

PERFIL DO ESTILO DE VIDA E CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE PÚBLICA

PROFILE OF LIFESTYLE AND CHARACTERIZATION OF HYPERTENSIVE PATIENTS SERVED IN PRIMARY PUBLIC HEALTH CARE SERVICES

Marine de Sá Barreto Grangeiro¹

Ana Valéria de Souza Tavares²

Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros³

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁴

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças crônicas mais prevalentes na população adulta brasileira acima dos 40 anos e caracteriza-se por valores da pressão arterial a partir de 139 mmHg da PAS e 89 da PAD, no consultório. A estratégia de saúde da família (ESF) busca reorganizar a atenção primária para que haja o reconhecimento precoce de pacientes pré-hipertensos, bem como garantir o tratamento aos casos identificados e que não aderiram ao tratamento. Sabe-se que a saúde pública preconiza o atendimento com classificação de risco, além de priorizar as ações de prevenção e promoção de saúde para tal público. Nestas perspectivas, o objetivo deste trabalho foi caracterizar e avaliar o perfil do paciente que apresenta hipertensão arterial sistêmica atendido da atenção primária. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Pubmed e SciELO. Os descritores utilizados foram: “Avaliação em Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Hipertensão” e a busca incluiu artigos publicados no período de 2002 a 2019. O perfil dos pacientes hipertensos atendidos na atenção básica foi:

¹ Residente de Medicina de Saúde da Família e Comunidade pela Faculdade Santa Maria. Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (2016).

² Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Pós Graduada em Saúde Pública pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP), Pós Graduada em Preceptoria Médica pelo Instituto Sírio Libanês, Pós Graduada em Docência do ensino superior pela Faculdade Santa Maria, Pós Graduanda em Medicina Intensiva pela Faculdade Redentor/AMIB.

³ Docente da Faculdade Santa Maria (FMS). Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Especialista em Saúde Pública pela FACISA. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo - FCMSP.

⁴ Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Possui Mestrado (2010) e Licenciatura (2009) em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde e Especialização em Saúde da Família pela UFPB. Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2005).

predominância do sexo feminino; faixa etária de 49 a 70 anos, casados; baixo nível de escolaridade, baixa ocorrência de tabagismo e etilismo; prática de exercício físico de baixa a moderada; regular ocorrência de sobrepeso e obesidade. Quase todos os pacientes hipertensos estão no HiperDia. Sendo assim, com a implementação de políticas voltadas para este público, tem-se observado melhoria no serviço e assistência, mas se esperam o controle e a redução das co-morbidades diante deste agravamento.

Palavras chave: Avaliação em Saúde, "Atenção Primária à Saúde; Hipertensão.

ABSTRACT: *Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the most prevalent chronic diseases in the Brazilian adult population over 40 years of age. In this case, blood pressure values begin at 139 mmHg (systolic) and 89 (diastolic) in the office. The family health strategy (FHS) seeks to reorganize primary care for the early recognition of pre-hypertensive patients, as well as guarantee treatment for identified and non-adherent cases. Public health advocates care with risk classification, in addition to prioritizing health prevention and promotion actions for such public. In these perspectives, the objective of this study was to characterize and evaluate the profile of patients with systemic arterial hypertension treated with primary care. An integrative literature review was carried out in Pubmed and SciELO databases. The descriptors used were: "Health Evaluation", "Primary Health Care" and "Hypertension" and the search included articles published in the period from 2002 to 2019. The profile of hypertensive patients attended in primary care was: female predominance; age group from 49 to 70 years, married; low level of schooling, low occurrence of smoking and alcohol consumption; low to moderate exercise practice; regular occurrence of overweight and obesity. Almost all hypertensive patients are on HiperDia. Thus, with the implementation of policies aimed at this public, service and care have improved, but control and reduction of comorbidities are expected regarding this disease.*

Keywords: Health Evaluation, Primary Health Care, Hypertension.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças crônicas mais prevalentes na sociedade atual e caracteriza-se por ser a mais frequente doença cardiovascular que acomete a população adulta acima dos 40 anos. Numericamente, sua taxa de prevalência varia de 22,3% a 43,9% na população urbana adulta brasileira (BRASIL, 2006; ALESSI *et al*, 2014).

De acordo com o preceitos estabelecidos pela *American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension*, considera-se normotensão quando as medidas de consultório da pressão arterial estão abaixo de 120/80 mmHg ou quando as medidas ligeiramente fora desta faixa representam valores considerados normais referidos para aquele paciente. Vale salientar que se define Hipertensão arterial (HA) controlada quando, sob tratamento anti-hipertensivo, a pressão arterial (PA) encontra-se controlada tanto no consultório quanto nas situações normais de atividades diárias (ALESSI *et al*, 2014).

O estado de pré-hipertensão seria determinado pela presença de PA sistólica entre 121 e 139 e/ou PA diastólica entre 81 e 89 mmHg. Os pré-hipertensos têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos quando comparados a indivíduos com PA normal \leq 120/80 mmHg, principalmente quando apresentam fatores de risco e co-morbidades sistêmicas. De forma geral, Hipertensão é considerada com valores a partir de 139 mmHg da PAS e 89 da PAD, no consultório (LIMA, 1996; ALESSI *et al*, 2014).

A HAS pode ser categorizada em primária e secundária. O aumento da pressão arterial pode advir como um sinal de manifestação de uma doença específica na HAS secundária, ou seja, quando a causa da elevação é identificada, e a cura pode ser alcançada quando eliminado o fator que causou a elevação da pressão. Quando caracterizada como primária ou essencial, tal alteração sofre influência de um conjunto de fatores que comprometem o sistema cardiovascular, podendo corresponder a 95% dos casos. Assim, a severidade da doença é

intensificada por (co)fatores como quantidade de sal na dieta, hereditariedade, estilo de vida, atividade física, controle do peso corporal, tabagismo e co-morbidades como o diabetes mellitus (WILLIAMS *et al*, 2004).

É importante citar que, no combate à HAS, a estratégia de saúde da família (ESF) busca reorganizar a atenção primária para que haja o reconhecimento precoce de pacientes pré-hipertensos, bem como garantir o tratamento aos casos identificados e que não aderiram ao tratamento. Assim, faz-se necessário haver vínculo entre os usuários e as Unidades de Saúde da Família para se alcançar sucesso do controle desse agravo (LIMA, 1996). Tendo em vista as taxas de prevalência e o perfil crônico desta morbidade, urge que os órgãos responsáveis pelos sistemas de informação e informatização no Brasil inovem constantemente seus programas similares ao HiperDia, e ainda ofereçam treinamento específico para os profissionais envolvidos. Além disso, a informação deve chegar até a família do paciente, bem como deve haver, por meio dos níveis de serviço, a divulgação dos condicionantes de saúde e acompanhamento de hipertensos, capacitando os responsáveis pela retroalimentação dos sistemas para que novas pesquisas sejam elaboradas a partir de seus dados prévios (SOUZA E GOMES *et al*, 2015).

Em muitos casos, há necessidade de modificações das ações terapêuticas porque grande parcela dos pacientes hipertensos apresenta outras comorbidades como diabetes, doenças renais, vícios, dislipidemia e obesidade. Para traçar perfis epidemiológico, caracterização desta população e gerar planos de tratamentos, o Ministério da Saúde estabelece parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, buscando melhoria da atenção aos usuários, visando a reduzir as morbimortalidades ou hábitos deletérios associados à HAS. Cita-se o Plano de Reorganização da Atenção à HAS como principal ação frente a este agravo no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a reestruturação e a ampliação da atenção primária de saúde, com ênfase na vinculação dos pacientes hipertensos à rede de serviços de saúde (SPRANGER, 2004; BRASIL, 2006;).

Sabe-se que a saúde pública preconiza o atendimento com classificação de risco, além de priorizar a ações de prevenção, promoção e recuperação dos agravos como a HAS, que é considerada uma preocupação da âmbito primário diante das interferências que esta condição causa na qualidade de vida do paciente. Nestas

perspectivas, o objetivo deste trabalho foi caracterizar e avaliar o perfil do paciente que apresenta hipertensão arterial sistêmica atendido da atenção primária, através de um revisão da literatura.

METODOLOGIA

O Presente trabalho trata-se de uma Revisão integrativa da Literatura, na qual foram realizadas pesquisas nas bases de dados Scielo e Pubmed utilizando como descritores: “Avaliação em Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Hipertensão” em português. E “Health Evaluation”, “Primary Health Care”, “Hypertension” em inglês. A pergunta norteadora foi: Qual o perfil de saúde e o estilo de vida dos pacientes hipertensos acompanhados pelo sistema de atenção básica em saúde? Os descritores foram utilizados de forma individual e em associação, buscando selecionar os artigos pertinentes para realização desta revisão. Foram apreciados artigos publicados no período de publicação que abrangesse de 2002 a 2019 (período este que caracteriza o estabelecimento e implementação das ações e atenção para o paciente Hipertenso com a publicação da Portaria nº 371/GM de 2002, que regula o HiperDia). Para extração de dados dos artigos selecionados, utilizou-se um instrumento (anexo 1) preconizado e previamente elaborado por Souza, Silva e carvalho (2010), a fim de se assegurar a totalidade dos dados relevantes e minimizar o risco de erros. Dentre os artigos disponíveis para consulta de forma integral, foram selecionados aqueles que demonstraram uma abordagem relacionada a população de pacientes com HAS atendidos na atenção primária do SUS.

Para análise crítica dos estudos incluídos, focou-se na prática Baseada em Evidências, seguindo o sistema de classificação de evidências caracterizadas de forma hierárquica dependendo da abordagem metodológica adotada, que vai desde o nível 1 (meta-análises) ao nível 6 (opinião de especialistas) (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010). A busca focou em estudos nos quais as avaliações fossem realizadas com seres humanos (usuários do SUS), pesquisas científicas, avaliações

e editoriais científicos, além de revisões sistemáticas. Optou-se por realizar análise descritiva e avaliativa dos dados e principais resultados obtidos nos artigos.

Foram incluídos estudos do tipo relato de caso, ensaio clínico, revisão sistemática, pesquisas e estudos transversais. A análise temporal incluiu os estudos publicados de 2002 a 2019. Foram selecionados estudos completos, nos idiomas português e inglês, a depender da plataforma de dados, que tratassem ou estudassem o tema em questão. Em suma, foram incluídos na pesquisa artigos que tratassem deste tema. Entretanto, não foram selecionados para esta revisão documentos acadêmicos que apresentassem no resumo distanciamento do tema pesquisado. Foram também excluídos revisões da literatura, documentos de projetos, projetos em andamento e estudos pilotos. Não foram utilizados estudos descritos em língua diferente das anteriormente citadas (inglês e português).

A discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa encontram-se no tópico revisão da literatura, no qual foram confrontadas as principais informações baseadas em evidências contidas nos estudos. Assim, compararam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico.

REVISÃO DA LITERATURA

A prevalência da hipertensão arterial varia de acordo com a população estudada e a metodologia de avaliação. Muitos estudos relacionados ao tema encontrados na literatura são epidemiológicos de base populacional que utilizam como parâmetro os dados do IBGE, sendo assim, não foram incluídos na presente revisão. Um número menor de estudos relacionados ao perfil de pacientes hipertensos vinculadas à APS foi selecionado e aqui apreciado, sendo sistematizados na tabela 1. Há uma baixa frequência de estudos concentrados na área Médica sobre este tema.

Tabela 1 - Caracterização dos estudos populacionais brasileiros que contemplam os parâmetros que descrevem o perfil do paciente hipertenso, com amostras vinculadas à atenção primária do serviço público de saúde publicados no período de 2000 a 2018.

ESTUDO	TIPO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	LOCAL DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Almeida <i>et al.</i> (2002)	Transversal	PNAD (Brasil)	Há um aumento da prevalência das doenças crônicas com o aumento da idade; Redução ^{contínua} da prevalência com aumento da escolaridade e da renda. Observou-se maior prevalência entre mulheres e entre os que não possuíam plano de saúde.
Mano, Pierin (2005)	Estudo comparativo, Transversal por meio de consulta aos prontuários dos pacientes.	Serviço Centro de Saúde Escola, do Município de São Paulo que desenvolve o PSF	Apenas 20% dos pacientes do PSF estavam com a pressão arterial controlada. Quanto aos hábitos de vida, 18% eram tabagistas, 21% etilistas e 26% realizavam atividade física somente em casa e no trabalho, mais que 30 minutos e mais que três vezes na semana.
Sousa, Souza e Scochi, (2006)	Avaliação de Fichas A do Sistema de Informação de 418 pessoas portadoras de hipertensão arterial,	Equipe de Saúde da Família de uma cidade da região SUL do Brasil	Mulheres com idade acima de sessenta anos predominaram (65,7% dos casos), com cobertura de 64,1% para consultas médicas para atendimentos médicos domiciliares. Os registros em prontuário revelaram que 52,7% não receberam atendimento no “último” semestre.

Dias <i>et al.</i> , (2009)	Estudo transversal com 33 pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA	Belém-PA	Pacientes de 61 a 70 anos; a maioria era não tabagista (94%), não etilista (85%), sedentária (64%), sem comorbidades (61%); todos usavam medicação hipotensora.
Felipe <i>et al.</i> (2011)	Estudo Transversal	Três Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional IV de Fortaleza-CE	Muitos aspectos importantes não são abordados durante a consulta, o que pode ocasionar atendimento deficiente aos usuários com hipertensão.
Guimarães <i>et al.</i> (2015)	Estudo ecológico de série temporal (1980 a 2012)	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)	Há uma tendência de queda dos coeficientes de mortalidade por DIC* e DCBV** no Brasil de 1980 a 2012, sendo que as regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores coeficientes.
Souza e Gomes <i>et al.</i> (2015)	Estudo transversal com 335 hipertensos	HiperDia durante o ano de 2010 no município de Alfenas, Minas Gerais	A HAS acometeu principalmente mulheres entre 40 e 69 anos apresentando características como tabagismo e sedentarismo, sendo a falta de vínculo e comunicação entre profissionais e usuários uma barreira ao acesso à assistência.
LIMA <i>et al.</i> (2015)	Caracterizar os Hábitos alimentares de hipertensos e diabéticos da atenção básica	Sul do Brasil	Os hábitos alimentares dos diabéticos e hipertensos não estavam adequados, considerando as diretrizes do Ministério da Saúde.

Radigonda et al. (2016)	Pesquisa avaliativa de análise documental nas visitas domiciliares	com visitas	Curitiba-PR	A cobertura de consultas médicas mostrou-se regular, mas as visitas domiciliares, críticas. A consulta médica foi mais elevada em mulheres.
Destri, Zanini, (2017)	Trasnversal hipertensons referenciados ESF	com no	Boa Vista, Rio Grande Sul, Brasil	O consumo alimentar na população do estudo parece estar de acordo com as frequências recomendadas, especialmente entre mulheres.
conclusão Silva, Araújo, Campos (2018)	O estudo foi do tipo transversal, a coleta de dados foi através da análise dos dados secundários de fichas e prontuários		Centro de Saúde Distrito Federal	O perfil foi caracterizado pelo sexo feminino; faixa etária de 61 a 80 anos; pardos, casados; baixo nível de escolaridade; baixa ocorrência de tabagismo e prática de exercício físico; e alta ocorrência de sobrepeso e obesidade.

* Doenças isquêmicas do coração (DIC)

** Doenças cerebrovasculares (DCBV).

De modo geral, mesmo com variações no perfil do paciente, os usuários são atendidos principalmente pela atenção primária, mas também pela secundária. Em alguns estados, o atendimento ambulatorial especializado é realizado nos Centros de Especialidades gerenciados por consórcios Intermunicipais de Saúde. É importante delimitar o plano de cuidado do paciente hipertenso de alto risco e na educação permanente das equipes da atenção primária (UBS e NASF) em relação ao manejo de todos os riscos. O usuário atendido na especializada retorna ao seu município e continua a ser acompanhado pela equipe da APS. A equipe básica deve acompanhar e orientar o seguimento do plano de cuidado (SEPS, 2018).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 73,9% dos óbitos brasileiros no ano de 2010. Fato este que impulsionou, em 2011, a publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - plano político brasileiro que contempla as quatro principais DCNT (cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica e

diabetes), sendo uma das metas a redução precoce da mortalidade. O custo das internações por doenças cardiovasculares é considerado o maior dentre as causas de internações hospitalares no Brasil, com destaque para as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCBV) (DUNCAN; STEVENS; SCHMIDT, 2012). Os principais fatores de risco para os dois grupos são hipertensão, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, dislipidemias e resistência à insulina. E esta situação e suas co-morbidades podem ser controladas pelas ações da atenção primária de saúde (PELLANDA, 2011).

A idade dos pacientes que apresentam HAS e são atendidos no serviço de atenção primária de saúde pode variar de 14 a 80 anos, com aumento progressivo da ocorrência da HAS na faixa etária de 40 a 70 anos (SPRANGER *et al.* 2004; MDS, 2006; SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006; ALESSI *et al.*, 2014; SOUZA E GOMES *et al.*, 2015; SILVA; ARAUJO; CAMPOS, 2018). Vale salientar o declínio da doença entre as mulheres com idade de 60 a 74 anos, provavelmente devido à interferência de hormônios ovarianos, responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres durante o climatério e menopausa (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006; SOUZA E GOMES *et al.*, 2015).

De modo geral, avaliando todas as faixas-etárias, a menor ocorrência de HAS no gênero masculino pode se relacionar a uma subidentificação devido à falta de busca pela informação de saúde, bem como a menor procura dos indivíduos deste gênero aos serviços de saúde (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006; SOUZA E GOMES *et al.*, 2015). Dados concordantes quando comparados a estudos epidemiológicos de base populacional como o de Piccini *et al.* (2012), cujos resultados mostram que 16,3% dos entrevistados de uma população geral (n = 2.004) referiram diagnóstico médico de hipertensão com idade observada de 50 a 59 anos, concentradas nas regiões Sudeste e Centro-Oeste.

Por ainda permanecer como uma doença crônica descompensada na realidade da maioria dos pacientes afetados apesar do tratamento, há uma necessidade de maior atenção por parte dos estudos nesta área. As práticas dos médicos desviaram-se das diretrizes preconizadas para o acompanhamento da doença.

Mesmo após o diagnóstico da HAS, os profissionais não solicitam nenhum eletrocardiograma em 89% (n = 221) dos pacientes, enquanto outros exames laboratoriais obrigatórios foram solicitados por cerca de 50%. Após 18 meses, 40% (72/179) dos identificados ainda estavam em monoterapia, e a pressão arterial alvo (<140/90 mmHg) foi alcançada em apenas 33% (83/249) dos pacientes. Assim, a avaliação minuciosa do risco cardiovascular global e a titulação de múltiplas medicações anti-hipertensivas para alcançar a meta das diretrizes de pressão arterial não são colocadas em prática como deveriam (SPRANGER, 2004).

Segundo Silva, Araújo e Campos (2018) Os fatores relacionados ao estilo de vida, como a obesidade e o sedentarismo, influenciam na dificuldade de controle da hipertensão e do diabetes, sendo fatores de risco preponderantes para a mortalidade prematura. Inúmeros outros estudos afirmam que o principal motivo e justificativa dos pacientes para a não execução de exercício físico é falta de motivação e disposição, falta de tempo devido ao trabalho e, ainda, a idade avançada (DIAS, 2009; CDCP, 2009; SILVA; ARAÚJO; CAMPOS, 2018).

Souza e Gomes *et al.* (2015) ratificam tais informações ao citarem que características como sedentarismo e a falta de vínculo e comunicação entre profissionais e usuários são barreiras ao acesso à assistência. E outros estudos, como o de Piccine *et al.* (2012), corroboram tais informações ao citarem que mesmo tendo recebido orientação para realizar atividade física no último ano, mais da metade dos hipertensos advertidos (63,3%) não mudou seu padrão de atividade física. Sedentarismo no deslocamento (94,3%) e no lazer (84,5%) foram os comportamentos mais frequentes. E mesmo diante da necessidade de atividades físicas, a maioria dos pacientes afirma não ter recebido nenhuma orientação para realização de atividade física, sendo este dado significativamente menos frequente ($p = 0,03$) entre os homens (45,3%).

Embora o tabagismo e o etilismo são descritos como fatores de risco com grande influência no desenvolvimento da HAS, os estudos citam como baixa a ocorrência de indivíduos tabagistas e etilistas (MANO; PIERIN, 2005; DIAS, 2009; SILVA; ARAÚJO; CAMPOS, 2018).

Os estudos apresentam predomínio marcante de indivíduos do sexo feminino acometidos por HAS, correspondendo de 59 a mais de 70% dos pacientes

estudados (NOBLAT, 2004; SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006; FELIPE; MOREIRA; DA SILVA, 2011; GUIMARÃES *et al* 2015; SOUZA E GOMES; GRACIANO; TERRA E SOUZA, 2015; SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2018). As mulheres apresentavam maior frequência de adesão ao uso de antihipertensivos e tempo mais longo de estabelecimento do diagnóstico de hipertensão (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

No que se refere à utilização dos recursos da atenção básica, a literatura demonstra que são portadores de HAS e DM ou de ambas as condições, e são assistidos pelo HiperDia (DIAS; PEREIRA; CAVALCANTE, 2009; FELIPE *et al*, 2011; SOUZA E GOMES; GRACIANO; TERRA E SOUZA, 2015; DESTRI; ZANINI; ASSUNCAO, 2017; SILVA; ARAÚJO; CAMPOS, 2018;).

Até 55,7% não trabalhavam e de 94,0% a 100% das amostras utilizam a UBS como fonte regular de cuidado, além de demonstrarem risco cardiovascular individual moderado ou baixo. A cobertura de consulta médica apresentou-se regular: em 69,2% dos prontuários dos pacientes estudados constavam pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses. Curiosamente, os grupos classificados com alto risco cardiovascular e diabetes apresentam baixa procura a consultas médicas. As visitas domiciliares por parte dos profissionais de saúde revelam-se não estar de acordo com a utilização do sistema conforme sua concepção original, dificultando o apoio ao processo de vigilância, o planejamento e a execução das ações pelos profissionais da equipe (RADIGONDA, 2016). Fatos estes ratificados por trabalhos realizados em outras localidades do Brasil, nos quais também foram observados deficiências na frequência e no preenchimento desses relatórios de visitas, e a falta de qualidade dos dados. Estes achados demonstram que o perfil das equipes muitas vezes não está alinhado com o princípio da vigilância em saúde (RODRIGUES *et al* 2000; MARCOLINO; SCOCHI, 2010; RADIGONDA, 2016).

No tocante ao consumo alimentar, os estudos citam que as populações dos estudos parecem estar de acordo com as recomendações alimentares quando estes são do sexo feminino. Quando comparada a prevalência de consumo alimentar recomendado entre pessoas diagnosticadas com diabetes mellitus (DM) e/ou HAS, os grupos que tinham DM como comorbidade presente mostraram melhor controle e obediências às recomendações alimentares (DESTRI; ZANINI; ASSUNCAO, 2017).

Quando se avaliam os itens alimentares consumidos, percebe-se prevalência de consumo recomendado superior a 50%. A população de hipertensos tende a seguir as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. No entanto, devem-se avaliar melhor estes dados no tocante a populações de cidades maiores, de classes socioeconômicas mais e com maior acesso a produtos industrializados e *fast foods*. Quando se avaliam embutidos e doces, o consumo ultrapassa as recomendações máximas aceitas para consumo, as amostras referiram consumir tais alimentos em mais de uma vez na semana. Este dado pode ser explicado porque muitos pacientes acreditam que devem diminuir o consumo de sal, mas não de carboidratos, ou ainda por fatores culturais do município, como a ascendência alemã e sua cultura alimentar (LIMA, 2015; DESTRI; ZANINI; ASSUNCAO, 2017).

CONCLUSÃO

O sucesso do controle da HAS inicia-se com a identificação dos casos e com a caracterização do perfil do usuário ou daquela comunidade. Sendo assim, é válido caracterizar o perfil do paciente hipertenso na condição de usuário do SUS, tendo em vista que o serviço público é a única fonte de tratamento de muitos destes pacientes. Assim, advoga-se a realização deste trabalho a fim de contribuir com a comunidade científica com informações que possam ajudar os profissionais que lidam com o tratamento aqui citado.

O perfil dos pacientes foi caracterizado como: predominância do sexo feminino; faixa etária de 49 a 70 anos, casados; baixo nível de escolaridade, baixa ocorrência de tabagismo e etilismo; prática de exercício físico de baixa a moderada; regular ocorrência de sobrepeso e obesidade. Quase todos os pacientes hipertensos estão cadastrados e recebem alguma assistência da APS, principalmente pelo sistema HiperDia, e a maioria apontou a atenção primária de saúde como o principal ou único recurso de assistência à saúde.

No que se refere à utilização dos recursos da atenção básica, a literatura demonstra que os sujeitos são portadores de HAS e DM ou de ambas as condições, frequentam a UBS e notou-se deficiência, por parte dos profissionais de saúde, no que se refere às visitas domiciliares. Por fim, os pacientes que tendem a seguir com mais cautela as orientações/recomendações alimentares e terapêuticas são do sexo feminino.

Assim, este estudo demonstra que, com o passar dos anos, a implementação de políticas voltadas para este público têm melhorado o serviço, mas se espera que as elucidações aqui realizadas possam contribuir com a implementação de mais políticas e estratégias que colaborem com o controle e a redução das co-morbidades ou hábitos deletérios diante deste agravo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSI, A. *et al.* I Brazilian position paper on prehypertension, white coat hypertension and masked hypertension: diagnosis and management. **Arq Bras Cardiol.** v.102, n.2, p.110-9, 2014.

ALMEIDA, M. F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.743-756, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Obesity: halting the epidemic by making health easier. At a Glance. <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/obesity.htm>.

DESTRI, K. *et al.* Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 857-868, 2017.

DIAS, E. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém - PA. **Rev Med (São Paulo)**. v.88, n.3/4, p.191-8, 2009.

DIAS, E. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém, PA. **Rev Med (São Paulo)**. v.88, n.3/4, p.191-8, 2009.

DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. Em: **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde; 2012. Pp. 93-104.

FELIPE, G. F. *et al.* Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Rev Rene**, v.12, n.2, p.287-94, 2011.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**. v.37, n.2, p.83-9, 2015.

LIMA, J. J. G. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: Hipertensão arterial monogênica. **J Bras Nefrol** [Internet]. v.4, n.18, p.412-14, 1996.

LIMA, L. A. *et al.* Food habits of hypertensive and diabetics cared for in a Primary Health Care service in the South of Brazil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 197-206, 2015.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm**. v.18, n.3, p. 269-75, 2005.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev Gauch Enferm**. v.31, n.2, p.314-20, 2010.

NOBLAT, A. C. B *et al.* Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, n. 4, p. 308-313, Oct. 2004.

PELLANDA, L. C. Determinantes precoces das doenças cardiovasculares no curso da vida: uma mudança de paradigma para a prevenção. **Rev Assoc Med Bras**. v.57, n.6, p.608-9, 2011.

PICCINI, R. X. *et al.* Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 543-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_3208.pdf>.

RADIGONDA, B. *et al.* Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v.25, n.1, p.115-126, 2016.

RODRIGUES, R. M. *et al.* Sistema de informação da atenção básica: uma avaliação qualitativa da base estadual do SIAB da Paraíba. **Divulg Saude Debate**. v.20, p.61-6, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESP). Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Hipertensão arterial. CURITIBA, SESA, 2018.

SILVA, D. F.; ARAÚJO, N. C. S.; CAMPOS, E. A. D. Perfil dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na Atenção Básica. **REFACI**. v.2, nº 2, P. 1-11, 2018.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: Atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v.87, n.4, p.496-503. 2006.

SOUZA E GOMES, L. T. *et al.* Avaliação da atenção primária aos hipertensos cadastrados no Hiperdia. **Rev enferm UFPE on line**. v.9, n.4, p.7347-56, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v.8, n.1 Pt 1, p.102-6, 2010.

SPRANGER, C. B. *et al.* Identifying gaps between guidelines and clinical practice in the evaluation and treatment of patients with hypertension. **Am J Med** [Internet]. v.2, n.117, p.14-8, 2004.

SPRANGER, C. B. *et al.* Identifying gaps between guidelines and clinical practice in the evaluation and treatment of patients with hypertension. **Am J Med**. v.117, n.1, p.14-8, 2004.

WILLIAMS, B. *et al.* Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. **J Hum Hypertens**. v.18, n.3, p.139-85, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2008- 2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Genebra: WHO; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/ActionplanPC-NCD-2008.pdf>.