ocasionados pelas mudanças de comportamentos dos fatores de risco cardiovascular, devem ser engajados no contexto social, econômico e cultural das famílias, com apoio dos membros da família em risco, uma vez que a família é capaz de mudar os comportamentos inadequados da saúde e na implementação de intervenções sustentáveis¹⁵.

Portanto, o objetivo desse estudo é analisar o risco cardiovascular e os fatores associados à saúde no contexto familiar, de pessoas hipertensas, residentes em comunidade quilombola urbana.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo censitário, de delineamento transversal e de base comunitária, realizado no período de novembro de 2017 à março de 2018, com pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola urbana, no município de Jequié/BA, certificada pela Fundação Palmares em 14/02/2007¹⁶.

A população de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS residentes na comunidade quilombola do Barro Preto foi estimado em 483 pessoas até o ano de 2016, com base no número de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde da Família, conforme dados cedidos pela coordenadora responsável pela unidade.

Com base na população total realizou-se um censo epidemiológico nos arquivos do prontuário familiar, pertencentes à USF, resultando numa amostra populacional representativa de 400 pessoas elegíveis para o desenvolvimento da pesquisa, de forma a garantir a relação dos nomes, idades, endereço das pessoas hipertensas e o nº do prontuário da família. Sendo a população a ser entrevistada organizada em 10 setores censitários, de acordo com as microáreas existentes na comunidade.

A investigação seguiu os seguintes critérios de inclusão: (1) pessoas residentes na comunidade do Barro Preto; (2) cadastradas na USF; (3) entre 35 e 79 anos de idade; (4) ambos os sexos; (5) diagnosticadas com HAS; e (6) em tratamento anti-hipertensivo. Sendo excluídas as pessoas (1) com diagnóstico de DCV; (2) com comprometimento físico, mental

ou emocional; (3) não encontradas no momento da entrevista, em dias e horários distintos; e (4) não compareceram na etapa da coleta sanguínea da pesquisa.

Dentre as 400 pessoas elegíveis, com potencial para participar da pesquisa, 21 pessoas não foram encontradas nas residências, e 4 mudaram de endereço. Assim, foram entrevistadas 375 pessoas hipertensas residentes nos domicílios da comunidade, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, sendo excluídas 68, pois não compareceram à coleta sanguínea, e 4 estavam com questionário incompleto, resultando 303 pessoas para a análise deste estudo.

Previamente à coleta de dados foi realizado um mapeamento de campo com colaboração dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), resultando na identificação de dez setores censitários, correspondente a microárea de pertencimento dos moradores residentes na comunidade. A coleta de dados aconteceu em duas etapas, a saber: 1ª etapa procedeu-se com a avaliação clínica e preenchimento dos questionários escolhidos para pesquisa, avaliação da composição corporal e aferição da pressão arterial, no momento da entrevista nas residências dos participantes. A 2ª etapa correspondeu à coleta da amostra sanguínea na Unidade de Saúde da Família (USF), com auxílio de duas técnicas de laboratório, cedidos pelo laboratório dos serviços de saúde na cidade. Os participantes foram orientados no momento da entrevista com relação ao dia, horário, jejum alimentar de 8-12h e realização dos exames laboratoriais (colesterol total (CT), colesterol-HDL, colesterol -LDL, triglicérides (TG) e glicemia de jejum).

Os instrumentos utilizados, validados, nacionalmente foram: HAS na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁷. A Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens, que foi adaptado e validado em pacientes com hipertensão^{18,19}, e o Escore de Risco de Framingham – ERF, sugerido pelas diretrizes de cardiologia e autorizado pelo Ministério da Saúde²¹.

O ERF apresentou desfechos consistentes e importantes para a prevenção e o controle de doenças cardiovasculares em um estudo com afro-americanos do estudo de Framingham²². O ERF avalia o risco de desenvolver infarto agudo do miocárdio em um tempo estimado de 10 anos em indivíduos que não tenham sofrido eventos coronarianos e possibilita classificar em indivíduos com baixo risco (<10%), intermediário risco (10-20%) e alto risco (> 20%)²³.

Na avaliação clínica da composição corporal, o peso, altura, IMC e circunferência da cintura foram adotados e realizados conforme as instruções técnicas do manual de antropometria da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)²⁴. Nesse seguimento, para obter a massa corporal das pessoas (em quilogramas kg), foi mensurado com auxílio de uma balança de bioimpedância digital, de controle corporal de marca Omron (modelo HBF-514C), com

capacidade máxima para 150 Kg, tendo a pessoa pesquisada, sido posta ao centro da balança, descalça, com roupas leves e o peso distribuído sobre os dois pés. A estatura (em centímetros - cm) foi verificada através de um estadiômetro portátil personal caprice da marca Sanny® (modelo ES2060), com a seguinte técnica: pés descalços e justapostos, braços estendidos ao longo do corpo, cabeça posicionada no Plano de Frankfurt.

A circunferência da cintura (CC) (em centímetros - cm) foi mensurada, utilizando-se uma fita métrica inelástica e extensível da marca Sanny® (modelo SN-4010), com pontos de corte da CC ≥ 102 cm, em homens e CC ≥ 88 cm, em mulheres, conforme critérios do National Cholesterol Education Program III (NCEP III)²⁵.

O Índice de Massa Corporal – IMC (em kg/m^2) foi obtido pelo ponto de corte de recomendação da Organização Mundial da Saúde, utilizando-se da fórmula: divisão da massa corporal pela estatura elevada ao quadrado ($\text{IMC} = \text{peso}/\text{altura}^2$), considerando-se os participantes como excesso de peso (sobrepeso e obesidade) de $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ e eutróficos de $\text{IMC} < 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ²⁶.

A pressão arterial (PA) foi mensurada com auxílio de um esfigmomanômetro digital de marca Omron® (modelo HEM-7113), e os valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Diastólica (PAD) foram obtidos, conforme as recomendações da evidenciadas na VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão²⁷, obedecendo, respetivamente as seguintes técnicas: média de duas medidas da pressão arterial, com o participante em repouso, sentado, com membro superior esquerdo relaxado, apoiado sobre a mesa à altura do coração e bexiga esvaziada. Vale ressaltar que o esfigmomanômetro digital utilizado é validado e recomendado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão²⁸.

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, sendo as diferenças entre os grupos com e sem risco cardiovascular, testadas por meio do teste de qui quadrado. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0.2$ foram introduzidas em um modelo de regressão logística multivariada, método backward, para o afastamento de potenciais vieses confundimento. Os dados foram analisados por meio do software Statistical Package for Social Sciences - SPSS for Windows, versão 21.0 com nível de significância $p < 0,05$.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, parecer nº: 2.015.327 e CAAE nº: 66705617.2.0000.5578.

RESULTADO

Das 303 pessoas hipertensas, residentes em domicílio na comunidade quilombola, que atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo, a média de idade foi de 59,8 anos (11,3). A prevalência do risco cardiovascular (moderado e grave) foi de 63%. Entre os hipertensos avaliados com risco cardiovascular foi mais prevalente nas seguintes categorias de variáveis sociodemográficas: 52,3% (N=113) no sexo feminino, 57,9% (N= 106) com escolaridade menor que oito anos de estudo, sendo que 84,1% (N=74) relataram ser analfabetos, 62,2% (N=171) se incluíram no subgrupo dos “não brancos” (pardos, pretos e indígenas), 64,6% (N=62) residiam com familiar e sem companheiro, sendo que 62,9% (N=139) conviviam com renda econômica menor ou igual a um salário mínimo, conforme caracterização da tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola, segundo a estratificação de risco cardiovascular. Jequié, 2018

	Risco cardiovascular		p
	Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo (n= 303)			0,000*
Masculino	9 (10,3)	78 (89,7)	
Feminino	103 (47,7)	113 (52,3)	
Escolaridade (n=301)			0,000*
Analfabeto	14 (15,9)	74 (84,1)	
≤ 8 anos de estudo	77 (42,1)	106 (57,9)	
> 8 anos de estudo	20 (66,7)	10 (33,3)	
Raça/cor (n=303)			0,334
Branco	8 (28,6)	20 (71,4)	
Não brancos	104 (37,8)	171 (62,2)	
Situação familiar/ conjugal (n= 303)			0,002*
Com companheiro e filho	38 (44,2)	48 (55,8)	
Com companheiro e sem filho	23 (35,4)	42 (64,6)	
Com companheiro, filhos e outros	13 (61,9)	8 (38,1)	
Com sem laços consanguíneos e/ou conjugais	2 (28,6)	26 (71,4)	
Com familiar sem companheiro	34 (35,4)	62 (64,6)	
Vive sozinho	2 (7,1)	26 (92,9)	

Renda			0,391
≤ um salário	82 (37,1)	139 (62,9)	
> um salário	18 (31,0)	40 (69,0)	

Análises significativas da estratificação do risco cardiovascular são descritas na tabela 2, sendo evidenciados 55% (N=93) hipertensos com histórico familiar de DCV ($p<0,011$), 87,3% (N=62) com diabetes tipo II ($p<0,000$) e 59,3% (N=137) com sobrepeso e obesidade ($p<0,010$). Outros dados atenuantes e agravantes também foram notados nos participantes, no entanto não obtiveram associação com o risco cardiovascular, os quais 61,5% (N=169) não faziam uso tabaco, 63,5% (N=158) não relataram uso de álcool e 64,1 (N=98) não praticavam atividade física (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores associados às condições de saúde de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola, segundo a estratificação do risco cardiovascular. Jequié, 2018

	Risco cardiovascular		p
	Não n (%)	Sim n (%)	
Histórico familiar DCV (n= 303)			0,011*
Sim	76,0 (45,0)	93 (55,0)	
Não	29 (28,2)	74 (71,8)	
Não sabe	7 (23,3)	23 (76,7)	
Diabetes T1 (n=302)			0,101
Sim	3 (33,3)	6 (66,7)	
Não	104 (36,2)	183 (63,8)	
Não sabe	5 (83,3)	1 (16,7)	
Diabetes T2 (n=303)			0,000*
Sim	9 (12,7)	62 (87,3)	
Não	64 (42,7)	86 (57,3)	
Não sabe	38 (46,9)	43 (53,1)	
AVC			0,627
Sim	5 (31,3)	11 (68,8)	
Não	107 (37,3)	180 (62,7)	
Doença renal			0,782

Sim	6 (30,0)	14 (70,0)	
Não	76 (37,1)	129 (62,9)	
Não sabe	30 (38,5)	48 (61,5)	
Uso de tabaco			0,074
Sim	6 (21,4)	22 (78,6)	
Não	106 (38,5)	169 (61,5)	
Uso de álcool			0,911
Sim	19 (38,0)	31 (62,0)	
Não	91 (36,5)	158 (63,5)	
Não sabe	1 (50,0)	1 (50,0)	
Prática de atividade física			0,711
Sim	57 (38,0)	93 (62,0)	
Não	55 (35,9)	98 (64,1)	
IMC			0,010*
Normal	16 (23,5)	52 (76,5)	
Sobrepeso e obesidade	94 (40,7)	137 (59,3)	

Ao avaliar o contexto familiar foi questionado se os profissionais da USF procuram conhecer as pessoas que moram com o entrevistado (Q1), mostrando que 46% sempre o faziam. A seguir questionou-se se os profissionais conversam com essas pessoas sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde (Q2) donde se observou que 42,2% referiram que isso nunca acontece. Por fim, investigou-se se os profissionais conversavam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento (Q3), evidenciando que 50,2% responderam, também, que tal fato nunca acontecia (Figura 1).

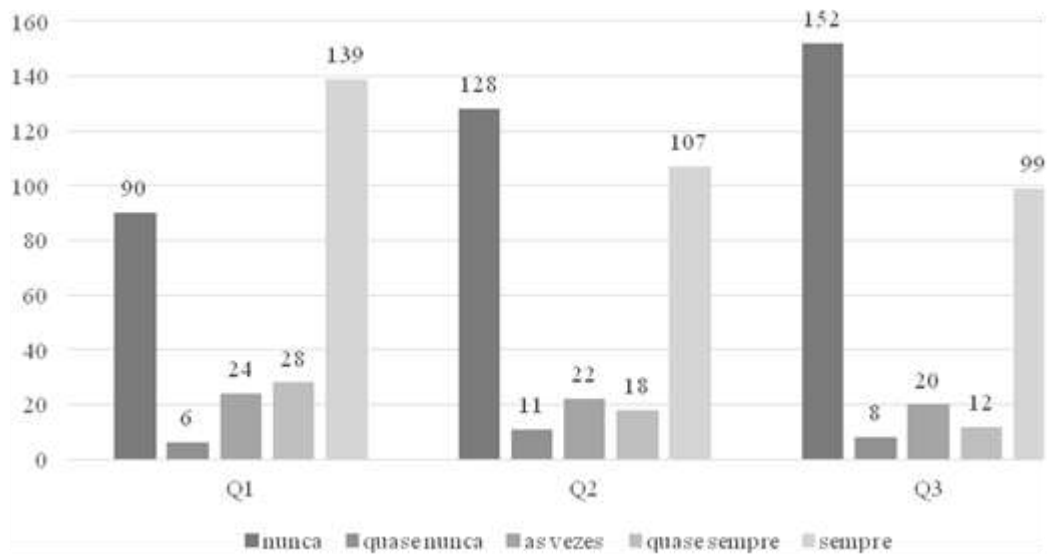


Figura 1. Frequência das questões ligadas ao contexto familiar no tratamento da hipertensão arterial. Jequié, 2018

A análise multivariada exposta na tabela 3 a seguir evidenciou como fatores de proteção ser do sexo masculino (OR 0,032 [IC95% 0,009-0,118]) e em situação familiar /conjugal “Com companheiro/ filhos/ outros” (OR 0,074 [IC95% 0,009-0,637]). Por outro lado, apontou como fatores de risco ser analfabeto (OR 12,729 [IC95% 2,890-56,057]) e ser acometido por DM tipo 2 (OR 7,249 [IC95% 2,788-18,846]).

Tabela 3. Odds ratio (OR) e intervalo de confiança 95% bruto e ajustado para o modelo final de regressão. Jequié, 2018.

	OR bruto	IC95% bruto	OR ajustado	IC95% ajustado
Sexo masculino	0,034	0,009-0,131	0,032	0,009-0,118
Com companheiro/ filhos/outros	0,081	0,009-0,702	0,074	0,009-0,637
Analfabeto	12,090	2,604-56,130	12,729	2,890-56,057
DM2	7,380	2,825-19,279	7,249	2,788-18,846

DISCUSSÃO

O aumento da carga de DCVs em comunidades semi-urbanas de países em desenvolvimento como na maioria dos países africanos, apresentam fatores associados à sobreposição da prevalência dos fatores de risco cardiovascular, que geralmente apresentam

origem insidiosa, assintomática e barreiras no diagnóstico precoce e na otimização da gestão de risco²⁹. É importante discutir agrupamento de indicadores de saúde correlatos ao excesso de risco no contexto das desigualdades étnicas em saúde, visando elucidar as necessidades de saúde devido às desigualdades de acessibilidade em saúde³⁰.

A avaliação do risco cardiovascular em pessoas requer identificação primária de múltiplos fatores associados³¹. Muitas vezes, incluem fatores de risco modificáveis e não modificáveis que podem trazer implicações na saúde das pessoas, haja vista que, a presença de múltiplos fatores pode inviabilizar a prevenção de DCV, assim como, o difícil acesso aos serviços de cuidados em saúde, como a realização de um simples exame de sangue laboratorial, capaz de prever o risco cardiovascular³.

Os resultados da investigação evidenciam que (63%) dos residentes, da comunidade investigada estão nos estratos de risco cardiovascular moderado e grave, com destaque de aumento da prevalência no subgrupo feminino com relação ao masculino. Em um estudo de delineamento transversal acerca do risco cardiovascular entre 750 residentes de comunidades semi-urbanas no sudoeste da Nigéria, África, avaliou o risco cardiovascular (moderado e grave) em (22,9%) dos residentes, dos quais (70,6%) correspondiam ao sexo feminino, onde se pode estimar que cerca de 1 em cada 4 tem entre 10% e 20% de chances de desenvolver um evento cardiovascular ao longo dos próximos dez anos²⁹. Em outro estudo, realizado também na África, o risco médio de desenvolvimento de DCV nos próximos 10 anos foi de $3,7 \pm 5,3\%$ e de moderado e alto risco de desenvolvimento de DCV, segundo ERF, foi respectivamente, 11,8% e 1,9%³².

Em um estudo multiétnico denominado Jackson Heart Study (JHS), o maior estudo de coorte de DCV entre afro-americanos realizado nos Estados Unidos, foi destacado que as pessoas com risco cardiovascular vivem em bairros com condições desfavoráveis e têm menos renda familiar e educação³³. Condições socioeconômicas de baixa escolaridade, baixa renda e residir em espaços desfavorecidos socioeconomicamente são considerados fatores associados ao risco cardiovascular, os quais dificultam adesão terapêutica e promoção de estilo de vida saudáveis^{34,35}.

Nessa perspectiva, em um estudo étnico, sociocultural, de delineamento transversal com pessoas que vivem em ambientes rurais e urbanos, na Nigéria, o nível de renda não teve relação estatisticamente significativa com a prevalência do fator de risco para DCV³⁶. Os resultados são concordantes com o estudo em discussão.

Estudo transversal realizado na Nigéria, com residentes de áreas urbanas, inferiu que a composição da família atrelada ao número de filhos e dependentes causa motivos de

preocupação e estresse entre os casados, principalmente, quando comparados aos solteiros e divorciados e evidenciou que a hipertensão, DM, sobrepeso e obesidade, espessamento da parede arterial, grande tamanho/ dependência familiar e atividade social foram riscos cardiovasculares associados ao estado civil³⁷.

Em um estudo de metanálise evidenciou-se que as pessoas casadas tinham menores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e fatores de risco devido ao efeito protetor do casamento, uma vez que o cônjuge estimulava seus parceiros na busca por ajuda médica, uso de medicamentos e no monitoramento da saúde, como evidenciado em homens casados, pois na maioria das vezes apresentam comportamentos de saúde mais saudáveis do que os solteiros³⁸.

Os achados quanto a situação conjugal/familiar podem estar associados com a baixa renda familiar e permanência de estilos de vida não protetores da saúde cardiovascular adotados, principalmente, os que vivem “com familiar e sem companheiro”, sendo representados, majoritariamente, por pessoas idosas, viúvas e aposentadas e, por vezes, são os únicos provedores da casa, onde o seu sustento é direcionado apenas para subsistência dos seus dependentes familiares.

Nesse contexto, vivem em condições de vulnerabilidade crônica, pois não conseguem financiar cuidados necessários para sua saúde como consultas médicas, tratamento medicamentoso e, muitas vezes, nem conseguem ter acesso aos serviços de cuidados primários à saúde, pois não têm condições econômicas para custear o próprio transporte. Conseqüentemente, esses fatores potencializam o adoecimento crônico cardiovascular. Os casados com filhos vivem em condições semelhantes a variável “Com familiar e sem companheiro”.

Os desfechos da análise multivariada corroboram com um estudo de revisão de metanálise, que demonstrou a relação entre casados com divorciados ou viúvos e solteiros, onde os divorciados, viúvos e solteiros apresentaram grandes chances de desenvolver uma DCV (OR 1,42; 95% IC 1,00 a 2,01) e, conseqüentemente, desenvolver uma morte prematura³⁹.

No estudo de base populacional realizado nos EUA, houve maiores taxas de mortalidade em homens solteiros com relação aos casados após um evento de infarto⁴⁰. No estudo em discussão, embora se tenha encontrado resultados pouco representativos, há de se pensar como um importante agravante, uma vez que os solteiros são responsáveis pelo protagonismo do seu próprio cuidado, como o preparo da sua própria dieta nutricional, vivenciam o processo-trabalho, muitas vezes estressante no seu cotidiano e ao retornarem para

suas casas, muitos vivem confinados em seus lares, sem nenhum momento de distração ou interação social, sendo que por vezes, quando vivenciam um processo de adoecimento crônico, demoram a buscar por ajuda especializada, o que repercute no agravamento de suas condições de saúde.

Estudos futuros são necessários para explicar melhor os processos pelos quais a composição familiar/estado conjugal e o risco cardiovascular de DCV podem influenciar os estilos de vida em saúde, considerados protetores da saúde cardiovascular, no contexto familiar.

Os desfechos da avaliação da história familiar de doença arterial coronariana prematura e risco cardiovascular em Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)⁴¹ corroboram com este estudo, uma vez que foi encontrada associação estatística ($p < 0.001$) e traz recomendações de inclusão da história familiar de DAC prematura em escores de avaliação de risco em indivíduos com alto risco à prática clínica, bem como os fatores genéticos e ambientais, uma vez que as doenças cardiovasculares dos familiares de 1º grau (pais), podem prever os eventos cardiovasculares ao longo da vida^{42,43}, visto impacto de tais informações para o indivíduo e custo-efetividade^{44,45}. Tal fato reforça a necessidade de pesquisas futuras acerca dos determinantes genéticos do risco cardiovascular na saúde das populações.

Os comportamentos não protetores da saúde cardiovascular são os principais fatores de risco (inatividade física, dieta inadequada, uso de álcool e tabagismo) presentes na sociedade, em vista do aumento da prevalência mundial devido à urbanização⁴⁶. No entanto, o agrupamento desses fatores de risco aumentam as chances de pessoas desenvolverem doença cardiovascular, mesmo apresentando-se individualmente⁴⁷. Estudo com africanos da Província do Noroeste da África do Sul, também, não encontra correlação de significância entre as variáveis clínicas “uso de álcool” e “tabagismo”⁴⁸.

Embora as variáveis comportamentais, “uso de tabaco” e “uso de álcool” não tenham apresentado associação significativa no nosso estudo, os achados dessa investigação revelaram que as pessoas hipertensas quilombolas possuem um estilo de vida considerado protetor da saúde cardiovascular, tendo em vista que as variáveis pesquisadas auto referidas evidenciaram alta prevalência para o “não uso” dessas substâncias em pessoas com risco cardiovascular. Pode-se inferir que o uso descontrolado/abusivo dessas substâncias nocivas à saúde cardiovascular humana, causam impactos clínicos no processo saúde-doença das pessoas hipertensas. Outrossim, o reconhecimento dessas variáveis comportamentais são consideradas de ampla magnitude na saúde pública, capaz de elucidar mudanças tendenciais acerca da morbimortalidade de carga global de DCV.

As análises da pesquisa na comunidade elucidaram associação significativa entre o risco cardiovascular e IMC. O resultado da associação difere dos achados da pesquisa acerca do excesso de risco cardiovascular em homens e mulheres jamaicanas, evidenciando-se resultados contrários a este estudo, uma vez que não encontrou associação significativa entre as variáveis de alto RCV/IMC ⁴⁹. A hipótese pensada para não associação é que os negros jamaicanos pesquisados vivenciam um processo de trabalho laboral mais dispendioso, baseado na agricultura que requer mais esforço físico para sua subsistência. Enquanto os participantes deste estudo vivem em uma área tipicamente urbana, onde muitos estão desempregados, dependentes financeiramente de seus familiares, os quais desenvolvem comportamentos sedentários. A hipótese pode ser reforçada, pois a metade dos pesquisados com risco cardiovascular não praticavam atividade física.

Em concordância com o estudo realizado com homens e mulheres jamaicanos, corroborando com dados do estudo em discussão, não foi encontrada diferença estatística com relação à atividade física e o risco de 10 anos de DCV, segundo o ERF, para homens e mulheres de acordo às categorias de atividade física ⁴⁹. As altas taxas de obesidade entre os afro-americanos apresentam relação com a frequência de resistência à insulina e aumento de 50% da prevalência de diabetes ⁵⁰. Em um estudo com afro-americanos, evidenciou achados com altas taxas de obesidade e fatores de risco para DCVs, sendo atribuídas as disparidades étnicas e raciais, em vista da carga de DCVs em afro-americanos serem maiores com relação aos brancos ⁵¹.

Ao avaliar o contexto familiar, constatou-se que profissionais de saúde da USF geralmente, procuram conhecer a família da pessoa hipertensa, sendo que poucos orientam sobre estilos de vida e tratamento da hipertensão, bem como nem sempre incluem os familiares no tratamento. Vale ressaltar que o envolvimento dos profissionais de saúde, membros da família e comunidade no curso de adoecimento da hipertensão arterial são cuidados necessários para o controle, assim como, engajamento dos familiares dos hipertensos no tratamento, uma vez que na sua ausência pode dificultar ainda mais a adesão terapêutica ⁵².

A participação familiar ao longo da progressão da hipertensão arterial torna-se um importante manejo clínico de cuidado, que favorece mudanças no estilo de vida entre as pessoas acometidas pela patologia, sendo importante que os profissionais de saúde incluam os familiares dos doentes com hipertensão na conduta clínica adotada, a fim de melhorar a efetividade da adesão terapêutica ⁵³.

Sabe-se que o agrupamento do histórico de fatores associados ao risco cardiovascular aumenta-se o risco de DCV ⁵⁴. Dessa forma, a análise multivariada evidenciou fatores de

proteção e risco de importância para a promoção, prevenção e controle do adoecimento crônico da saúde cardiovascular nos quilombolas hipertensos. O resultado destaca como fatores de proteção “ser do sexo masculino” e em situação familiar/conjugal “Com companheiro/filhos/outros”. Fato não evidenciado nas variáveis “ser analfabeto” e “DM tipo 2” apresentando-se no modelo final como fatores de risco não protetores da saúde cardiovascular.

O risco de desenvolvimento do risco cardiovascular em 10 anos foi menor entre as pessoas com maior nível de escolaridade⁵⁵. Os achados com relação à variável escolaridade traduzem interpretações importantes para o monitoramento e avaliação da saúde das pessoas hipertensas, tendo em vista que o conhecimento dessa variável é capaz de elucidar disparidades étnicas raciais no acesso à saúde, uma vez que pessoas mais escolarizadas entendem melhor seu processo saúde-doença, procuram serviços médicos e de saúde com mais frequência, portanto, menor será seu risco de adoecimento cardiovascular. Igualmente, é capaz de traduzir condições de vulnerabilidade em saúde crônica, haja vista que, quanto menor a escolaridade maior o risco de adoecimento cardiovascular e maiores terão que ser as intervenções de promoção, prevenção e controle das doenças cardiovasculares, principalmente, na perspectiva de se alcançar a reabilitação da saúde cardiovascular de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola ou que tenha sofrido um evento cardiovascular.

O risco cardiovascular evidenciou associação significativa com o DM, corroborando com os achados dos estudos^{56,57,35}. O DM está intimamente associado com doença cardiovascular (DCV), visto que as morbidades e mortalidades por DCVs são mais prevalentes em pessoas portadoras de diabetes⁵⁸. Em homens com diabetes o risco relativo de morbimortalidade por DCV oscila de 1 a cada 3 homens e entre as mulheres diabéticas varia de 2 a cada 5 quando comparadas às pessoas que não possuem DM⁵⁹.

Os estudos comprovam que existem disparidades no desenvolvimento de DCVs em pessoas diabéticas com relação ao sexo, sendo, principalmente, mais prevalentes ao longo da vida das mulheres, pois sofrem influências deletérias ainda em idade reprodutiva, com presença de distúrbios endócrinos como a síndrome dos ovários policísticos e distúrbios gestacionais representados pela pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes, assim como, pelo início precoce da menopausa, que são importantes fatores de risco de DCV, exclusivos para as mulheres^{60,61,62,63}.

O diabetes diagnosticado é um fator de risco equivalente para o infarto do miocárdio prévio⁶⁴. Em uma coorte de descendentes do Framingham Heart Study foi verificado que

africanos americanos com pressão arterial mais alta têm mais chances de desenvolver diabetes do que aqueles com pressão arterial normal, sendo incidente o aumento de diabetes entre os hipertensos por causa da maior taxa registrada de adiposidade, dentre outros fatores de risco cardiometabólicos⁶⁵.

Nesse sentido, políticas públicas de saúde devem ser fomentadas para minimizar a carga do diabetes e dos seus fatores associados, sem esquecer-se de abordar a obesidade, inatividade física, os determinantes sociais do diabetes, bem como a educação em saúde⁶⁶. Estudos prospectivos com relação ao controle glicêmico e o risco de desenvolver uma doença coronariana são importantes para determinar a terapêutica de prevenção de eventos cardiovasculares⁶⁷.

Este estudo possui limitações no delineamento metodológico adotado, uma vez que estudos de corte transversais não estabelecem onexo-causal da doença, onde há necessidade de aplicação de modelos de regressão para melhor entendimento das associações dos fatores de risco. Assim, investigações futuras são necessárias nessa população, pois se trata de uma comunidade quilombola afro-brasileira urbana, vivendo em contextos diferentes quando comparada com outras comunidades quilombolas, sobretudo, por vivenciarem em seu cotidiano, exposição constante a baixas condições de saúde e comportamentos humanos tipicamente urbanos. O que reforça a necessidade de novas pesquisas de segmento longitudinal a fim de melhor compreender a relação entre o risco cardiovascular e novos fatores de risco associados aos determinantes de saúde em seu contexto social, econômico e cultural.

A avaliação clínica do risco em pessoas hipertensas quilombolas evidenciou que a maioria encontra-se em risco cardiovascular; e revelou condições de adoecimento crônico da saúde cardiovascular na população estudada, uma vez que as condições de risco são consideradas subclínicas tanto para as pessoas hipertensas quanto para os profissionais de saúde, ou seja, não era de conhecimento de ambos.

Conhecer o risco cardiovascular torna-se importante medida na tomada de decisões dos cuidados clínicos de saúde⁷⁸. Nessa perspectiva, classificar as pessoas por estratos de risco, pode contribuir com a gestão clínica de cuidados em saúde no controle do adoecimento crônico cardiovascular das pessoas com hipertensão que estejam com alto risco de desenvolver um evento agudo cardiovascular, bem como causam impactos clínicos protetores na saúde e qualidade de vida das pessoas adoecidas cronicamente pela hipertensão.

Torna-se necessário à implementação de intervenções clínicas multiprofissionais amparadas por meio de estratégias de ensino clínico dos pacientes quanto ao conhecimento do

risco, bem como, medidas diagnósticas (exames laboratoriais) como o monitoramento clínico dos parâmetros de perfil lipídico, controle glicêmico e variáveis de comportamentos de risco, de forma a garantir a integralidade da assistência e o custo-efetividade dos serviços de saúde em populações de grupos minoritários e de baixas condições socioeconômicas.

CONCLUSÃO

A investigação evidenciou que as pessoas quilombolas hipertensas apresentam desfechos consistentes com relação ao risco cardiovascular, sobretudo, com inclusão do histórico familiar de DCV, diabetes tipo II, sobrepeso e obesidade, escolaridade e gênero com associações significativas e de alta prevalência. Após a análise bruta e ajustada de algumas variáveis como ser do “sexo masculino” e “viver com companheiro/filhos/outros”, comportam-se como efeitos protetores da saúde cardiovascular. Enquanto, as variáveis “escolaridade” e ter “diabetes tipo II” apresentaram como efeito reverso. Pode-se inferir que em sua maioria, os homens por ser o provedor da família, desenvolvem no cotidiano do seu processo laboral mais esforços físicos e atividades vigorosas e são amparados pelos seus familiares, em situações de necessidade de saúde, comportando-se como efeito protetor da saúde cardiovascular e atenuante dos efeitos deletérios que incidem sobre o sistema cardiovascular dos homens.

REFERENCIAS

- 1- Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev. CEFAC 2011; 13(5): 937-943.
- 2- Paiva SG. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em quilombos contemporâneos do Brasil Central: parâmetros demográficos, socioeconômicos, ancestralidade genética e saúde. 2017. 269 f., il. Tese (Doutorado em Biologia Animal) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- 3- Ofori SN, Odi OJ. Risk assessment in the prevention of cardiovascular disease in low-resource settings. Indian Heart J 2016; 68(3): 391-398.
- 4- World Health Organization. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Gêneve, Suiza: World Health Organization, 2013.
- 5- Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimentions, determinants, dynamics and directions for public health. Public Health Nutrition 2002; 5:231-237.

- 6- Lotufo PA. Cardiovascular diseases in Brazil: premature mortality, risk factors and priorities for action Comments on the preliminary results from the Brazilian National Health Survey (PNS), 2013. *Sao Paulo Med J* 2015a; 133(2): 69-72.
- 7- Ferdinand KC: Coronary artery disease in minority racial and ethnic groups in the United States. *Am J Cardiol* 2006; 97(2A): 12A–19A.
- 8- Pearson-Stuttard J, Guzman-Castillo M, Penalvo JL, Rehm CD, Afshin A, Danaei G, et al. Modeling future cardiovascular disease mortality in the United States: national trends and racial and ethnic disparities. *Circulation* 2016; 133(10): 967–78.
- 9- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 133:e38-e360.
- 10- Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, Kochergin CN, Souza CL, Moura CS, Soares DA, Santos LRCS, Cardoso LGV, Oliveira MV, Martins PC, Neves OSC, & Guimarães, MDC. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19 (6): 1835-47.
- 11- Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* 2014; 129 (suppl2):19-31.
- 12- Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, et al. Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015; 132(9): 873-898.
- 13- Gijssberts CM, Groenewegen KA, Hoefler IE, Eijkemans MJ, Asselbergs FW, Anderson TJ, et al. Race/ethnic differences in the associations of the Framingham risk factors with carotid IMT and cardiovascular events. *PLoS One* 2015; 10: e0132321. doi: 10.1371/journal.pone.0132321.
- 14- Bezerra, ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(4): 550-5.
- 15- Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul* 2016; 6(3): 138-144.
- 16- BeLue R, Okoror TA, Iwelunmor J, Taylor KD, Degboe AN, Agyemang C, et al. An overview of cardiovascular risk factor burden in sub-Saharan African countries: a socio-cultural perspective. *Global Health* 2009; 5:10.

- 17- Fundação Cultural Palmares. Comunidade Remanescentes de Quilombos (CRQ's). Comunidades Certificadas, 2016. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/COMUNIDADES-CERTIFICADAS.pdf>
- 18- Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 36(2): 87–9.
- 19- Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq. Bras. Cardiol* 2012; 99(1): 649-658.
- 20- Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, Lyra DP Jr. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm* 2014; 10(3): 554-61.
- 21- Brasil. Ministério da Saúde, Portaria CP n.15, de 24 de setembro de 2012. Aprova o uso da avaliação do risco cardiovascular no cuidado de adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.*
- 22- Hurley LP, Dickinson LM, Estacio RO, Steiner JF, Havranek EP. Prediction of Cardiovascular Death in Racial/Ethnic Minorities using Framingham Risk Factors. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3(2): 181-187.
- 23- Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, Fonseca FA, et al. V. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(Supl 1):1-22.
- 24- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: PNS2013. Manual de Antropometria. Rio de Janeiro, 2013.
- 25- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
- 26- National Cholesterol Education Program. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
- 27- Sociedade Brasileira de Hipertensão. Monitores de pressão arterial. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/medica/monitores.asp>
- 28- Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade

- Brasileira de Nefrologia. 7 th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107 (Suppl 3):1-83.
- 29- Oluyombo R, Olamoyegun MA, Olaifa O, Iwuala SO, Babatunde OA. Cardiovascular risk factors in semi-urban communities in southwest Nigeria: patterns and prevalence. *J Epidemiol Global Health* 2014; 5(2): 167–174.
- 30- Agyemang C, Addo J, Bhopal R, Aikins AG, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Global Health* 2009; 5:7. doi: 10.1186/1744-8603-5-7.
- 31- Rosa RS, Macêdo DA, Oliveira BG, Bonfim ES, Casotti C, Prado IP. Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do Risco Coronariano em Pacientes Hospitalizados. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* 2016;8(2): 4460-4471.
- 32- Oguoma VM, Nwose EU, Skinner TC, Richards RS, Digban KA, Onyia IC. Association between metabolic syndrome and 10-year risk of developing cardiovascular disease in a Nigerian population. *Int Health*. 2016; 8(5): 354–9.
- 33- Barber S, Hickson DA, Wang X, Sims M, Nelson C, Diez-Roux AV. Neighborhood disadvantage, poor social conditions, and cardiovascular disease incidence among African American adults in the Jackson Heart Study. *American Journal of Public Health* 2016; 106(12), 2219–2226. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303471>.
- 34- Leal C, Chaix B. The influence of geographic life environments on cardiometabolic risk factors: a systematic review, a methodological assessment and a research agenda. *Obes Rev* 2011; 12(3):217–230.
- 35- Garcia GT, Stamm AMNF, Rosa AC, Marasciulo AC, Marasciulo RC, Battistella C, et al. Grau de Concordância entre Instrumentos de Estratificação de Risco Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol* 2017; 108(5): 427-435.
- 36- Oguoma VM, Nwose EU, Skinner TC, Digban KA, Onyia IC, Richards RS. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among a Nigerian adult population: relationship with income level and accessibility to CVD risks screening. *BMC Public Health* 2015; 15:397.
- 37- Anyabolu EN, Okoye IC. Association of Marital Status with Cardiovascular Risks in Urban Dwellers in Nigeria, *International Journal of Internal Medicine* 2017; 6 (3): 43-48. doi: 10.5923/j.ijim.20170603.01.
- 38- Manfredini R, Giorgi A, Tiseo R, Boari B, Cappadona R, Salmi R, et al. Marital Status, Cardiovascular Diseases, and Cardiovascular Risk Factors: A Review of the Evidence. *J Womens Health (Larchmt)* 2017; 26(6):624-632.

- 39- Wong CW, Kwok CS, Narain A, Gulati M, Mihalidou AS, Wu P. Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis *Heart* Published Online First, 2018. doi: 10.1136/heartjnl-2018-313005
- 40- Chandra V, Szklo M, Goldberg R, Tonascia J. The impact of marital status on survival after an acute myocardial infarction: A population-based study. *Am J Epidemiol* 1983; 117:320–325.
- 41- Scheuner MT, Setodji CM, Pankow JS, Blumenthal RS, Keeler E. General cardiovascular risk profile identifies advanced coronary artery calcium and is improved by family history: the multiethnic study of atherosclerosis. *Circ Cardiovasc Genet* 2010; 3: 97–105.
- 42- Paynter NP, Chasman DI, Paré G, Buring JE, Cook NR, Miletich JP, et al. Association between a literature-based genetic risk score and cardiovascular events in women. *JAMA* 2010; 303: 631-637.
- 43- Pandey AK, Blaha MJ, Sharma K, Rivera J, Budoff MJ, Blankstein R, et al. Family history of coronary heart disease and the incidence and progression of coronary artery calcification: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis* 2014; 232:369–376. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2013.11.042.
- 44- Bachmann JM, Willis BL, Ayers CR, Khera A, Berry JD. Association between family history and coronary heart disease death across long-term follow-up in men: the Cooper Center Longitudinal Study. *Circulation* 2012; 125(25):3092–8.
- 45- Thanassoulis G, Peloso GM, Pencina MJ, Hoffmann U, Fox CS, Cupples LA, et al. A genetic risk score is associated with incident cardiovascular disease and coronary artery calcium: the Framingham Heart Study. *Circ Cardiovasc Genet* 2012; 5: 113-121.
- 46- Mendis SP, Norrving, B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva, 2011.
- 47- Kramer KM, Newton KM, Sivarnjan Froelicher ES. Cardiovascular risk factors. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens 2008; 6: 753-782.
- 48- Burger A, Pretorius R, Fourie CMT, Schutte AE. The relationship between cardiovascular risk factors and knowledge of cardiovascular disease in African men in the orth-West Province. *Health SA Gesondheid* 2016; 21: 364 – 371.
- 49- Tulloch-Reid MK, Younger NO, Ferguson TS, Francis DK, Abdulkadri AO, Gordon-Strachan GM, et al. Excess Cardiovascular Risk Burden in Jamaican Women Does Not Influence Predicted 10-Year CVD Risk Profiles of Jamaica Adults: An Analysis of the 2007/08 Jamaica Health and Lifestyle Survey. *PLoS ONE* 2013; 8(6): e66625. doi:10.1371/journal.pone.0066625.

- 50- Frieden TR. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Foreword. *MMWR Surveill Summ* 2013; 62(Suppl 3): 1–2.
- 51- Taylor HA, Coady SA, Levy D, Walker ER, Vasan RS, Liu J, et al. Relationships of BMI to cardiovascular risk factors differ by ethnicity. *Obesity*(Silver Spring, Md) 2010; 18: 1638–1645.
- 52- Costa RS, Nogueira LT. Family support in the control of hypertension. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16: 871–876.
- 53- Ojo OS, Malomo SO, Sogunle PT. Blood pressure (BP) control and perceived family support in patients with essential hypertension seen at a primary care clinic in Western Nigeria. *J Family Med Prim Care* 2016; 5(3): 569–575. doi: 10.4103/2249-4863.197284.
- 54- Silventoinen K, Hjelmborg J, Möller S, Ripatti S, Skythe A, Tikkanen E, et al. Family aggregation of cardiovascular disease mortality: a register-based prospective study of pooled Nordic twin cohorts. *International Journal of Epidemiology* 2017; 46: 1223–1229.
- 55- Borhanuddin B, Nawati AM, Shah SA, Abdullah N, Zakaria SZS, Kamaruddin MA, et al. 10-Year Cardiovascular Disease Risk Estimation Based on Lipid Profile-Based and BMI-Based Framingham Risk Scores across Multiple Sociodemographic Characteristics: The Malaysian Cohort Project. *The Scientific World Journal* 2018; 2018: 1-8. Article ID 2979206 <https://doi.org/10.1155/2018/2979206>.
- 56- D'Agostino RB Sr, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA* 2001; 286:180–187.
- 57- Matsha TE, Hassan MS, Kidd M, Erasmus RT. The 30-year cardiovascular risk profile of South Africans with diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes, pre-diabetes or normoglycaemia: The Bellville-South Africa Pilot Study. *Cardiovasc J Afr* 2012; 23:5-11. [<http://dx.doi.org/10.5830/CVJA-2010-087>]
- 58- Matheus AS, Tannus LR, Cobas RA, Palma CC, Negrato CA, Gomes MB. Impact of diabetes on cardiovascular disease: an update. *Int J Hypertens* 2013; 2013:1-15. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/653789>
- 59- Rivellese AA, Riccardi G, Vaccaro O. Cardiovascular risk in women with diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2010; 20:474–480.
- 60- Appelman Y, Van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis* 2015; 241: 211–218.

- 61- Behrens I, Basit S, Melbye M, Lykke JA, Wohlfahrt J, Bundgaard H, et al. Risk of post-pregnancy hypertension in women with a history of hypertensive disorders of pregnancy: Nationwide cohort study. *BMJ* 2017; 358.
- 62- Humphries KH, Izadnegahdar M, Sedlak T, Saw J, Johnston N, Schenck-Gustafsson K, et al. Sex differences in cardiovascular disease-Impact on care and outcomes. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2017; 46: 46–70.
- 63- Shostrom DCV, Sun Y, Oleson JJ, Snetselaar LG, Bao W. History of gestational diabetes mellitus in relation to cardiovascular disease and cardiovascular risk factors in US women. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2017; 8:144.
- 64- Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, Lennon L, Sattar N. Impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men: influence of age at onset, diabetes duration, and established and novel risk factors. *Arch Intern Med* 2011; 171:404–410.
- 65- Wei G, Coady S, Goff D, Brancati FL, Levy D, Selvin E, et al. Blood pressure and the risk of developing diabetes in African American and Whites. *Diabetes Care* 2011; 34:873–9.
- 66- Gatimu SM, Milimo BW, Sebastian MS. Prevalence and determinants of diabetes among older adults in Ghana. *BMC Public Health* 2016; 16:1174. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3845-8>.
- 67- Leon BM, Maddox TM. Diabetes and cardiovascular disease: Epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. *World J Diabetes* 2015; 6:1246–1258.
- 68- Bergman HE, Reeve BB, Moser RP, Scholl S, Klein WMP. Development of a comprehensive heart disease knowledge questionnaire. *Journal of Health Education* 2011; 42 (2): 74-87.

4.2 MANUSCRITO 2

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PESSOAS HIPERTENSAS RESIDENTES EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

Randson Souza Rosa¹

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery²

RESUMO

Objetivo: analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e fatores associados à saúde cardiovascular, em pessoas hipertensas, residentes em famílias de comunidade quilombola urbana. **Método:** Trata-se de um estudo censitário, de delineamento transversal e de base comunitária, realizado em uma comunidade quilombola, de um interior do nordeste brasileiro. A população do estudo foi constituída de 302 pessoas hipertensas com idade entre 35 à 79 anos, de ambos os sexos e com diagnóstico de hipertensão arterial registrado em prontuário da unidade básica de saúde adscrita. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: o questionário de hipertensão arterial na atenção primária e a escala de adesão medicamentosa de Morisky (MMAS-8). **Resultados:** Houve predomínio de pessoas hipertensas do sexo feminino, baixa escolaridade, raça negra, pouco rendimento financeiro, residentes com familiares, aposentados e não trabalhar. Na análise de regressão múltipla associaram-se à adesão ao tratamento medicamentoso: sexo ($p=0,022$), idade ($p=0,00$) e pressão arterial sistólica (PAS) ($p=0,013$). Das pessoas hipertensas que aderiram à adesão medicamentosa, 91% residiam acompanhadas e 9% sozinhos; e a maioria tinha comportamento sedentário. **Conclusão:** As variáveis, sexo, idade e PAS influenciam na adesão medicamentosa de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola. Conviver com familiares pode influenciar positivamente nesta adesão. Promover intervenções que acentuem a importância da adoção de hábitos saudáveis de vida podem potencializar o controle da pressão arterial.

Palavras-Chave: Aderência Terapêutica; Tratamento Farmacológico; Hipertensão; Minorias Étnicas, Populações de Ascendência Africana.

¹ Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

² Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

INTRODUÇÃO

A hipertensão Arterial (HA) é considerada um grave problema de saúde pública mundial por constituir-se como principal fator de risco modificável para as doenças do aparelho circulatório, como o acidente vascular cerebral e a doença isquêmica cardíaca,¹ e devido à sua alta prevalência², principalmente em países de baixa e média renda³. Dentre estes, o Brasil vivencia um aumento nas taxas de óbitos anuais atingindo 21,4% de sua população⁴.

Devido a esta morbimortalidade, a adesão ao tratamento adequado, que é o principal modo de controle da HA, ainda é um grande desafio^{1,5}. Ademais, a falta de adesão impacta em piores condições de saúde à população acometida⁶.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) a “adesão é o grau de comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudança de estilo de vida correspondente às recomendações de um profissional de saúde”. Assim, a adesão envolve tratamentos não medicamentosos (mudança de hábitos) e medicamentoso ou farmacológico.

No que se refere à adesão medicamentosa em pessoas com HA, este é um processo compreendido como complexo e multifatorial que pode ser influenciado por fatores relacionados à falta de controle da pressão arterial⁷, ao perfil sociodemográfico, à doença, ao paciente, ao profissional de saúde, ao relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente, ao tratamento, ao serviço de saúde, ao uso de substâncias, aos problemas sociais⁸ e aos aspectos culturais⁹.

Neste tocante, pesquisadores têm ressaltado a necessidade de mais estudos sobre a adesão medicamentosa anti-hipertensiva que leve em consideração, entre outros fatores, a cultura^{9,10} e a raça^{9,11}. Assim, é premente o desenvolvimento desses estudos da população negra, pois esta é mais afetada pela HA em relação às outras raças¹².

No território nacional, a população de ancestralidade negra, que inclui pessoas que se autodeclararam pretas e pardas¹³, possui alta prevalência de HA¹⁴. Dentre esta população, destacam-se as pessoas que vivem em comunidades quilombolas que apresentam, além da identidade étnico-racial própria¹⁵, uma significativa vulnerabilidade social¹⁶, condições precárias de moradia¹⁷ e dificuldades de acesso aos serviços de saúde¹⁸, o que pode comprometer a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Em geral, as comunidades quilombolas localizam-se em meio rural e os poucos estudos que envolvem a identificação de suas condições de saúde concentram-se nestas localidades^{16,19,20}. Por conseguinte, os estudos direcionados para a investigação da adesão

medicamentosa e os seus fatores associados em pessoas hipertensas quilombolas¹⁴ são incipientes, especialmente em comunidade quilombola urbana.

A identificação, da adesão medicamentosa e dos fatores associados é relevante e a sua análise em diferentes contextos regionais²¹ pode fornecer subsídios para profissionais de saúde, pesquisadores e gestores na formulação de políticas públicas para reverter este agravo (HA) e na criação de intervenções que possam favorecer a promoção da saúde dessas pessoas e aumentar as taxas de adesão⁵.

Nesse contexto, o objetivo do estudo é analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e fatores associados à saúde cardiovascular, em pessoas hipertensas, residentes em famílias de comunidade quilombola urbana.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo censitário, de delineamento transversal e da base comunitária, realizado em um município no nordeste brasileiro, com 483 pessoas hipertensas elegíveis, que residem nesta comunidade remanescente quilombola, localizada na zona urbana de Jequié-BA, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

A coleta de dados compreendeu os meses de novembro de 2017 à março de 2018. Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram: ter idade entre 35 e 79 anos, se autodeclararem quilombolas, pardos ou pretos (negros), residirem na comunidade do Barro Preto, ser cadastrado na ESF em seu território e ter o diagnóstico médico de HA registrado em prontuário. Já os critérios de exclusão foram: pessoas que, após três visitas em dias e horários distintos, não foram encontradas para a entrevista e/ou não compareceram na coleta sanguínea.

Para realizar o levantamento das pessoas cadastradas na ESF da comunidade quilombola em estudo foi realizada uma busca nas Fichas A no prontuário familiar, sendo encontradas 400 pessoas hipertensas elegíveis, ou seja, que contemplavam os critérios de elegibilidade. Com base nesta população as pessoas a serem pesquisadas foram divididas entre 10 setores censitários, que correspondiam as suas microáreas de pertencimento. Posteriormente, por meio de visitas domiciliares, dentre as 400 pessoas elegíveis, 21 pessoas não foram encontradas em seu domicílio, 4 mudaram de endereço, sendo entrevistada apenas 375 pessoas hipertensas quilombolas no momento da coleta, excluiu-se 68 da análise, pois não compareceram à 2ª etapa da pesquisa (coleta sanguínea), 4 estavam com questionário incompleto, e 1 compareceu à 2ª etapa da pesquisa, mas não respondeu o questionário de adesão medicamentosa, resultando em 302 pessoas para este estudo.

A investigação foi feita de modo censitário, ou seja, abrangendo, todas as pessoas hipertensas encontradas no momento da entrevista e todas foram informadas sobre o estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a pesquisa realizada somente após seu entendimento, concordância e assinatura.

Foi utilizada a técnica de entrevista para a aplicação dos instrumentos, iniciando-se pelo formulário de HA que é utilizado rotineiramente nesta ESF e que contém as variáveis independentes referentes aos dados sociodemográficos (idade, sexo, situação conjugal/familiar, escolaridade, raça/cor, ocupação e renda familiar) e aspectos de saúde (comorbidade, estilo de vida e índice antropométrico) que foram avaliados neste estudo. Não foi realizado o teste piloto, uma vez que se constitui como formulário-padrão no serviço de saúde onde o estudo foi realizado.

Em seguida, para avaliar a adesão medicamentosa, variável dependente deste estudo, os participantes responderam à Escala de Adesão Medicamentosa de Morisky (MMAS-8), validada^{22,23} e utilizada em outros estudos brasileiros⁸. O questionário contém oito perguntas e as possibilidades de resposta são “sim” e “não”. Para cada resposta “não” soma-se 1 ponto. Ao final da somatória obtém-se a classificação da adesão em três níveis: alta (escore 8), média (escore 6 e 7) e baixa (escore < 6).

Neste estudo serão considerados aderentes aqueles pacientes com pontuação igual ou superior a 6 na MMAS-8 e não aderentes a pontuação final menor que 6, conforme recomendado por Oliveira-Filho et al.²².

Os dados oriundos da coleta foram tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0. A análise foi realizada a partir de estatística descritiva, utilizando-se mediana e intervalo interquartil para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para as categóricas. Para as análises bivariadas das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado e para as contínuas, adotou-se o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo atende à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, parecer nº: 2.015.327 e CAAE nº: 66705617.2.0000.5578.

RESULTADOS

Entre as pessoas hipertensas avaliadas, a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso foi 62,9%. A idade variou de 26 à 79 anos, com mediana de 60 anos (IQ 52,0-69,0). Quando avaliada entre os grupos (i.e. aderente ou não aderente) a mediana do grupo

aderente foi de 62 anos (IQ 55,0-71,0), enquanto a do não aderente foi de 55,5 anos (IQ 48,0-66,0) sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significantes ($p=0.000$).

Em relação às variáveis sociodemográficas, houve predominância entre o sexo feminino (67%). Quanto ao nível de escolaridade verificou-se que os participantes com menos de um ano de estudo aderem mais a medicação anti-hipertensiva (70,6%). No que concerne à raça/cor, 63,4% das pessoas hipertensas negras (inclui-se os pardos) aderem à medicação. Quanto à situação conjugal e familiar, 91% das pessoas que aderem ao tratamento convivem com companheiro ou com outros familiares (consanguíneos ou não). Observa-se que houve maior adesão em pessoas que recebem renda menor ou igual a um salário mínimo (62,7%), aposentadas (66,7%) e que não trabalham (65,4%). Esta caracterização está na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola em relação à adesão medicamentosa. Jequié, BA, Brasil, 2018.

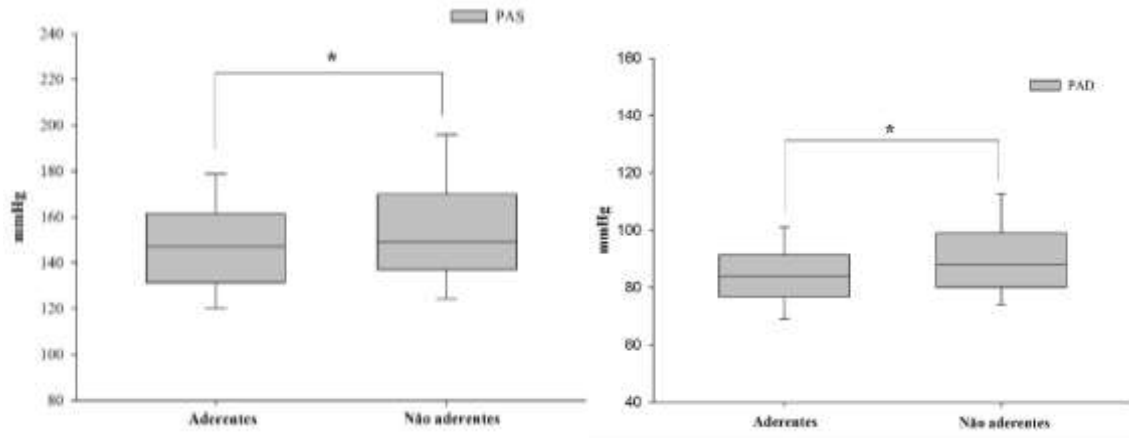
	Adesão Medicamentosa		<i>p</i>
	Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo (n= 302)			0,002*
Masculino	41 (47,1)	46 (52,9)	
Feminino	71 (33,0)	144 (67,0)	
Escolaridade (n=302)			0,062
< 1 ano de estudo	37 (29,4)	89 (70,6)	
De 1 à 8 anos de estudo	61 (42,4)	83 (57,6)	
> 8 anos de estudo	14 (43,8)	18 (56,3)	
Raça/cor (n=302)			0,615
Negros	100 (36,6)	173 (63,4)	
Não negros	12 (41,4)	17 (58,6)	
Situação conjugal/familiar (n=302)			0,180
Com companheiro	74 (41,3)	105 (58,7)	
Com outros familiares	30 (31,3)	66 (68,8)	
Vive só	8 (29,6)	19 (70,4)	
Renda (n=278)			0,927
≤ um salário	82 (37,3)	138 (62,7)	
> um salário	22 (37,9)	36 (62,1)	
Ocupação (n=302)			0,934
Trabalha	76 (38,4)	122 (61,6)	
Não trabalha	28 (34,6)	53 (65,4)	
Aposentado	3 (33,3)	6 (66,7)	
Outros	5 (35,7)	9 (64,3)	

FONTE: dados da pesquisa.

Quanto aos aspectos de saúde a mediana geral da pressão arterial foi de 147x85 mmHg. Ao comparar a pressão arterial sistólica (PAS) e a diastólica (PAD) entre os grupos

(i.e. aderente e não aderente) evidenciou-se que tanto a PAS quanto a PAD no grupo não aderente era mais elevada, como apresentado na figura 1, a seguir.

Figura 1. Mediana e intervalo interquartil da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) entre indivíduos aderentes e não aderentes. Jequié, 2018.



FONTE: dados da pesquisa. *Diferença estatisticamente significativa pelo teste de Mann Whitney.

Na tabela 2, a seguir, nota-se que a maioria das pessoas que aderem a terapia medicamentosa possui diabetes mellitus (DM) tipo 2 (67,1%) e algum familiar com histórico de doença cardiovascular (DCV) (67,3%). Quanto ao hábito ou estilo de vida, a maior parte dos participantes aderentes relatou não fumar (63,7%) e não praticar atividade física (65,1%). Em relação às variáveis antropométricas a maioria dos participantes sem sobrepeso possui maior adesão farmacológica (64,7%).

Tabela 2. Aspectos de saúde de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombola em relação a adesão farmacológica. Jequié, BA, Brasil, 2018.

	Adesão farmacológica	
	Não n (%)	Sim n (%)
Histórico familiar DCV (n= 271)		
Sim	55 (32,7)	113 (67,3)
Não	42 (40,8)	61 (59,2)
Diabetes T2 (n=220)		
Sim	23 (32,9)	47 (67,1)
Não	57 (38,0)	93 (62,0)
Tabagismo (n=302)		
Sim	13 (46,4)	15 (53,6)
Não	99 (36,1)	175 (63,9)
Sedentarismo (n=302)		
Sim	53 (34,9)	99 (65,1)
Não	59 (39,3)	91 (60,7)
Categorias do IMC (n=298)		

Sem sobrepeso	24 (35,3)	44 (64,7)
Com sobrepeso	87 (37,8)	143 (62,2)

FONTE: dados da pesquisa. IMC = Índice de Massa Corporal; DCV = Doença Cardiovascular.

O modelo final da regressão logística está apresentado na Tabela 3, sendo observado que a idade foi um fator de proteção para a adesão (i.e. o aumento da idade melhora a adesão), assim como, o sexo feminino. Por outro lado, a pressão sistólica apresentou-se como um fator de risco para a adesão (i.e. maiores valores de pressão sistólica implicam em pior adesão).

Tabela 3 - Coeficiente de regressão β com e sem ajuste, e intervalo de confiança 95% de modelo final de regressão para adesão farmacológica. Jequié, BA, Brasil, 2018.

	β	IC95%	β ajustado	IC95% para β ajustado
Idade	0,963	0,963-0,991	0,954	0,933-0,975
PAS*	1,009	0,995-1,023	1,013	1,003-1,023
Sexo feminino	0,509	0,290-0,894	0,497	0,292-0,846

FONTE: dados da pesquisa. *PAS = Pressão Arterial Sistólica

DISCUSSÃO

Nos resultados deste estudo ter idade mais elevada e ser do sexo feminino são fatores associados a uma maior adesão medicamentosa, enquanto aumentos da PAS estão ligados a uma pior adesão, o que destaca que variáveis biológicas e comportamentais estão envolvidas no modelo de adesão terapêutica.

A adesão medicamentosa em pessoas hipertensas deste estudo (62,9%) foi inferior às médias brasileiras segundo dados de pesquisas nacionais (81,4% e 83%)^{24,25}.

Ao comparar a taxa de adesão de nosso estudo com outros cenários geográficos nacionais, constata-se que outras cidades nordestinas apresentaram resultados inferiores^{22,26}, com porcentagens variando de 19,7% em Maceió-AL a 26,75% em Teresina-PI. Entretanto, pesquisas nas regiões Sudeste^{27,28} e sul²⁹ apresentam taxas de adesão superiores, respectivamente 90,7%, 70,7% e 65,7%.

Prováveis explicações para as divergentes porcentagens referem-se ao uso de diferentes escalas de adesão medicamentosa³⁰, aos altos índices de desenvolvimento humano e maior acesso aos serviços de saúde nas regiões sudeste e sul quando comparadas às demais regiões brasileiras.

Em outras populações negras, de origem africanas como aquelas residentes em Ghana e Nigéria³¹ e Nedjo³², encontra-se taxas de adesão inferiores ao nosso estudo, respetivamente

33,3% e 31,4%, sendo relacionadas ao uso de ervas medicinais (fator cultural), baixos conhecimentos sobre a HA e acesso ao seu tratamento. Provavelmente o contato mais frequente dos hipertensos quilombolas em estudo com a comunidade urbana e o serviço de saúde tenha reduzido esta crença cultural e aumentado a confiança e as atitudes no tratamento farmacológico.

A maioria da população estudada pertence ao sexo feminino. Este dado é corroborado por outros estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior, o que demonstra uma maior procura desse grupo pelos serviços de saúde^{33,34,35,36,31}, facilitando assim, o diagnóstico e o tratamento³⁷. No Brasil, este dado pode estar relacionado à cultura de maior participação feminina nas ações de saúde desenvolvidas, especialmente na ESF.

Diferente de pesquisas anteriores^{34,28,33,38}, neste estudo o sexo feminino apresentou associação estatística e mostrou-se como fator de proteção, o que contradiz a hipótese da adesão medicamentosa não ser influenciada pelo sexo¹⁶.

Em relação à idade, diversas pesquisas convergem com os resultados deste estudo, mostrando que a adesão medicamentosa está associada ao aumento da idade, sendo mais frequente em idosos^{27,39,21,31,40,41,42,43}. Em contrapartida, pessoas com idade entre 20 e 59 anos apresentam risco 2,51 vezes maior, que os idosos, para a não adesão medicamentosa^{44,45}.

A preocupação com comorbidades, alterações ou complicações vivenciadas pela HA^{34,46} e a presença de um cuidador podem influenciar os idosos nesta adesão. Em adultos e jovens a assintomatologia ou não preocupação com a saúde podem ser fatores de risco para esta baixa adesão³¹. Portanto, ações de educação em saúde para o grupo etário mais jovem é premente.

Outros autores^{16,19,47} já documentaram a baixa escolaridade em pessoas hipertensas quilombolas, mas não associaram-na à adesão medicamentosa. Neste estudo, embora os resultados não sejam estatisticamente significativos, as pessoas hipertensas que aderiram ao tratamento apresentaram menor nível educacional. Esta é uma relação inversa às outras pesquisas^{27,48,41,21}, que têm identificado a baixa escolaridade refletida na menor adesão medicamentosa, por constituir-se como um fator limitante na compreensão sobre a doença e o tratamento prescrito³⁵.

A categorização da escolaridade adotada nesta pesquisa (em anos de estudo) difere-se das investigações citadas quanto ao ponto de corte e outras categorizações heterogêneas, exigindo assim, cautela nas interpretações.

Quanto à situação financeira, a literatura mostra que a maior renda está associada a melhor adesão farmacológica^{28,44}, o que reflete na redução dos níveis pressóricos³⁰.

Entretanto, uma revisão sistemática apontou que a análise isolada da renda pode não ser o fator decisório da adesão medicamentosa⁴⁸.

Embora os hipertensos deste estudo possuam baixa renda, situação semelhante a outras populações negras quilombolas¹⁶ ou não³¹, é provável que outros fatores como a acessibilidade gratuita aos medicamentos e a conscientização do tratamento possam ter sobreposto a influência da variável renda, aumentando, assim, a adesão farmacológica nesta população.

A Organização Mundial da Saúde (2013) define que são consideradas pessoas hipertensas aquelas com a Pressão Arterial Sistólica - PAS igual ou superior a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica - PAD igual ou superior a 90 mmHg¹. Neste estudo houve maior redução da PAS e da PAD no grupo de maior adesão medicamentosa, culminando no controle dos níveis pressóricos. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{30,16,31,40}.

Estudo nacional sobre a política na população negra no estado do Maranhão distingue que os principais desafios enfrentados no controle da HA correspondem à falta de capacitação dos profissionais, uso de protocolos terapêuticos inadequados e a distribuição irregular de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde⁴⁹.

Pesquisa internacional demonstrou que o aumento no controle da HA, que excedeu 80%, esteve relacionado ao enfrentamento desses desafios, além de serem aplicadas outras medidas como gerenciamento de casos em pacientes de alto risco (insuficiência cardíaca e DM), consulta anual regular, educação em saúde, profissionais graduados que realizam busca ativa dos pacientes não aderentes incentivando-os a marcar consultas⁵⁰.

As medidas citadas no referido estudo são previstas no planejamento e na execução dos serviços de saúde nacionais nas unidades básicas, exceto pela busca ativa que não é realizada por profissional de saúde graduado. A orientação desses profissionais, especialmente dos enfermeiros, tem sido associada à maior adesão medicamentosa^{51,52}, enquanto que a orientação dos agentes comunitários de saúde pode aumentar as chances de não adesão à medicação anti-hipertensiva em até 2,21 vezes²⁸.

No que se refere à variável raça/cor, os resultados deste estudo identificam que - embora a maioria dos hipertensos seja de cor preta e parda, o que pode estar associado ao grupo populacional pesquisado - quilombolas - para esta variável não houve associação significativa com a adesão farmacológica. Resultado oposto para esta relação foi encontrado em um estudo realizado no Paraná-Santa Catarina,⁵³ ao identificar que a maioria das pessoas

hipertensas, que era de cor branca (70%), apresentou resultados estatisticamente significativos para uma maior adesão ($p=0,01$).

A associação isolada da variável (raça/cor) sobre adesão medicamentosa tem sido pouco citada em estudos no Brasil e exterior^{39,16,54,55}. Neste sentido, um aprofundamento nos estudos sobre a relação da variável raça/cor com a adesão medicamentosa necessita ser desenvolvido para se estabelecer um consenso entre os pesquisadores.

Em relação à situação conjugal e familiar os resultados desta pesquisa convergem com outros estudos, mostrando que a motivação oferecida por coabitar com companheiro (66,6%)³⁰ ou outros familiares (59,7%)¹⁶ favorecem à adesão medicamentosa, podendo haver ainda associação significativamente positiva entre estas duas variáveis (morar acompanhado e adesão medicamentosa)²⁷.

Dessa maneira, a família pode atuar como agente facilitadora da adesão medicamentosa ao incentivar as práticas de autocuidado. Para isto, é necessário que as situações estressantes sejam reduzidas⁵⁶.

A relação da adesão medicamentosa com doenças prévias como a diabetes tipo 2⁴⁰ e a história familiar de doença cardiovascular³³, também foi documentada em outras pesquisas. Provavelmente, a presença de outra(s) comorbidade(s), além da hipertensão, induz os profissionais de saúde a dedicarem maior atenção a esta população, o que pode resultar em melhores taxas de adesão farmacológica³⁴.

O grupo de pessoas hipertensas aposentadas e que não trabalha apresentou maior adesão medicamentosa, como já observada em outros estudos^{55,30}. O tempo livre para participar de atividades educativas e consultas pode ter influenciado nesta adesão.

Entre os trabalhadores a baixa adesão pode estar relacionada ao cumprimento de normas trabalhistas, influenciando-os a abdicarem dos cuidados com a saúde como esquecer de tomar os medicamentos ou retardar o horário da sua administração⁵⁷ e à inflexibilidade do horário de funcionamento das unidades básicas de saúde^{58,33}. Portanto, é essencial adequação de horários, tanto no funcionamento dos serviços de saúde, quanto nas prescrições medicamentosas.

As variáveis relativas ao estilo de vida foram tabagismo e sedentarismo. Entre os aderentes prevalecem aquelas pessoas hipertensas que não fumam ou são ex-fumantes, semelhantemente a outras pesquisas^{33,55,30,57,59}. As ações da educação em saúde, aspectos pessoais ou complicações no quadro clínico podem ter influenciado no abandono ou não iniciação do vício.

Quanto ao sedentarismo, nossos resultados convergem com outros estudos ao identificarem que hipertensos com comportamento sedentário aderem mais ao tratamento^{34,55,40}.

A maior adesão de pessoas com sedentarismo no tratamento farmacológico pode estar relacionado ao desafio na mudança dos hábitos de vida⁶, como a dificuldade de iniciar práticas regulares de atividade física. Este dado reforça a importância das ações e intervenções em saúde para estimular a adoção do estilo de vida saudável⁷. O exercício físico isoladamente tem repercutido sobre a redução dos níveis pressóricos⁶⁰ e a combinação com tratamento farmacológico pode potencializar este efeito⁶¹ e melhorar a qualidade de vida de pessoas hipertensas.

Neste estudo, observou-se maior adesão farmacológica entre pessoas hipertensas eutróficas, que culmina com melhor nível pressórico⁴⁰. Resultado oposto foi encontrado na Região Nordeste ao mostrar que pessoas com a doença HA que aderiram à terapia medicamentosa eram distróficas⁶². A divergência deste resultado pode estar relacionada às atividades do lar e trabalho braçal praticados por mulheres e homens quilombolas, que ocasionam na redução calórica e do IMC.

Esta investigação apresenta limitações relacionadas à falta de um grupo controle e ao viés de seleção, pois a maioria das informações foram autorreferidas, o que não nos permite tecer generalizações em relação à adesão ao tratamento de pessoas hipertensas quilombolas cadastradas em outros serviços ou áreas geográficas.

A adesão ao tratamento de condições crônicas apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública e os trabalhadores em saúde, especialmente os enfermeiros. Desta forma, os resultados do presente estudo mostram que os profissionais de saúde necessitam projetar ações e intervenções educativas, que auxiliem as pessoas residentes em comunidade quilombola a melhorar sua adesão terapêutica medicamentosa, alinhando-a a terapia não medicamentosa, como adoção de hábitos de vida saudável que, por conseguinte, promova maior controle dos níveis pressóricos.

CONCLUSÃO

Este estudo verificou que a adesão ao tratamento medicamentoso foi inferior, quando comparada com a média nacional, embora tenha sido superior a outras cidades na região Nordeste do Brasil.

O perfil dos usuários que aderiram ao tratamento de hipertensão caracterizou-se por ser do sexo feminino, mediana de 60 anos, ter menos de um ano de estudo, morar

acompanhado (companheiro ou demais familiares), possuir renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, ter diabetes tipo 2 e histórico familiar de DCV, não fumar, ser sedentário, sem sobrepeso e apresentar PAS controlada. Destas variáveis, aquelas com resultado estatisticamente significativo como fator de proteção foram o sexo feminino e o aumento da idade e como fator de risco os níveis aumentados de PAS no grupo não aderente.

Os dados demonstrados neste estudo são positivos quanto à adesão medicamentosa de pessoas hipertensas, da raça negra, na região Nordeste, o que demonstra um avanço, mesmo que modesto, na participação dessa população em programas de saúde pública. Contudo, é necessário maior investimento nas políticas públicas de controle da HA para que a adesão desta população se equipare à média nacional.

Os resultados reforçam ainda a importância de incorporar estratégias motivacionais centradas no estímulo do autocuidado para unificar o tratamento não farmacológico, como as práticas de atividade física, à terapia farmacológica. Ademais, as ações de promoção e prevenção da saúde devem considerar o núcleo familiar, os aspectos sociais e culturais, e incentivar o empoderamento dessas pessoas como sujeitos ativos da mudança de sua própria realidade.

REFERÊNCIAS

- 1- World Health Organization. A global brief on hypertension: silente killer, global public health crisis. Geneva: WHO; 2013.
- 2- GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risk factors or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386 (10010): 2287–2323. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2.
- 3- Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016; 134(6):441-50.
- 4- Araújo ASS, Rizzato SS, Scalioni BA, Sampaio CP, Landmann SC, Carvalho MD. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24: 297-304.
- 5- Hyman DJ, Pavlik V. Medication adherence and resistant and hypertension. *J Hum Hypertens* 2015; 29(4):213-8.

- 6- Kleinsinger F. The Unmet Challenge of Medication Nonadherence. *Perm J Perm J*. 2018; 22: 18-033. doi: 10.7812/TPP/18-033
- 7- Raymundo ACN, Pierin AMG. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5): 811-9.
- 8- Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev soc Bras Clin Med*. 2015; 13(1): 75-84.
- 9-Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)* 2013; 11(3): 331-337.
- 10- Marin NS, Santos MF, Moro AS. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(n.esp):061-067.
- 11- Thomas SJ, Booth JN 3rd, Dai C, Li X, Allen N, Calhoun D, Carson AP, Gidding S, Lewis CE, Shikany JM, Shimbo D, Sidney S, Muntner P. Cumulative incidence of hypertension by 55 years of age in blacks and whites: The CARDIA Study. *J Am Heart Assoc* 2018; 7 (14): e007988. doi: 10.1161/JAHA.117.007988
- 12- Yoon SS, Fryar CD, & Carroll MD. Hypertension prevalence and control among adults: United States, 2011–2014. *NCHS Data Brief* 2015; (220):1-8.
- 13- Brasil. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010. Institui sobre a Igualdade Racial. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 20 julho de 2010.
- 14- Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2013;29(9):1889-902. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>
- 15- Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União, Brasília*, 21 de novembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
- 16- Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, Kochergin CN, Souza CL, Moura CS, Soares DA, Santos LRCS, Cardoso LGV, Oliveira MV, Martins PC, Neves OSC, & Guimarães, MDC. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19 (6): 1835-47.

- 17- Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, Velloso NA. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* Online 2015; 7(1):1847-1855.
- 18- Santos VC, Boery EN, Boery RNSO, Anjos KF. Conditions of health and quality of life of the quilombola elderly black. *J Nurs UFPE on line* 2014; 8(8): 321-7.
- 19- Santos VC, Boery EM, Pereira R, Rosa DOS, Vilela ABA, Anjos KFK, Boery RNSO. Condições socioeconômicas e de saúde associadas á qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto contexto – enferm* 2016; 25 (2): e1300015.
- 20- Prates LA, Possati AB, Timm MS, Cremonese L, Oliveira G, Ressel LB. Significados Atribuídos por Mulheres Quilombolas ao Cuidado à Saúde. *J. res.: fundam. care. online* 2018; 10(3): 847-855.
- 21- Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, Ramos LR, Farias MR, Pizzol TSD. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl 2):10s.
- 22- Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq. Bras. Cardiol* 2012; 99(1): 649-658.
- 23- Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, Lyra DP Jr. The 8-item Morisky Medication. Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm* 2014; 10(3): 554-61.
- 24- Malta DC, Stopa SR, Andrade SSCA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18 (suppl 2): 109-122. doi: 10.1590/1980-5497201500060010.
- 25- Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2014; 30(4):815-26. DOI:10.1590/0102-311X00160512
- 26- Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Cienc Saude Coletiva* 2012; 17(7): 1885-92.
- 27- Ferreira MA, Iwamoto HH. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hipertensão da atenção primária à saúde. *REME • Rev Min Enferm.* 2017;21:e-1037. DOI: 10.5935/1415-2762.20170047.

- 28- Gomes e Martins A, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta paul. enferm.* 2014; 27(3): 266-272.
- 29- Grezzana GB, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(4):355-61.
- 30- Silva LFRS, Marino JMR, Guidoni CM, Giroto E. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2014; 35(2): 271-278.
- 31- Boima V, Ademola AD, Odusola AO, Agyekum F, Nwafor CE, Cole H, Salako BL, Ogedegbe G, Tayo BO. Factors Associated with Medication Nonadherence among Hypertensives in Ghana and Nigeria. *International Journal of Hypertension* 2105; 2015:8. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/205716>.
- 32- Berisa HD, Dedefo MG. Non-Adherence Related Factors to Antihypertensive Medications Among Hypertensive Patients on Follow up at Nedjo General Hospital in West Ethiopia. *The Open Public Health Journal* 2018; 11: 62-71.
- 33- Mansour SN, Monteiro CN, Luiz OC. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(3): 647-654.
- 34- Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18 (6): 1763-1772.
- 35- Martins AG, Chavaglia SR, Ohl RI, Martins IM, Gamba MA. Compliance with outpatient clinical treatment of hypertension. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(3):266-72.
- 36- Doner Lotenberg L, Clough LC, Mackey TA, Rudolph AE, Samuel R, Foody JM. Lessons learned from a survey of the diagnosis and treatment journeys of postmenopausal women with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2013; 15(8): 532-41.
- 37- Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR , Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, Arrais PSD, Luiza VL, Dal Pizzol TS. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(supl 2):8s.
- 38- Osamor PE. Social support and management of hypertension in southwest Nigeria *Cardiovasc J Afr* 2015; 26: 29–33.
- 39- Aiolfi CR, Alvarenga MR, Moura CS, & Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2015; 18(2): 397-404.

- 40- Khayyat SM , Khayyat SMS, Alhazmi RSH, Mohamed MMA, Hadi MA. Predictors of Medication Adherence and Blood Pressure Control among Saudi Hypertensive Patients Attending Primary Care Clinics: A Cross-Sectional Study. PLOS ONE 2017; 12(10): e0187614.
- 41- Cho S, Kim J. Factors associated with nonadherence to antihypertensive medication. Nursing and Health Sciences 2014; 16: 461- 467.
- 42- Meinema JG, van Dijk N, Beune EJ, Jaarsma DA, van Weert HC, Haafkens JA. Determinants of adherence to treatment in hypertensive patients of African descent and the role of culturally appropriate education. PLoS One 2015;10(8):e0133560.
- 43- Kang CD, Tsang PP, Li WT, Wang HH, Liu KQ, Griffiths SM, Wong MC . Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study. Int J Cardiol. 2015; 182:250-7.
- 44- Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015; 23 (1):20-7.
- 45- Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek, RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. Clin Med Res 2013;11(2):54-65.
- 46- Nguyen T-P-L, Schuiling-Veninga CCM, Nguyen TBY, Vu T-H, Wright EP, Postma MJ. Adherence to hypertension medication: Quantitative and qualitative investigations in a rural Northern Vietnamese community. PLoS ONE 2017; 12(2): e0171203. doi:10.1371/journal.pone.0171203.
- 47- Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NO, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. Cad. saúde colet 2016; 24(3): 376-383.
- 48- Mathes T, Jaschinski T, Pieper D. Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews. Arch Public Health 2014; 72: 37. doi: 10.1186/2049-3258-72-37
- 49- Varga IVD, Cardoso RLS. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. Saude soc 2016; 25(3): 664-671.
- 50- Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. JAMA 2013; 310 (7):699-705. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.108769>.
- 51- Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. O Mundo da Saúde 2014; 38(4): 473-481.

- 52- Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *R Epidemiol Control Infec*, Santa Cruz do Sul. 2016; 6(3): 138-144.
- 53- Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm* 2015; 68(1): 60-7.
- 54- Moura AA, Godoy SC, Bernardi C, Mendes IAC. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Enfermería Global* 2016; 15(43): 14-27.
- 55- Wong ES, Maciejewski ML, Liu CF. Does the association between prescription copayment increases and medication adherence differ by race? *J Health Care Poor Underserved* 2013; 24(3):1317-30. doi: 10.1353/hpu.2013.0152.
- 56- Barreto MS; Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(1): 38-46.
- 57- Ezeala-Adikaibe BA, Mbadiwe N, Okudo G, Nwosu N, Nwobodo N. Factors Associated with Medication Adherence among hypertensive Patients in a Tertiary Health Center: A Cross-Sectional Study. *Arch Community Med Public Health* 2017; 3(1): 024-031. DOI: <http://dx.doi.org/10.17352/2455-5479.000021>
- 58- Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate* 2016; 40(110): 64-80.
- 59- Odusola AO, Hendriks M, Schultsz C, Bolarinwa OA, Akande T, Osibogun A, Agyemang C, Ogedegbe G, Agbede K, Adenusi P, Lange J, Weert HV, Stronks K, Haafkens JA. Perceptions of inhibitors and facilitators for adhering to hypertension treatment among insured patients in rural Nigeria: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 624.
- 60- Bündchen DC, Schenkel IC, Santos RZ, Carvalho T. Exercício físico controla pressão arterial e melhora qualidade de vida. *Rev Bras Med Esporte* 2013; 19(2): 91-95.
- 61- Bolin LP, Crane PB, Powell JR, Horne CE, Floegel TA. Factors associated with physical activity in African Americans with hypertension. *Applied Nursing Research* 2018; 4: 62–67.
- 62- Ribeiro IJS, Boery RNSO, Casotti CA, Freire IV, Teixeira JRB, EN. Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. *Rev Baiana Enferm.*2015; 29(3): 250-60.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas hipertensas, remanescentes quilombolas, de ancestralidade africana, agrupam uma complexidade de complicações e fatores associados ao processo saúde-doença, que geralmente sofrem ação sinérgica dos aspectos clínicos, genéticos, socioeconômicos, familiares e terapêuticos, bem como os aspectos políticos, educacionais, culturais, ambientais e crenças de saúde que levam ao adoecimento crônico cardiovascular. Diante dessa complexidade, esse estudo traz contribuições à prática clínica dos profissionais de saúde, uma vez que há necessidade do engajamento de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, pensando na melhor terapêutica a ser adotada no processo saúde e doença dos hipertensos.

O impacto clínico do risco cardiovascular na saúde das pessoas quilombolas hipertensas pode trazer desfechos clínicos deletérios como, os eventos cardiovasculares, os quais podem levar à morte ou exacerbar sequelas nas condições de vida dessa população. Por outro lado, conhecer o risco cardiovascular pode trazer melhores condições de saúde no curso de vida desses quilombolas, bem como contribuir com a melhoria da qualidade de vida.

Nesse sentido, a conduta clínica de avaliação do risco cardiovascular de pessoas em estágio intermediário e de alto risco cardiovascular em condições de saúde subclínica ou em adoecimento crônico, como é o caso das pessoas hipertensas, apresentam grandes chances de serem acometidas por mortes prematuras, por vivenciarem em seu cotidiano situações de vulnerabilidade crônica de sua saúde cardiovascular. Nessa perspectiva, vale focalizar cuidados clínicos necessários para a aquisição de um estilo de vida protetor da saúde cardiovascular utilizando-se de práticas terapêuticas associadas à gestão da clínica do cuidado do risco cardiovascular, principalmente, quando estes estão em alto risco por melhor se beneficiar com as medidas de cuidados preventivos.

Atualmente, as comunidades quilombolas certificadas no Brasil têm recebido atenção de setores públicos, como o Ministério da Saúde, e de instituições de pesquisas nacionais e internacionais, o que torna relevante o conhecimento dos determinantes sociais de saúde e os comportamentos de risco, os quais influenciam as condições de vida dessas populações, a fim de fomentar políticas públicas de saúde afirmativas que possam atender às necessidades específicas de saúde e minimizar as disparidades e iniquidades em saúde tão presentes nessas populações.

Nesse contexto, espera-se que este estudo fomente subsídios para o rastreamento, avaliação e monitoramento clínico de pessoas hipertensas residentes em comunidade quilombolas distribuídas em todo território brasileiro, e sirva como modelo de gestão da

clínica do cuidado ampliado. Diante dessas condições, os serviços de saúde e os profissionais de saúde que atuam nesta comunidade, devem priorizar as ações de vigilância à saúde cardiovascular utilizando-se de estratégias de promoção, prevenção e controle dos fatores de risco que sejam capazes de atenuar as vulnerabilidades em saúde mais prevalentes, visando à implementação de práticas de cuidados clínicos terapêuticos que possam atender às necessidades de saúde dessa população estigmatizada por iniquidades em saúde, desigualdades, mazelas e racismo.

REFERÊNCIAS

ANGARITA-FONSECA A. How have epidemiologists used the term community? **Rev. Fac. Cienc. Salud UDES**; v.4, n.1: p. 6-7, 2017.

ARONOW, W.S. Treatment of systemic hypertension. **Am J Cardiovasc Dis, New York**, v.2, n.3, jul, 2012.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Evidências científicas sobre tabagismo para subsídios ao Poder Judiciário. São Paulo: **AMB**; 2013

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro**, v. 84, n. 3, p. 206-213, mar. 2005.

AZIZ, J.L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens** vol. 21(2):75-82, 2014.

BALDISSERA, V.D. A.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n.1, mar, 2009.

BATISTA, L. et al. Saúde da População Negra, 2ª edição, Brasília: **Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**, 2012.

BELFORT, I.K.P.; AVELAR, M.F.A.; NUNES, J.D.C.; MONTEIRO, S.C.M. Elevação de níveis pressóricos em uma comunidade quilombola. **Rev Bras Prom Saúde.**, v.30,n.3, p.1-8, 2017.

BEZERRA, V.M. et al . Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Sept. 2013.

BEZERRA, V.M. et al . Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, 2017.

BOMBIG, M. T. N.; FRANCISCO, Y. A.; MACHADO, C. A. A importância do sal na origem da hipertensão. **Rev Bras Hipertens** vol. 21(2): 63-67, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde**, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: MS**, 2006 PODE SER B. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde**, 2006b. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. 7 p. ilus, tab, graf.(A. Normas e Manuais Técnicos, n. 123).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção à Igualdade Racial (SEPPIR) – **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas.** Brasília, DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: MS, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: PNS2013. **Manual de Antropometria.** Rio de Janeiro, 2013b.

CARVALHO, M.V et al . A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 2, Feb., 2013 .

CHAPADEIRO, C.A. A família como foco da atenção primária à saúde / Cibele Alves Chapadeiro, Helga Yuri Silva Okano Andrade e Maria Rizioneide Negreiros de Araújo. - **Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.**

COELHO, F. C.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista Nutrição.**, São Paulo, v.22, n.6, 2009.

CONSOLIM-COLOMBO, F.; BORTOLOTTI, L. A.; ALESSI, A.; BRANDÃO, A. P.; ROSA, E.C.; LIMA, E. G et al . Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 14-18, Sept. 2010.

COSTA, R.S.; NOGUEIRA, L.T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 871-876, oct. 2008.

CRUZ, I.C.F.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e seus fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-44, 1999.

FELIPE, G.F.; MOREIRA, T.M.M.; SILVA, L.F.; OLIVEIRA, A. S. S. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Rev Rene**, v.12,n.2 ,p.287-94, 2011.

FERNANDES, V.B. O quilombo e a escola de Barro Preto, em Jequié, Bahia: vicissitudes e sentidos de identidade. 2018. Tese (Doutorado em Educação) - **Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2018.

FERREIRA, J.N. Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

FIGUEIREDO, R. C.; FRANCO, L.J.; ANDRADE, R. C. G.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E.; DAL, F. A. L et al . Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população nipo-brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 9, p. 1474-148,2008.

FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar- abr., 2004.

FRAGA, P. L.; MARTINI-SANTOS, B. J.; SEVERINO, B.N.S.; OLIVEIRA, M.R.S.; FRANÇA, G.R. A interface entre o Diabetes Mellitus tipo II e a hipertensão arterial sistêmica: aspectos bioquímicos. **CadernosUniFOA**, v.7,n. 20, p.95-6, 2012.

FREITAS, D.A; CABALLERO, A.C; MARQUES, A.S; HERNÁNDEZ, C.I.V; ANTUNES, S.L.N.O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 13, n. 5, p. 937-943, Oct. 2011.

FREITAS, I.A.; RODRIGUES, I.L.A.; SILVA, I.F.S.; NOGUEIRA, L.M.V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Rev Cuid**, v.9,n.2, p. 2187-200, 2018.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS (CRQ's). **Comunidades Certificadas**, 2016. disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/COMUNIDADES-CERTIFICADAS.pdf>

GAZONI, F.M.; BRAGA, I.L.S.; GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D. Hipertensão sistólica no idoso. **Rev Bras Hipertens**, vol.16,n.1,p.34-37, 2009.

GIJSBERTS, C.M. et al. Race/ethnic differences in the associations of the Framingham risk factors with carotid IMT and cardiovascular events. **PLoS One**. 2015;10:e0132321. doi: 10.1371/journal.pone.0132321.

GOULART, F.A. de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p.

GROSSI, A.S.; PASCALI, P.M. Cuidados de enfermagem em diabetes melittus. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo. 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **IBGE Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

KLATSKY, A.L. Alcohol-associated hypertension: when one drinks makes a difference. **Hypertension**, v.44,n.6,p.805-6, 2004.

KROUSEL-WOOD, M. et al. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. **Am J Manag Care**, v.15, n.1, p.59-66, 2009.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, 2006.

LIMA, S.M.L; PORTELA, M.C.; KOSTER, I.; ESCOSTEGUY, C.C.; FERREIRA, V. M. B.; BRITO, C.; & VASCONCELLOS, M.T.L. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na

atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, Sept. 2009.

LOPES, A.A.; SILVEIRA, M.A.; NOBLAT, A.C.B. Influência da hipertensão arterial na incidência de doença renal terminal em negros e mulatos portadores de glomerulonefrite. **Rev Assoc Med Bras**, v.48, n.2, 2002.

LOPES, H.F. Genética e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens** vol. 21 (2):87-91, 2014.

LOPES, M.C.L.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S.M, SOUZA, A.C.; WAIMAN, M.A.P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.10, n.1, 2008.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. A vivência do idoso e sua família com a hipertensão arterial. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.2, p.241-248, Abr/Jun, 2013.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. Arterial hypertension in the family: the need for family care. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, p.2, p.343-50, 2009.

LOTUFO PA. Cardiovascular diseases in Brazil: premature mortality, risk factors and priorities for action Comments on the preliminary results from the Brazilian National Health Survey (PNS), 2013. **Sao Paulo Med J**, V.133, n.2, p.69-72,2015a).

LOTUFO, P.A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med (São Paulo)**, V. 87, n.4, p.232-7, out.-dez, 2008.

LOTUFO, Paulo Andrade. Ethnicity and cardiovascular mortality in Brazil: a call for papers. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 133, n. 3, p. 169-170, June 2015.

LUNA, R.L. Conceituação de hipertensão arterial e sua importância epidemiológica. **Rev. Socerj**, v.15, n.4, p.203-209, 2002.

MACIEL, I.C.F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev Lat Am Enferm.** V.11, n.2, p.207-14, 2003.

MARAVELLI, I.S.; DEL JUDICE, E.L.; MATAVELLI, R.; MARTELLI, A. Hipertensão Arterial Sistêmica e a Prática Regular de Exercícios Físicos como Forma de Controle: Revisão de Literatura. **RBCS**, v.18, n.4, p. 359-66, 2014.

MARCON, S.S.; NOGUEIRA, L.A.; FONSECA, A.R.O.; UCHIMUR, T.T. Características da doença crônica em famílias residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 26, no. 1, p. 83-93, 2004.

MARTIN, R.S.; GODOY, I.; FRANCO, R.J.; MARTIN, L.C.; MARTINS, A.S. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. **JBM**, v.102, n.2, p.34-37.

MARTINEZ, L.R.C.; MURAD, N. Hipertensão, diabetes e dislipidemia – mecanismos envolvidos. **Rev Bras Hipertens**, vol. 21, n.2, p.92-97, 2014.

MBANYA JC, et al: Diabetes in sub-Saharan Africa. **Lancet**, v.375, n.9733, p.2254-66, 2010.

MELO, M.F.T.; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em comunidades quilombolas do Para, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 16, p.168-189, mar – jun. 2015.

MOTTER, F.R.; OLINTO, M.T.A.; PANIZ, V.M.V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-404, Feb. 2015.

NASCIMENTO, J.S.; SARDINHA, A.H.L.; PEREIRA, A.N.S. Risco cardiovascular em mulheres negras portadoras de hipertensão arterial em uma comunidade de São Luís - MA. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.09, n.56, 2012.

OFORI, S.N.; ODIA, O.J. Risk assessment in the prevention of cardiovascular disease in low-resource settings. **Indian Heart J.** 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2015.07.004>.

OLATUNBOSUN, S.T. et al. Hypertension in a black population: prevalence and biosocial determinants of high blood pressure in a group of urban nigerians. **J Hum Hypertens**, Chicago, v.14, n.4, 2000.

OLIVEIRA, C.J. et al. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.33, n. 3, p. 162-7.

OLIVEIRA, S.K.M.; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016.

OLIVEIRA-FILHO AD, et al. The 8-item Morisky Medication. Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. **Res Social Adm Pharm**, v.10, n.3, p. 554-61, 2014.

OLIVEIRA-FILHO, A.D. et al . Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 99, n. 1, p. 649-658, July 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 5: pesquisa epidemiológica de campo – aplicação ao estudo de surtos / **Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Brasília**: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PADILHA, B.M.; DINIZ, A.S.; FERREIRA, H.S.; TOMIYA M.O.T.; CABRAL, P.C. Preditores antropométricos de hipertensão arterial sistêmica em mulheres afrodescendentes. **Sci Med**, v.27, n.3, p.1-9, 2017.

PAES, N.A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam Salud Publica**, v.36, n.2, p.87–9, 2014.

PAIVA, S.G. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em quilombos contemporâneos do Brasil Central: parâmetros demográficos, socioeconômicos, ancestralidade genética e saúde. 2017. 269 f., il. Tese (**Doutorado em Biologia Animal**) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

PANSANI, A. P. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta à Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional Hypertension in Brazil: estimates from

population-based prevalence studies. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, mar. 2006.

RAMOS, A.L.S.L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005. 2008. 73 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fortaleza, 2008.

RAMOS, S.S. PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR: O QUE NOSSAS INSTITUIÇÕES ESTÃO FAZENDO? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, n.28, p. 1, 2015.

RAYMUNDO, A.C.N.; PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.811-9, 2014.

ROSA, L.V, et al. Rastreamento de Doença Coronariana – dos sintomas ao diagnóstico e tratamento. **MedicinaNet**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3236/rastreamento_de_doenca_coronariana.htm>.

ROSA, R.S. et al. Evidências para o cuidado de Enfermagem na avaliação do Risco Coronariano em Pacientes Hospitalizados. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4460-4471, apr. 2016.

SAMPAIO, M. R.; MELO, M. B. O.; WANDERLEY, M.A.S. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa unidade de saúde da família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev Bras Cardiol**, v.23, n.1, p.47-56, 2010.

SANJULIANI, A.F. Fisiopatologia da Hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Rev da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, Out/Nov/Dez., 2002.

SANTOS, S.M.R.; JESUS, M.C.P.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; ARCANJO, R.A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, Mar. 2008.

SILVA, H.B.; BORTOLOTTI, L.A. Hipertensão arterial da mulher. **Rev Bras de Medicina**, v.59, n.5, p. 363-9, 2002.

SILVA, N.J.; SARDINHA, AHL.; PEREIRA, A.N.S. Risco cardiovascular em mulheres negras portadoras de hipertensão arterial em uma comunidade de São Luís – MA. **Saúde Coletiva**, v.09, n.56, p.40-45, 2012.

SILVA, S.S.B.E.; OLIVEIRA, S.F.S.B.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.1, p. 50-58, 2016.

SILVA, T.S.S et al . Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383, Sept. 2016.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Histórico da função cardiovascular. In: Smeltzer SC, Bare BG. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 682-700.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 95, n. 1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Bras. Hipert.**, v.9, n.4, p.5-48, 2006.

SOUZA, A.R.A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 4, p. 441-446, Apr. 2007.

SOUZA, D.S.M. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. **Rev Bras Hipertens.** vol. 21, n.2, p.83-86, 2014.

SPOSITO, A.C. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.** Vol.88, n.(supl 1), p.2-19, 2007.

TAVEIRA, L.F; PIERIN, A.M.G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 929-935, Oct. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmem Regina Delziovo; Lucas Alexandre Pedebôs; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – **Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 42 p.** (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

VANĚČKOVÁ, I. et al. Obesity-related hypertension: possible pathophysiological mechanisms. **J Endocrinol.** v. 223, n.3, p. R63-78, 2014.

VELTEN, A.P.C. et al. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.15, n.1, janeiro/mar., 2013.

WAIMAN, M.A.P.; ELSÉN, E. Família e necessidades...revido estudos. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 26, no. 1, p. 147-157, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES: Geneva: **WHO; 2016.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases. 2010. **WHO, 2011.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Gêneve, Suiza: **WHO, 2013.**

XAVIER, H.T. et al. V. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Oct. 2013.

ZILLI, E.C; FRANÇA, M.F. Avaliação clínica do paciente hipertenso: fatores de risco e lesões de órgãos- alvo. **Revista da SOCERJ** - Out/Nov/Dez 2002. Vol XV No 4. 226-233.

APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA NA COMUNIDADE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Campus de Jequié

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Micael Paixão de Jesus, ocupante do cargo de coordenador geral da Associação Comunitária e Cultural do Quilombo do Barro Preto, AUTORIZO a coleta de dados do projeto **Avaliação Clínica do Risco Cardiovascular e Fatores associados à Adesão Terapêutica de Pessoas Hipertensas em Famílias Quilombolas** dos pesquisadores Randson Souza Rosa e Rita Narriman Silva de Oliveira Boery do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 08 de Junho de 2017

ASSINATURA: _____
CARIMBO:

Micael Paixão de Jesus

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar na condição de voluntário (a), de uma pesquisa científica intitulada **“Avaliação Clínica do Risco Cardiovascular e Adesão Terapêutica de Pessoas Hipertensas Residentes em Comunidade Quilombola”**, realizada pelo discente Randson Souza Rosa e pela professora Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Os objetivos dessa pesquisa são: Avaliar o risco cardiovascular e a adesão terapêutica de pessoas hipertensas em famílias Quilombolas. Desta forma, solicitamos sua permissão para que os pesquisadores possam aplicar um questionário com questões objetivas e, posteriormente, façam a verificação da sua pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corporal e colha do seu prontuário, os resultados de exames laboratoriais (colesterol, HDL, LDL, triglicérides e glicemia) ou que tenha em mãos, desde que tenha sido realizado há menos de 6 meses. Caso não possuam nenhuma das opções anteriores, o (a) senhor (a) será encaminhado pelo serviço de saúde da própria unidade na qual são assistidos, para a realização dos exames laboratoriais referentes ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes – HIPERDIA. Posteriormente a coleta dos dados e anotação direta no questionário pelos pesquisadores, será calculada o risco de desenvolver um evento cardiovascular, como por exemplo, o infarto do miocárdio, nos próximos 10 anos, assim como à adesão medicamentosa. O benefício da sua participação nessa pesquisa será de contribuir na adoção de novas práticas de cuidado em enfermagem comunitária com vistas na prevenção da saúde cardiovascular, assim como para a adoção de estratégias que levem a uma prática adequada no que diz respeito a sua saúde, uma vez que, o (a) senhor (a) será informado através de uma carta direcionada à família, quando terminada a pesquisa, que será entregue pelos agentes comunitários de saúde no seu domicílio, evidenciado o risco cardiovascular estimado em baixo, médio ou alto para desenvolver um evento cardiovascular nos próximos 10 anos e seus principais fatores de risco associados, como à adesão medicamentosa e o controle da pressão da pressão arterial sistêmica. A sua participação é voluntária e muito importante para o desenvolvimento desta pesquisa. Quanto aos riscos decorrentes da participação nesta pesquisa podemos classifica-los como mínimos para os sujeitos participantes, por não prever a realização de nenhuma modificação intencional das variáveis clínicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Os riscos previstos consistem somente no desconforto e no constrangimento em virtude da aplicação dos instrumentos da pesquisa.

Na ocorrência de algum constrangimento seremos responsáveis por providenciar e oferecer tratamento pertinente, sem custos. Caso aceite participar os registros dos seus dados permanecerão confidenciais e é garantido o seu anonimato durante todas as fases da pesquisa. Após a publicação da dissertação ou artigo, esses arquivos serão guardados por até cinco anos e, posteriormente, destruídos. A qualquer momento que desejar se retirar da pesquisa, sua vontade será respeitada sem prejuízos para você, não comprometendo a continuidade do seu tratamento e acompanhamento na instituição.

Se necessário, colocamo-nos à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida:

Randson Souza Rosa / E-mail: randson_17@hotmail.com / Telefone: (73) 3528-9738
Rita Narriman S. O. Boery / E-mail: rboery@gmail.com / Telefone: (73) 3528-9738

Demais duvidas entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste - CEP-FAINOR, no endereço da Faculdade Independente do Nordeste, Av. São Luiz, nº 31 (Núcleo de Pesquisa da FAINOR – 2º andar). Bairro Candeias, Vitória da Conquista/BA. CEP: 45055-080, pelo Telefone: (77) 3161-1071, ou E-mail: cep@fainor.com.br.

Tendo sido informado sobre a pesquisa “**Avaliação Clínica do Risco Cardiovascular e Adesão Terapêutica de Pessoas Hipertensas Residentes em Comunidade Quilombola**”, concordo em participar da mesma.

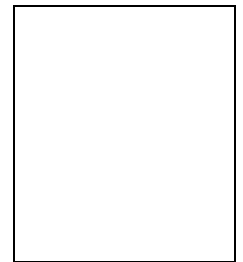
Nome: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Jequié -Ba, ____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável: Randson Souza Rosa


Pesquisador Orientador: Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery



Polegar Direito

ANEXO A – CERTIDÃO DE RECONHECIMENTO DO BARRO PRETO COMO COMUNIDADE REMANESCENTE QUILOMBOLA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CULTURA
FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES
Criada pela Lei n. 7.668 de 22 de agosto de 1988

Diretoria de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro


CERTIDÃO DE AUTO-RECONHECIMENTO

O Presidente da **Fundação Cultural Palmares**, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo art. 1º da Lei n. 7.668 de 22 de Agosto de 1988, art. 2º, §§ 1º e 2º, art. 3º, § 4º do Decreto n. 4.887 de 20 de novembro de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e artigo 216, I a V, §§ 1º e 5º da Constituição Federal de 1988, **CERTIFICA** que a **Comunidade de Barro Preto**, localizada no município de Jequié, Estado da Bahia, registrada no Livro de Cadastro Geral n. 09, Registro n. 919, fl. 33, nos termos do Decreto supramencionado e da Portaria Interna da FCP n. 06, de 01 de março de 2004, publicada no Diário Oficial da União n. 43, de 04 de março de 2004, Seção 1, f. 07, **É REMANESCENTE DAS COMUNIDADES DOS QUILOMBOS.**

Declarante(s):
Genivaldo Batista Santos
Presidente da Associação de Moradores do Barro Preto
CNPJ nº 08.178.859/0001-05

Eu, Miriam Caetana de Souza Ferreira (Ass.) , Diretora-Substituta da Diretoria de Proteção do Patrimônio Afro-Brasileiro, a lavrei e a extraí. Brasília/DF, 01 de março de 2007.

O referido é verdade e dou fé


Maria Bernadete Lopes da Silva
Presidenta-Substituta

SSN Quadra 02 – Ed. Central Brasília – CEP: 70040-804 – Brasília – DF – Brasil
Fone: (0 XX 61) 3424-0106/(0 XX 61) 3424-0137 – Fax: (0 XX 61) 3326-0242
E-mail: chefe@gabinete@palmares.gov.br - http://www.palmares.gov.br

"A Felicidade de negro é uma felicidade guerreira" (Wally Salento)

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES

A. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Município () Jequié Salvador () Outros () Pesquisador:

Data de coleta de Dados: __/__/__ Supervisor de campo: __/__/__ Ass:

Data de Digitação 1: __/__/__ Ass: _____ Data de Digitação 2: __/__/__

Ass: _____

B.	IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
B.1	Nome do usuário:		
B.2	Endereço:		
B.3	Telefone:		
B.4	Contato		
C.	INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)		
C.1	Cód. SAI/SUS:		
C.2	Nº Prontuário:	Data nascimento ___/___/___	
C.3	Nome da Unidade de saúde (US):		
C.4	Distrito (Us):		
C.5	Endereço de US:		
C.6	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		UBSF/PACS	3 ()
C.A	Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro Hipertensão		
C.7	Data do cadastro 2006/2007: ___/___/___		
C.8	Pressão Arterial Sistólica	mmHg	
C.9	Pressão Arterial Diastólica	mmHg	
C.10	Peso	kg	
C.11	Altura	cm	
C.12	Cintura	cm	
C.B	Dados antropométricos (1º medida de 2009)		
C.13	Peso	kg	
C.14	Altura	cm	
C.15	Cintura	cm	
C.C	Pressão Arterial e antropometria (momento da entrevista)		
C.16	Pressão Arterial Sistólica	mmHg	
C.17	Pressão Arterial Diastólica	mmHg	

C.18	Peso 1 _____ Peso 2 _____ kg			
C.19	Altura 1 _____ Altura 2 _____ kg			
C.20	Cintura 1 _____ Cintura 2 _____ kg			
C.D	Não acompanhados em 2008 ()	PA Sist	PA Diast	Nº de Medi
C.21	Data da 1º Consulta 2008 ___/___/___			
C.22	Data da 2º Consulta 2008 ___/___/___			
C.23	Data da 3º Consulta 2008 ___/___/___			
C.24	Data da 4º Consulta 2008 ___/___/___			
C.25	Data da 5º Consulta 2008 ___/___/___			
C.26	Data da 6º Consulta 2008 ___/___/___			
C.27	Data da 7º Consulta 2008 ___/___/___			
C.28	Data da 8º Consulta 2008 ___/___/___			

C.29	Data da 9º Consulta 2008 ___/___/___			
C.30	Data da 10º Consulta 2008 ___/___/___			
C.31	Data da 11º Consulta 2008 ___/___/___			
C.32	Data da 12º Consulta 2008 ___/___/___			
D. Informações Sócio-Demográficas				
			Hiperdia	Usuário
D.1	Sexo	Feminino	0a ()	0b ()
		Masculino	1a ()	1b ()
D.2	Idade		___ anos	___ ano s
D.3	Situação familiar/ conjugal	Convive c/ companheiro (a) e filho(a)	1a ()	1b ()
		Convive c/ companheiro (a) c/ laços conjugais e s/filho (a)	2a ()	2b ()
		Convive c/ familiares s/ companheiro (a)	3a ()	3b ()
		Convive c/ companheiro (a) c/ filho (a) e outros	4a ()	4b ()
		Convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e /ou laços conjugais	5a ()	5b ()
		Vive só	6a ()	6b ()
D.4	Escolaridad e	Não sabe ler/escrever	1a ()	1b ()
		Alfabetizado	2a ()	2b ()
		Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	3a ()	3b ()
		Ensino fundamental completo (1º grau completo)	4a ()	4b ()
		Ensino médio completo (2º grau incompleto)	5a ()	5b ()
		Ensino médio completo (2º grau completo)	6a ()	6b ()
		Ensino superior (incompleto)	7a ()	7b ()
		Ensino superior (completo)	8a ()	8b ()
		Especialização/residência	9a ()	9b ()
		Mestrado	10a ()	10b ()
		Doutorado	11a ()	11b ()
D.5	Raça/cor	Branca	1a ()	1b ()
		Parda	2a ()	2b ()
		Amarela	3a ()	3b ()
		Parda	4a ()	4b ()
		Indígena	5a ()	5b ()
Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim / N - não				
D.6	O (a) Sr (a) trabalhava antes de saber que tinha HAS?		1.() S 2.() N 9.() NS / NR	
D.7	O (a) Sr (a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS?		1.() S 2.() N	

		9.() NS / NR
--	--	----------------------

D.8	Ocupação		Antes	Depois
			HAS	HAS
		Desempregado	0a ()	0b ()
		Do lar: contribuinte	1a ()	1b ()
		Do lar: não-contribuinte	2a ()	2b ()
		Empregado contribuinte	3a ()	3b ()
		Empregado não contribuinte	4a ()	4b ()
		Autônomo contribuinte	5a ()	5b ()
		Autônomo não contribuinte	6a ()	6a ()
		Aposentado	7a ()	7a ()
		Outro	8a ()	8a ()
D.9	Composição da Família			
	Nome	Grau Parentesco	Idade	Renda Último Mês
	SUBTOTAL			

D.10 Outras Rendas		
1	Bolsa Família	
2	Bolsa Escola	
3	Aluguel	
4	Outras: _____	

E. Fatores de Risco e Doenças Concomitantes							
		Hiperdia			Usuário		
E.1	Antecedente Familiar Cardiovascular	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.2	Diabetes T1	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.3	Diabetes T2	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.4	Tabagismo	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.5	Sedentarismo	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.6	Sobrepeso/ Obesidade	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.7	Infarto agudo Miocárdio	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.8	Outra Coronariopatia	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.9	AVC	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.10	Pé diabético	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.11	Amputação por Diabetes	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.12	Doença Renal	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.A	Informações do Prontuário				Informações do Usuário		
E.13	Etilismo	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.14	Menopausa	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2

E.15	Uso de anti-contraceptivo hormonal	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N/S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N/S2
E.16	Nº de medicação da HAS						
E.17	Nº de vezes que retornou em 2008 (no prontuário)						
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS							
Para as questões F.1 e F.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 –							

Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
F.1	Alguma Vez o(a) Sr(a) foi orientado (a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?	
F.2	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da unidade?	
G. ACESSO AO DIAGNOSTICO		
Para as questões G.1 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
G.1	Quando o (a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça); tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	
Para as questões G.2 a G.5 responda: 1 – Sempre 2 – Quase Sempre; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
G.2	Quando o (a) Sr. (a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade parasse deslocar até o serviço de saúde?	
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde ?	
H. ACESSO AO TRATAMNETO		
Para as questões H.1 a H.2 responda: 1 – Sempre 2 – Quase Sempre; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
H.1	Se o (a) Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?	
H.2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visita-lo em sua moradia?	

Para as questões H.3 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
H.3	Quando o (a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 de 60 minutos para ser atendido?	
Para as questões H.4 a H.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
H.4	Quando o(a) Sr.(a) já foi questionado pelos profissionais da unidade se aceita fazer o tratamento medicamentoso?	

H.5	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?		
H.6	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?		
H.7	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?		
I. ADESÃO/VÍCULO			
Para as questões I.1 a I.8 responda: : 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR			
I.1	Se o (a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?		
I.2	Quando o (a) Sr. (a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?		
I.3	O profissional da unidade de saúde que o (a) Sr. (a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?		
I.4	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o (a) Sr. (a) fale de suas dúvidas ou preocupações?		
I.5	Quando o (a) Sr.(a) consulta uma unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?		
I.6	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?		
I.7	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o (a) Sr.(a) está utilizando?		
I.8	O profissional da unidade de saúde se relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?		
Para a questão I.9 responda: 1 – Sempre 2 – Quase Sempre; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR			
I.9	O (A) Sr (a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?		
I.10 Numa escala de 1 a 5, considerando 1(pior situação) e 5 (melhor situação), qual seria seu grau de satisfação em relação aos seguimentos profissionais que o atende?	I.10a	Médico	
	I.10b	Enfermeiro	
	I.10c	Auxiliar Enfermagem	

	I.10d	Agente Comunitário de Saúde/ACS	
J. ELENCO DE SERVIÇOS			
Para as questões J.1 a J.11 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR			
Com que frequência às ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS.			
J.1	Informação sobre a HAS e seu controle?		
J.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?		
J.3	Educação em saúde (informações sobre outros temas de saúde)?		
J.4	Verificação da PA todas as vezes que vai para consulta?		
J.5	Visitas domiciliares?		
J.6	O (A) Sr. (a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?		
J.7	Participa em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?		
J.8	Os horários de funcionamento do serviço de saúde para o atendimento são sempre respeitados?		
J.9	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?		
J.10	O profissional de unidade de saúde explica os resultados dos exames?		
J.11	É agendada a sua consulta de retorno?		

I. COORDENAÇÃO			
Para as questões L.1 a L.4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR			
Com que frequência às ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS.			
L.1	Quando o (a) Sr. (a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?		
L.2	Quando o (a) Sr.(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem atendimento garantido no serviço de referendado?		
L.3	O (A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?		
L.4	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o (a) Sr. (a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?		
M. ENFOQUE NA FAMÍLIA			
Para as questões M.1 a M.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 –			

Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
M.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	
M.2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde	
M.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	
N. ORIENTAÇÕES PARA COMUNIDADE		
Para as questões N.1 a N.4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às Vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – NS/NR		
N.1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	
N.2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc?	
N.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?	

ANEXO C – ESCALA DE ADEÇÃO MEDICAMENTOSA DE MORISKY (MMAS)

DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES

1. Você esquece de tomar as medicações às vezes?
2. Nas últimas 2 semanas você deixou de tomar sua medicação algum dia?
3. Você já reduziu a dose ou parou de tomar alguma das medicações sem avisar seu médico porque sentiu-se pior usando-as?
4. Quando você viaja ou sai de casa, alguma vez já esqueceu de levar seus medicamentos?
5. Você deixou de tomar sua medicação ontem?
6. Quando você se sente melhor dos seus sintomas, você para de tomar sua medicação?
7. Você já se sentiu incomodado por seguir seu plano de tratamento?
8. Você tem dificuldade de lembrar de tomar todos os seus medicamentos?

A resposta “não” soma 1 ponto e permite classificar a adesão em 3 níveis: alta adesão (score 8), média adesão (score 6 e 7) e baixa adesão (score < 6).

ANEXO D - RISCO CARDIOVASCULAR E OUTROS FATORES ASSOCIADOS

1.0- Histórico familiar de DAC (Derrame/AVC/Ataque cardíaco/IAM) em:

1.1 Mulheres com menos de 65 anos:

(1) sim (2) não (3) não sei.

1.2 Caso sim, quem?

(1) Mãe (2) Irmã (3) Avó (4) Tia (5) outros

1.3- Homens com menos de 55 anos:

(1) sim (2) não (3) não sei.

1.4- Caso sim, quem?

(1) Pai (2) Irmão (3) Avô (4) Tio (5) outros

2.0- Dados Antropométricos:

Peso: _____ Kg

Estatura: _____ m

IMC: _____ Kg/m²

Circunferência abdominal: _____ cm

Circunferência da cintura: _____ cm

3.0- Exames Laboratoriais:

Triglicérides: _____ mg/dl

Colesterol total: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl

VLDL: _____ mg/dl

LDL: _____ mg/dl

Glicemias de jejum _____ mg/dl

4.0 – Risco cardiovascular, segundo a Classificação do Escore de Framingham

ANEXO E – ESCORE DE FRAMINGHAM - Projeção do Risco de DAC em 10 anos

DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES

1 PASSO											
HOMENS						MULHERES					
		Pontos						Pontos			
Idade						Idade					
20-34					-9	20-34					-7
35-39					-4	35-39					-3
40-44					0	40-44					0
45-49					3	45-49					3
50-54					6	50-54					6
55-59					8	55-59					8
60-64					10	60-64					10
65-69					11	65-69					12
70-74					12	70-74					14
75-79					13	75-79					16
2 PASSO											
HOMENS						MULHERES					
Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
>280	11	8	5	3	1	>280	13	10	7	4	2
3 PASSO											
HOMENS						MULHERES					
Fumante	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Fumante	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
Não	0	0	0	0	0	Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1	Sim	9	7	4	2	1
4 PASSO											
HOMENS						MULHERES					
HDL		Pontos				HDL		Pontos			
> 60		-1				> 60		-1			
50-59		0				50-59		0			
40-49		1				40-49		1			
<40		2				<40		2			
5 PASSO											
HOMENS						MULHERES					
PA sistólica		Pontos se não tratada		Pontos se tratada		PA sistólica		Pontos se não tratada		Pontos se tratada	
<120		0		0		<120		0		a	
120-129		0		1		120-129		1		a	

130-139	1	2	130-139	2	0
140-159	1	2	140-159	3	3
>160	2	3	>160	4	4
					5
					6

6 PASSO			
Idade + Colesterol Total + Fuma + HDL + PAS =Total de pontos			
7 PASSO			
Valores Estimados Para o Risco de Morte ou Infarto do Miocárdio em 10 anos			
HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	>25	>30
>17	>30		
8 PASSO			
Classificação de Risco Cardiovascular			

Grau de risco Cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	< 10 %
Intermediário ou moderado:	10-20 %
Alto	> 20%

Fonte: Adaptado- Anexo I-Portaria CP n.15- Avaliação do RCV no cuidado de adultos no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

ANEXO E – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RISCO CARDIOVASCULAR E FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO TERAPÊUTICA DE PESSOAS HIPERTENSAS EM FAMÍLIAS

Pesquisador: RANDSON SOUZA ROGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66705617.2.0000.5578

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.327

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como objetivo geral: avaliar o risco cardiovascular e fatores associados a adesão terapêutica de pessoas hipertensas em famílias quilombolas e específicos: caracterizar os aspectos clínicos, epidemiológicos, familiares e terapêuticos associados a pessoa com hipertensão arterial sistêmica; Estimar o risco cardiovascular e a adesão medicamentosa, segundo a utilização de Instrumentos específicos; Verificar a associação da adesão medicamentosa e o controle da hipertensão arterial sistêmica com o risco cardiovascular; Discutir práticas de cuidado em enfermagem e saúde comunitária sob a perspectiva da clínica ampliada. Trata-se de um estudo analítico, do tipo corte transversal com abordagem quantitativa. Os dados serão coletados através de um questionário, com realização de perguntas, medidas diretas, obtidas pela mensuração da pressão arterial, e das medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corpórea, cintura abdominal, quadril) e coleta de dados laboratoriais (glicemia, colesterol total, HDL, LDL e triglicérides) no prontuário dos pacientes ou que estejam em mãos para a classificação do risco cardiovascular. Tal questionário é resultado da junção de três instrumentos, sendo que dois primeiros são validados para o contexto brasileiro, e o último sugerido pelas diretrizes de hipertensão, e autorizado pelo Ministério da Saúde em todo território brasileiro para avaliar o risco cardiovascular dos adultos. A pesquisa atenderá as normas éticas da Resolução 466/12 do

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Externo 2º andar
Bairro: Bairro Candéias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@feinor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



Continuação do Parecer: 2.015.327

Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar o risco cardiovascular e os fatores associados à adesão terapêutica de pessoas hipertensas em famílias quilombolas;
- Caracterizar os aspectos clínicos, epidemiológicos, familiares e terapêuticos associados à pessoa com hipertensão arterial sistêmica;
- Estimar o risco cardiovascular e a adesão medicamentosa, segundo a utilização de instrumentos específicos;-Verificar a associação da adesão medicamentosa e o controle da hipertensão arterial sistêmica com o risco cardiovascular;
- Discutir Práticas de Cuidado em Enfermagem e Saúde Comunitária sob a perspectiva da clínica ampliada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são descritos de forma clara e objetiva e atendem à Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende à Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São adequados à realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se aprovado quanto à Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_877732.pdf	03/04/2017 19:11:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	09/03/2017 20:01:48	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar.
Bairro: Bairro Candéias CEP: 45.055-060
UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 E-mail: cep@fainor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



Continuação do Parecer: 2.015.327

Declaração de Pesquisadores	Auto_quilombo.pdf	09/03/2017 19:57:07	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Autoriz_Coleta.pdf	09/03/2017 19:56:13	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_comprometimento.pdf	09/03/2017 19:54:22	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_orientador.pdf	09/03/2017 19:52:38	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_participacao.pdf	09/03/2017 19:50:41	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	President.pdf	09/03/2017 19:47:31	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Presidenta.pdf	09/03/2017 19:44:24	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao2.pdf	09/03/2017 19:42:14	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	09/03/2017 19:37:01	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2017 19:32:12	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	09/03/2017 19:30:00	RANDSON SOUZA ROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DA CONQUISTA, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
ANA PAULA DOS SANTOS LIMA
(Coordenador)

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisas Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candéias CEP: 45.055-080
UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3181-1071 E-mail: cep@fainor.com.br