

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

Maisa Pereira Vieira

**AUTOCUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O NÍVEL DE
ORIENTAÇÃO PARA A DIETA E ACOMPANHAMENTO MÉDICO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Governador Valadares

2021

Maisa Pereira Vieira

**AUTOCUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O NÍVEL DE
ORIENTAÇÃO PARA A DIETA E ACOMPANHAMENTO MÉDICO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de
Nutrição da Universidade Federal de Juiz
de Fora – Campus Governador Valadares,
como parte das exigências para obtenção
do título de Nutricionista

Orientador (a): Dra. Clarice Lima Álvares
da Silva

Governador Valadares

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vieira, Maisa Pereira.

Autocuidado na Hipertensão Arterial segundo o nível de orientação para a dieta e acompanhamento médico na atenção primária à saúde / Maisa Pereira Vieira. -- 2021.

38 f.

Orientadora: Clarice Lima Álvares da Silva
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2021.

1. Hipertensão Arterial. 2. Orientação médica. 3. Orientação alimentar. 4. Marcadores de consumo alimentar. 5. Atenção primária em saúde. I. Silva, Clarice Lima Álvares da , orient. II. Título.

Maisa Pereira Vieira

**AUTOCUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O NÍVEL DE
ORIENTAÇÃO PARA A DIETA E ACOMPANHAMENTO MÉDICO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de
Nutrição da Universidade Federal de Juiz
de Fora – Campus Governador Valadares,
como parte das exigências para obtenção
do título de Nutricionista

Aprovado em 15 de março de 2021.



Mestre Diego Alves dos Santos

Departamento de Educação Física
Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares



Profa. Dra. Daniela Corrêa Ferreira

Departamento de Nutrição
Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares



Profa. Dra. Clarice Lima Álvares daSilva

(Orientadora)

Departamento de Nutrição
Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares

O resultado desse trabalho é a prova de que o cuidado e a orientação dados por Deus e todo o investimento feito pelos meus pais valeram a pena. Por isso, com muita gratidão, o dedico a eles.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por seu grande amor. Sem sua orientação e infinita bondade a conclusão desse trabalho não seria possível.

Aos meus queridos pais, por todo o apoio e dedicação durante todos os momentos em minha trajetória acadêmica. Amo vocês.

A minha irmã que nunca se negou a compartilhar seu tempo e sempre me ajudou com sua experiência e conhecimentos.

Aos meus amigos e todos aqueles que passaram por minha vida durante esse período deixo a minha gratidão. A presença de vocês foi fonte de motivação para mim.

As minhas colegas e grandes companheiras de curso, agradeço pelo apoio, amizade e incentivo diário.

A minha querida orientadora por toda a dedicação e por ter sido condutora de conhecimentos, motivação e incentivo durante toda a realização desse projeto.

A toda a coordenação e corpo docente do departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus GV.

Agradeço aos membros da banca por sua disponibilidade. Os escolhi com muito carinho.

Ao Núcleo de Estudos da Pessoa Idosa e todos os colaboradores, agradeço por terem me acolhido tão bem e por toda a contribuição com esse trabalho.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Objetivos: Avaliar o consumo dos marcadores da alimentação, estado nutricional e condições de vida e saúde entre hipertensos, segundo orientação médica e alimentar recebida. **Materiais e Métodos:** Estudo realizado com 109 indivíduos (≥ 40 anos) com diagnóstico de hipertensão, adscritos na Estratégia de Saúde da Família. Aplicou-se questionário sobre informações pessoais, socioeconômicas, de saúde e ocorrência de orientação médica, além do recordatório de 24 horas para verificar o consumo dos marcadores da alimentação. A partir do índice de massa corporal o estado nutricional foi classificado. A associação entre variáveis e o tipo de orientação recebida foi estimada pelo *Odds Ratio* (OR) e Intervalos de Confiança (IC95%), adotando-se $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra era predominantemente feminina, idosa, com baixo nível de renda e escolaridade, vivendo com companheiro, que apresentavam percepção razoável / boa da própria saúde, realizavam atividades físicas, não possuíam hábitos de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Observou-se ao menos mais uma doença diagnosticada previamente, elevado uso de medicamentos e excesso de peso. Houve maior ocorrência de consumo de marcadores da alimentação saudável, principalmente feijão, do que alimentos não saudáveis, onde predominaram bebidas adoçadas. 94,5% da população recebeu alguma orientação médica ou alimentar. Sexo feminino, excesso de peso e uso de medicamentos se associaram à orientação médica e na combinação de médica e alimentar, enquanto consumo de verduras e legumes se associou apenas à orientação médica e alimentar. **Conclusão:** A orientação alimentar associada a orientação médica foi insatisfatória, sendo as mesmas associadas a condições de maior autocuidado e acompanhamento de risco na população.

Palavras-chave: Educação em saúde, Adesão ao tratamento, Pressão arterial.

ABSTRACT

Objective: Assess the consumption of food markers, nutritional status and living and health conditions among hypertensive patients, according to medical and dietary guidance received. **Materials and methods:** Study carried out with 109 individuals (≥ 40 years old) diagnosed with hypertension, included in the Family Health Strategy. A questionnaire was applied on personal, socioeconomic, health information and the occurrence of medical guidance, in addition to the 24-hour recall to verify the consumption of food markers. From the body mass index, the nutritional status was classified. The association between variables and the type of guidance received was estimated by Odds Ratio (OR) and Confidence Intervals (95% CI), adopting $p < 0.05$. **Results:** The sample was predominantly female, elderly, with a low level of income and education, living with a partner, who presented a reasonable / good perception of their own health, performed physical activities, did not have smoking habits and consumption of alcoholic beverages. There was at least one more disease previously diagnosed, high use of medications and overweight. There was a higher occurrence of consumption of healthy eating markers, especially beans, than unhealthy foods, where sweetened beverages predominated. 94.5% of the population received some medical or food guidance. Female gender, overweight and medication use were associated with medical and medical and dietary guidance. while consumption of vegetables was associated only with medical and dietary guidance. **Conclusion:** The dietary orientation associated with medical guidance was unsatisfactory, being associated with conditions of greater self-care and risk monitoring in the population.

Keywords: Health education, Treatment Adherence, Arterial Pressure

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas e estilo de vida da população hipertensa atendida em ESF na Zona urbana da cidade de Governador Valadares-MG 29

Tabela 2 – Autoavaliação da qualidade da alimentação e ocorrência de marcadores da alimentação saudável e não saudável na população hipertensa atendida em ESF na Zona urbana da cidade de Governador Valadares-MG31

Tabela 3 – Nível de atenção à saúde e nutrição na população hipertensa atendida em ESF na Zona urbana da cidade de Governador Valadares-MG31

Tabela 4 – Análise bivariada das condições associadas a orientação médica e alimentação na população hipertensa atendida em ESF na Zona urbana da cidade de Governador Valadares-MG.....32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

R24H – Recordatório de 24 horas

DAS – Departamento de Atenção à Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

OR - Odds Ratio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LFS – Letramento Funcional em Saúde

DM – Diabetes Mellitus

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
MATERIAIS E MÉTODOS	15
Tipo e local de estudo	15
Amostra	15
Instrumentos	16
Análise estatística	17
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	26

¹ Este trabalho será submetido para publicação na Revista de Atenção à Saúde, seguindo as orientações do “Manual acadêmico para elaboração de trabalhos de conclusão de curso do Departamento de Nutrição da UFJF, Campus Governador Valadares”(https://www.ufjf.br/nutricaoogv/estudante/atividades-academicas/tcc/normas-tcc/). O trabalho foi redigido no formato “artigo científico” e apresentado de acordo com as regras da revista científica. As normas para publicação do referido periódico, conforme as “condições para submissão” encontram-se no ANEXO A.

AUTOCUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO O NÍVEL DE ORIENTAÇÃO PARA A DIETA E ACOMPANHAMENTO MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diet and Arterial Hypertension in aging: consumption markers according to the level of dietary guidance and medical monitoring

Autocuidado na Hipertensão Arterial

Resumo

Objetivos: Avaliar o consumo dos marcadores da alimentação, estado nutricional e condições de vida e saúde entre hipertensos, segundo orientação médica e alimentar recebida. **Materiais e Métodos:** Estudo realizado com 109 indivíduos (≥ 40 anos) com diagnóstico de hipertensão, adscritos na Estratégia de Saúde da Família. Aplicou-se questionário sobre informações pessoais, socioeconômicas, de saúde e ocorrência de orientação médica, além do recordatório de 24 horas para verificar o consumo dos marcadores da alimentação. A partir do índice de massa corporal o estado nutricional foi classificado. A associação entre variáveis e o tipo de orientação recebida foi estimada pelo *Odds Ratio* (OR) e Intervalos de Confiança (IC95%), adotando-se $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra era predominantemente feminina, idosa, com baixo nível de renda e escolaridade, vivendo com companheiro, que apresentavam percepção razoável / boa da própria saúde, realizavam atividades físicas, não possuíam hábitos de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Observou-se ao menos mais uma doença diagnosticada previamente, elevado uso de medicamentos e excesso de peso. Houve maior ocorrência de consumo de marcadores da alimentação saudável, principalmente feijão, do que alimentos não saudáveis, onde predominaram bebidas adoçadas. 94,5% da população recebeu alguma orientação médica ou alimentar. Sexo feminino, excesso de peso e uso de medicamentos se associaram à orientação médica e médica e alimentar, enquanto consumo de verduras e legumes se associou apenas à orientação médica e alimentar. **Conclusão:** A orientação alimentar associada a orientação médica foi insatisfatória, sendo as mesmas associadas às condições de maior autocuidado e acompanhamento de risco na população.

Palavras-chave: Educação em saúde, Adesão ao tratamento, Pressão arterial.

Abstract

Goals: Assess the consumption of food markers, nutritional status and living and health conditions among hypertensive patients, according to medical and dietary guidance received. **Materials and methods:** Study carried out with 109 individuals (≥ 40 years old) diagnosed with hypertension, included in the Family Health Strategy. A questionnaire was applied on personal, socioeconomic, health information and the occurrence of medical guidance, in addition to the 24-hour recall to verify the consumption of food markers. From the body mass index, the nutritional status was classified. The association between variables and the type of guidance received was estimated by Odds Ratio (OR) and Confidence Intervals (95% CI), adopting $p < 0.05$. **Results:** The sample was predominantly female, elderly, with a low level of income and education, living with a partner, who presented a reasonable / good perception of their own health, performed physical activities, did not have smoking habits and consumption of alcoholic beverages. There was at least one more disease previously diagnosed, high use of medications and overweight. There was a higher occurrence of consumption of healthy eating markers, especially beans, than unhealthy foods, where sweetened beverages predominated. 94.5% of the population received some medical or

food guidance. Female gender, overweight and medication use were associated with medical and medical and dietary guidance. while consumption of vegetables was associated only with medical and dietary guidance. **Conclusion:** The dietary orientation associated with medical guidance was unsatisfactory, being associated with conditions of greater self-care and risk monitoring in the population.

Keywords: Health education ,Treatment Adherence, Arterial Pressure

INTRODUÇÃO

O atual cenário populacional do Brasil caracteriza-se por aumento acentuado da expectativa de vida, envelhecimento populacional e mudanças nos padrões alimentares e nutricionais dos indivíduos¹. Mudanças como essas são marcadas sobretudo pelo aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, redução na ingestão de alimentos minimamente processados e in natura, além de alterações no estilo de vida. Tais fatores contribuem de forma contundente para a piora do estado nutricional e emergência das doenças cardiovasculares, sobretudo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)^{1,2,3}.

A HAS é uma doença crônica não transmissível, sendo uma condição multifatorial de caráter insidioso, evolução oligo/assintomática possuindo e caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90mmHg. Quando detectada, a HAS deverá ser sempre validada por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais ocasiões, e confirmada por medições fora do consultório, excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem lesões de órgão-alvo detectada⁴.

Além de idade, raça, sexo e predisposição genética, o peso corporal, hábitos de vida não saudáveis, tabagismo e o consumo excessivo de sal também são considerados fatores de risco ou preditores de complicações da HAS^{1,5,6,7}. Ademais, a ocorrência da doença frequentemente se associa a distúrbios metabólicos e alterações funcionais, constituindo-se como um fator de risco para agravos cardiovasculares, além de ser importante causa de morte prematura e perda da qualidade de vida na população, uma vez que tem sido responsável por grandes demandas de atendimentos em saúde⁸. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 600 milhões de pessoas no mundo tenham HAS e no Brasil a doença tem apresentado crescimento progressivo, atingindo cerca de 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos^{9,10}.

A inclusão da realização de práticas regulares de atividade física e alimentação saudável, atrelados ao tratamento medicamentoso têm indicações precisas no controle da

HAS e se mostram fortemente associados com a melhoria do quadro^{1,6,7}. Esse contexto reforça a necessidade de ações que incluem alimentação e nutrição, visto que são fatores determinantes e condicionantes da saúde. O Ministério da Saúde do Brasil propõe o uso de formulários para avaliação de marcadores de consumo alimentar como instrumentos de avaliação e implementação de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde¹¹.

Dado que os fatores ambientais e comportamentais favorecem a incidência da HAS e ainda influenciam a não adesão ao seu tratamento, o acompanhamento médico associado a educação em saúde e educação nutricional mostram-se como aliados imprescindíveis para o controle da doença, pois auxiliam na melhoria do prognóstico e contribuem para a redução da morbidade e mortalidade^{1,4,10}. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar o consumo dos marcadores saudáveis e não saudáveis da alimentação, estado nutricional e condições de vida e saúde entre hipertensos, segundo orientação médica e alimentar recebida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo e local de estudo

O presente trabalho é um estudo epidemiológico do tipo transversal exploratório que foi realizado com adultos e idosos hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família no município de Governador Valadares no estado de Minas Gerais. O município está localizado na região leste do estado de Minas Gerais e à 324Km da capital Belo Horizonte, apresenta como principais atividades econômicas o beneficiamento de produtos regionais e atividades extrativistas de madeiras, mica e pedras semipreciosas, com renda per capita média da população igual a R\$ 678,74. A população do município é de 281.046 habitantes¹², dos quais 15,05% é composta por idosos (60 anos ou mais de idade)¹³.

Amostra

Considerou-se nível de confiança de 95%, erro amostral de 5%, com variância na proporção amostral de 8% para o cálculo amostral, tomando como base a população hipertensa nessa faixa etária adscrita em toda Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona urbana do município (N=18.046). A amostra final do estudo se constituiu de 109

indivíduos adultos e idosos, (≥ 40 anos) com diagnóstico prévio de hipertensão e cadastrados em uma das 10 unidades de ESF selecionados para este trabalho, sendo pelo menos 1 unidade por distrito de saúde, de forma a abranger todo o território urbano e permitir a obtenção de amostra de indivíduos adultos e idosos que represente a diversidade das variáveis estudadas. dos anos de 2017 à 2020. O processo de amostragem foi probabilístico e a seleção dos participantes foi realizada por meio de sorteio simples do número de cadastro em sua respectiva unidade. No caso de recusa em participar, novos sorteios foram realizados até o completo preenchimento do tamanho amostral.

Este artigo foi construído a partir dos dados coletados pelo projeto “Indicadores de saúde e envelhecimento ativo na população adulta e idosa de Governador Valadares-MG”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer n.º 1.249.770), sendo respeitados todos os requisitos expressos na resolução 466/2012.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada no domicílio do participante, em dias e horários pré-agendados, sendo realizada por bolsistas e estagiários universitários dos cursos de Nutrição, Odontologia, Farmácia e Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, devidamente treinados e sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis.

Para a entrevista utilizou-se um questionário estruturado para obtenção de informações pessoais (sexo e idade), socioeconômicas (estado civil, escolaridade, fonte de renda, renda mensal individual e número de dependentes da renda) e de saúde (autopercepção da própria saúde, autopercepção da qualidade da alimentação, presença autorreferida de doenças (Doenças Infecciosas, Depressão, Doenças Respiratórias, Osteoporose, Artrose, Câncer, Diabetes), consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, uso de medicamentos e características deste uso, prática de atividade física.

O estado nutricional dos indivíduos participantes foi avaliado por meio da avaliação antropométrica. O peso foi aferido com balança eletrônica digital portátil Líder P150M[®], com capacidade para 200 Kg e precisão de 50g. A estatura foi aferida utilizando-se estadiômetro portátil Alturaexata[®], com capacidade de 2 metros, dividido em centímetros e subdividido em milímetros. As técnicas utilizadas foram preconizadas pela Organização Mundial de Saúde¹⁴. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado

a partir das medidas de peso e estatura, representando a relação kg/m^2 ¹⁴. O ponto de corte usado para a classificação de adultos foi o proposto pela Organização Mundial de Saúde¹⁵, enquanto para classificação dos indivíduos idosos adotou-se a classificação proposta por Nutrition Screening Initiative¹⁶ e Lipschitz¹⁷

A avaliação da ocorrência de orientação médica foi avaliada com base na pergunta: “**O(A) Sr(a) realizou consultas com médicos nos últimos 12 meses?**”, sendo respondido sim ou não pelo entrevistado. A avaliação do recebimento prévio de orientação para alimentação foi feita por meio da pergunta: “**Quanto a sua alimentação/dieta, nos últimos 12 meses o(a) senhor(a)...**” sendo apresentado como opções de respostas: (1) Foi orientado para restringir alguns alimentos e segue as recomendações; (2) Foi orientado para restringir alguns alimentos e NÃO segue as recomendações ou (3) Não foi orientado quanto a restrição de alimentos. Foram consideradas como positivas as respostas 1 e 2.

Marcadores da alimentação saudável e não saudável

Foi aplicado um Recordatório de 24 horas (R24H) durante a semana nos dias de terça à sexta-feira, exclusivamente por alunos graduandos de nutrição previamente treinados e supervisionados por um profissional nutricionista.

Com base no instrumento, verificou-se a ocorrência de consumo dos marcadores da alimentação saudável (feijão, frutas frescas, verduras e legumes) e dos marcadores de alimentação não saudável (hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado ou doces ou guloseimas)¹².

Análise estatística

Os dados obtidos foram tabulados em software Excel®, com dupla entrada para minimizar os erros. A análise estatística dos dados obtidos foi realizada utilizando o pacote estatístico Stata® versão 13.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A análise de normalidade dos dados foi realizada pelo coeficiente de assimetria (*skewness*). Dados categóricos foram apresentados em seus valores de frequência absoluta (n) e relativa (%), enquanto os dados quantitativos foram descritos em mediana e valores mínimos e máximos. A associação entre o tipo de orientação recebida (sem orientação, orientação médica, orientação alimentar ou orientação médica e alimentar) e as variáveis de vida, saúde e alimentação foi estimada por meio do *Odds Ratio* (OR) e Intervalos de

95% de Confiança (IC95%), considerando-se a ausência de orientação como categoria de referência. A associação entre tipo de orientação e marcadores da alimentação foi ajustada pelo sexo, renda, escolaridade e estado nutricional.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e do estilo de vida da amostra estão descritas na Tabela 1. O grupo foi composto prioritariamente por mulheres idosas, com baixo nível de renda e escolaridade e vivendo com companheiro e apresentavam percepção razoável ou boa da própria saúde, realizavam atividades físicas, não possuíam hábitos de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. A maioria dos indivíduos relatou que, além da hipertensão, apresentava ao menos mais uma doença diagnosticada previamente e notou-se também, alta predominância no uso de medicamentos e níveis de sobrepeso e obesidade.

Tabela 1

Dados da alimentação estão descritos na Tabela 2. Observou-se maior ocorrência do consumo de marcadores da alimentação saudável, quando comparados aos marcadores da alimentação não saudável; mas apenas 30,3% consumiu os 3 marcadores da alimentação saudável no dia anterior, sendo que 8,3% não consumiu nenhum deles. Por outro lado, 42,3% dos entrevistados relataram não ter consumido nenhum marcador da alimentação não saudável no dia anterior, enquanto apenas um indivíduo consumiu todos eles. O marcador da alimentação saudável com maior consumo foi o feijão, seguido de verduras e legumes. O marcador da alimentação não saudável com maior ocorrência de consumo foram as bebidas adoçadas, seguido de macarrão instantâneo ou salgadinho de pacote ou biscoito salgado.

Tabela 2

Em relação ao nível de atenção à saúde recebida no último ano (Tabela 3), 94,5% da população recebeu alguma orientação, seja médica ou alimentar, sendo observado que

a primeira se deu em maior quantidade que a segunda. Apenas 50,5% dos entrevistados receberam ambas as orientações.

Tabela 3

A análise das condições de vida, saúde e nutrição associadas a orientação médica e alimentação na população hipertensa evidenciou que faixa etária idosa, renda menor que 1 salário mínimo, escolaridade < 8 anos e prática de atividade física não se associaram a qualquer tipo de orientação recebida. Observou-se, porém, que o sexo feminino se associou positivamente ao recebimento de orientação, seja ela apenas médica (OR:9,7; IC95%:1,5-63,8) ou médica e alimentar (OR:7,2; IC95%:1,2-43,9), assim como o uso de medicamentos (OR:8,6; IC95%:2,4-30,0 e OR:13,9; IC95%:3,7-51,6; respectivamente). Além disso, a ocorrência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) se associou significativamente ao recebimento de orientação médica (OR:9,7 IC95%:1,5-63,8) e orientação médica e alimentar (OR:9,0; IC95%:1,4-56,1) (Tabela 4).

Analisando os marcadores da alimentação saudável, o consumo de verduras e legumes se associou a orientação médica e alimentar (OR:16,3; IC95%: 1,4-185,2). Já em relação aos marcadores da alimentação não saudável, não foram identificadas diferenças no consumo segundo as orientações em saúde recebidas (Tabela 4).

Tabela 4

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram de modo geral que os hipertensos atendidos na atenção primária do município eram em sua maioria mulheres idosas, de baixa renda e escolaridade e com diagnóstico de outras doenças, o que se assemelha a população brasileira. A edição de 2019 da pesquisa anual realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) demonstrou que a doença apresenta frequência de diagnóstico médico maior entre mulheres do que entre homens¹⁸. Esse fato também foi demonstrado em diversos estudos^{8,10,19,20}, os quais apontam que o diagnóstico de HA pode ocorrer

predominantemente em mulheres devido à maior procura por assistência em saúde por este sexo e maior percepção da mulher aos sinais e sintomas físicos, permitindo assim maiores oportunidades de diagnóstico da doença²¹.

A alta prevalência de hipertensão associada ao envelhecimento também foi observada por Bento et al.²² que demonstraram alta prevalência de hipertensão entre os idosos brasileiros e por Lobo et al.²³ que verificaram tendência linear direta entre aumento das faixas de idade da população e maiores prevalências de hipertensão arterial. Tais resultados podem ser atribuídos ao aumento da população idosa, aumento da expectativa de vida e longevidade, estressores emocionais e exposição a comportamentos de risco ao longo da vida, além de alterações biológicas próprias do envelhecimento, como o enrijecimento da artéria aorta e maior resistência vascular periférica^{10,23}.

A predominância de baixo rendimento econômico entre os hipertensos do estudo pode ser justificada pelo fato da utilização dos serviços fornecidos na atenção primária a saúde no Brasil ainda ser equivocadamente feita em sua maioria pela população de baixa renda, como foi observado no estudo de Guibu *et al.*²⁴, o qual demonstrou que 55% da população brasileira usuária desses serviços pertenciam a classe econômica C. Sobretudo, o baixo rendimento econômico desse público desfavorece o acesso aos serviços de saúde e informações, levando assim à práticas comportamentais e de saúde menos saudáveis²².

No geral os hipertensos estudados apresentaram maior consumo de marcadores da alimentação saudável do que marcadores da alimentação não saudável. Esses últimos compreendem alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, sódio e gordura, que contêm alta densidade calórica e baixa quantidade de micronutrientes, demonstrando assim a contribuição negativa para a qualidade da dieta¹⁰. Verificou-se consumo elevado de bebidas adoçadas (36,9%), os quais, somados ao consumo de biscoito recheados, doces e guloseimas (14,4%), representam um consumo de alimentos ricos em açúcar por mais da metade dos hipertensos (51,3%). Os dados observados na população brasileira acompanhada no ano de 2019 pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN²⁵ evidenciaram o consumo de tais alimentos em 89% da população, demasiadamente elevado, o que em longo prazo poderá acarretar a piora do quadro geral de saúde da população, levando assim a mais gastos em saúde e piores prognósticos. Além disso ao considerarmos que a população estudada é acometida por uma doença crônica multifatorial, o consumo de alimentos ultraprocessados e alimentos ricos em açúcares, que caracterizam uma dieta

não saudável, podem favorecer a ocorrência de excesso de peso e piora no quadro geral da doença, além de aumento no risco de mortalidade²⁶.

Outro dado alarmante apresenta-se no consumo de alimentos ricos em sódio e gorduras saturadas por aproximadamente um terço dos hipertensos avaliados (27,9%) seja por meio da ingestão de hambúrgueres ou embutidos, seja pela ingestão de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e/ou biscoitos salgados. Um estudo de análise sistemática realizado por Afshin et al²⁷ com dados de 195 países, demonstrou que globalmente no ano de 2017 a ingestão diária de sódio estava 86% acima da quantidade ideal preconizada e ainda destacou que no mesmo ano mais da metade das mortes relacionadas à dieta e dois terços dos DALY (mortalidade e anos de vida ajustados por incapacidade) relacionados à dieta foram atribuíveis à alta ingestão de sódio, baixa ingestão de grãos inteiros e baixa ingestão de frutas, sendo que o sódio ficou em primeiro lugar em mortalidade entre os homens. O consumo excessivo desse nutriente é um dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial, sendo reconhecido como uma das principais causas de morbimortalidade cardiovascular e o processamento dos alimentos impacta na qualidade nutricional da dieta e na saúde humana²⁸, ressaltando a importância de se avaliar e monitorar o consumo alimentar nesse público.

O fato de os hipertensos apresentarem consumo mais elevado de marcadores saudáveis se deve provavelmente às mudanças de consciência e adoção de hábitos de vida mais saudáveis e melhores escolhas alimentares devido à presença de outras doenças associadas, levando assim à maior consciência sobre saúde²⁹. Apesar disso, seu consumo ainda se mostrou irregular nessa população considerando-se que, apesar de 91,8% terem consumido 1 ou mais alimentos desse grupo, apenas 30,3% consumiram os 3 alimentos, sendo que estratégias e intervenções para aumentar o consumo regular dos mesmos ainda se fazem necessárias.

Os entrevistados relataram o consumo de verduras e legumes ou frutas no dia anterior, sendo os vegetais mais presentes na dieta (70,0%), ao passo que apenas 42,7% apresentou consumo de frutas no dia anterior. O consumo de feijão no dia anterior também foi relatado pela ampla maioria dos entrevistados (77,5%). O baixo consumo de frutas observado divergiu dos dados nacionais do SISVAN que demonstraram consumo mais expressivo na população brasileira (78%), já em relação a ingestão de feijão (86%) e verduras e legumes (76%) o consumo foi semelhante²⁵. O alto consumo de feijão pode

ser justificado, uma vez que a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018³⁰ demonstrou que o padrão alimentar da população brasileira é caracterizado por maiores frequências de consumo de café (78,1%), arroz (76,1%) e feijão (60,0%), seguidos do pão de sal (50,9%) e óleos e gorduras (46,8%), dado que é hábito do brasileiro associar o consumo de arroz e feijão e ainda considerando que o feijão é um alimento saudável uma vez que apresenta alto teor de fibras, além de sua relativa baixa densidade energética o alto consumo pode ser justificado.

O baixo consumo de frutas também foi relatado por Santos, *et al.*³¹ que avaliaram indivíduos (n=877) com 44 anos ou mais residentes na zona urbana da cidade de Cambé (PR) e descreveram que as principais barreiras para o consumo de frutas, verduras e legumes observadas estão relacionadas ao custo, falta de costume/hábito de consumo, falta de tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas, necessidade de preparo (descascar, cortar, etc.) e não gostar do sabor. Anjos *et al.*³² realizaram uma revisão de literatura a respeito da dieta DASH (*Dietary Approaches to stop hypertension*) no tratamento da HAS e concluíram que o padrão alimentar é composto por frutas, verduras e grãos, incluindo derivados desnatados do leite, peixe, legumes, e carnes magras, com conteúdo reduzido de doces e bebidas ricas em açúcar, podendo assim afetar favoravelmente a pressão arterial de adultos hipertensos. Ainda, Conlin *et al.*³³ em estudo multicêntrico randomizado e controlado realizado com adultos hipertensos (n=133), demonstraram que a dieta rica em frutas e hortaliças reduziu significativamente os níveis pressóricos quando comparada com a dieta-controle. Fatores como esses evidenciam a importância das orientações alimentares associadas a estratégias para a promoção de uma alimentação saudável, adequada e variada por meio de ações de educação alimentar e nutricional.

Observou-se que 94,5% dos hipertensos recebeu ao menos uma orientação em saúde. A orientação médica, com ou sem orientação alimentar, foi recebida por 88,1% dos entrevistados, ao passo que a orientação alimentar, com ou sem orientação médica foi recebida por uma parcela menor, 56,9%. Ainda, a oferta das duas orientações foi baixa (50,5%). Sabe-se que a conduta terapêutica para o controle da HAS deve levar em consideração fatores de risco e aspectos clínicos dos pacientes, sendo que o tratamento não medicamentoso da doença envolve controle ponderal, mudanças alimentares, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e controle de estresse⁴. Assim, para que a

adesão ao tratamento da doença ocorra de forma satisfatória, são necessárias orientações em saúde que envolvam ambos os tratamentos a fim de garantir maior suporte para a mudança.

O relato dos entrevistados indica que foi baixa a ocorrência de orientações em saúde e alimentação para indivíduos hipertensos atendidos na atenção primária. Possíveis respostas para isso incluem a falta de capacitação dos profissionais pautada nos protocolos e diretrizes nacionais o que faz com que a assistência esteja sendo prestada em desacordo com os as recomendações, além disso, destaca-se o excesso de atividades, sobrecarga de trabalho e estrutura física inadequada que os impossibilitam de oferecer adequada atenção em saúde, ou por não conferirem a devida importância aos agendamentos de consultas a pessoas com condições crônicas visto que existe alta demanda de consultas ambulatoriais nesses serviços³⁴, o que se reflete em limitada explicação aos pacientes sobre a necessidade de tratamento e acompanhamento individual e sistemático da doença³⁵.

O programa Hiperdia foi criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002 com o intuito de sistematizar e ampliar o espaço de educação e acompanhamento dos pacientes hipertensos na Estratégia de Saúde da Família, e destina-se ao cadastramento e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS³⁶. De modo geral esse sistema orienta gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, gera informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos e dentre outras funções o sistema cadastra e acompanha a situação de portadores de ambas as doenças no país^{36,37}. Nesse sentido, se as equipes de saúde planejarem as ações que serão implementadas na unidade, baseando-se nas diretrizes propostas pelo programa, poderão garantir maior cobertura da assistência, além de prevenção e promoção a saúde dos pacientes atendidos.

A baixa oferta de orientações pode estar associada também ao reduzido interesse e procura por atendimentos cujo o foco não seja médico/medicamentoso com visão predominantemente curativista. Tais fatores foram observados por De Arruda-Barbosa, Dantas, Oliveira³⁸ que avaliaram os principais motivos que levam a população a buscar os serviços nas Estratégias de Saúde da Família da cidade de Crato, situada ao sul do estado do Ceará. Os autores observaram que os usuários avaliados (n=25), buscaram as

unidades de saúde principalmente por motivos mórbidos, ou então quando necessitavam de algum medicamento ou exame, demonstrando assim que os anseios da população ainda se baseiam na medicalização. Os autores descreveram que essa procura ocorre também devido ao fato de o indivíduo estar aparentemente doente, dessa forma se considerarmos que a hipertensão é uma doença de caráter insidioso⁴ a procura pode ser ainda mais prejudicada diminuindo assim o acesso ao atendimento e orientações em saúde.

Rocha, Borges, Martins³⁹ descreveram em seu estudo que 50,4% (204) da população hipertensa estudada acreditava que não precisava modificar o estilo de viver e Lima, et al., (2016)⁴⁰ descrevem que para muitos hipertensos, a assintomaticidade da doença faz com que a HAS não seja considerada como algo que requer cuidados contínuos. Assim, percebe-se a importância de se trabalhar a busca ativa de pacientes hipertensos para ações de acompanhamento e orientação em saúde, dado que a busca ativa é um procedimento de suma importância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo, e tem como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos a fim de se garantir uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle⁴¹ bem como demonstram-se ser necessárias as práticas de formação permanente de profissionais de saúde com capacidade de trabalho para desenvolver ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica de maneira adequada e sistemática na população⁴².

Gomes *et al.*⁴³ relataram em seu estudo as orientações sobre alimentação ofertadas pelos profissionais, aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus durante as consultas em Unidades de ESF no município de Recife e verificaram que esses profissionais realizavam o aconselhamento alimentar de forma diretiva e proibitiva no controle do consumo de sal e açúcar, não sendo explicadas as demais instruções alimentares necessárias. Além disso, destacaram também que todas as ESF do estudo possuíam um NASF com a presença do profissional nutricionista, mas que esse profissional tinha suas atividades vinculadas apenas à oferta de palestras de educação em saúde e nutricional, para a população em geral. Essa atribuição específica, somada à sobrecarga desse profissional que acompanha em torno de 4 ou mais equipes de ESF e toda sua população adscrita, no caso do município aqui estudado, potencialmente impossibilitam o atendimento individualizado com foco nas especificidades alimentares para a população com DCNT. Tais fatores reforçam a importância do nutricionista frente

aos cuidados de usuários com HAS uma vez que o atendimento compartilhado associado a uma terapêutica adequada poderá proporcionar maior abrangência do cuidado em relação a alimentação, levando a melhores resultados de controle da doença.

A oferta de orientação médica aumentou em 8,6 vezes a chance de uso de medicamentos para o controle da doença. A exemplo da importância do maior impacto do acompanhamento compartilhado, evidenciou-se no presente estudo que a ocorrência de orientação médica e alimentar no último ano aumentou 13,9 vezes a chance de uso de medicamentos pelos hipertensos e em 16,3 vezes o consumo de verduras e legumes neste grupo. Isso demonstra que o atendimento médico associado à educação alimentar é imprescindível para adoção de comportamentos que promovem o controle da HAS^{1,35}.

Por fim, observou-se que hipertensos com excesso de peso apresentaram 9,7 vezes mais chances de receberem orientação médica e 9,0 vezes mais chances de receberem orientação médica associada a orientação alimentar, quando comparado aquelas que não receberam orientação ou que receberam apenas orientação alimentar. Vários distúrbios fisiopatológicos são causados pela obesidade, como os distúrbios cardiovasculares, distúrbios endócrinos, distúrbios respiratórios, apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva, podendo gerar ainda disfunções gastrointestinais, como hérnia de hiato e colecistite; distúrbios dermatológicos, como estrias e papilomas; distúrbios geniturinários, como anovulação e problemas gestacionais⁴². Uma vez que excesso de peso e obesidade aumentam o risco de tais distúrbios e ainda favorecem o risco de eventos adversos decorrentes da HAS, o maior recebimento de orientações desse público faz-se necessário pelo fato desses indivíduos procurarem mais os serviços, pois como supracitado o fato de a HAS ser uma doença insidiosa a procura por atendimentos se dá sobretudo frente ao aparecimento de sintomas. Além disso a maior chance de orientação médica e alimentar em indivíduos com sobrepeso pode estar relacionada à maior participação desses pacientes nos serviços de saúde devido à busca pelo emagrecimento, o que os expõe as orientações.

Dentre as limitações existentes na pesquisa, destaca-se a realização de um estudo transversal, impossibilitando a verificação de causalidade entre os fatores, além disso, destaca-se que a coleta foi realizada por meio de questionário o que possibilitou a ocorrência de viés de memória frente as respostas dadas, além da dificuldade de se avaliar o real nível de atividade física dos avaliados. Porém, os dados obtidos na pesquisa

contribuem para a compreensão do perfil de vida, saúde e alimentação de indivíduos com hipertensão, além da dinâmica das orientações em saúde e alimentar nesse grupo. Além disso, o estudo poderá contribuir para o avanço do conhecimento acerca da assistência em saúde prestada na atenção primária no contexto do SUS contribuindo assim, para o aperfeiçoamento do planejamento e execução dos serviços prestados por profissionais da saúde.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos no estudo evidenciou-se que a ocorrência de orientações em saúde e alimentação para indivíduos hipertensos atendidos na atenção primária apesar de essencial não tem sido efetiva. Os hipertensos estudados apresentaram maior consumo de marcadores da alimentação saudável do que marcadores da alimentação não saudável, entretanto o consumo de bebidas adoçadas e alimentos ricos em sódio foi elevado. A combinação de orientações médicas e orientação sobre alimentação associou-se ao sexo feminino e a condições de maior autocuidado e acompanhamento de risco na população, como uso de medicamentos, consumo de verduras e legumes e excesso de peso. Assim, recomenda-se que as equipes de saúde planejem as ações e atendimentos individualizados voltados para recomendações médicas e alimentares de forma sistematizada a fim de garantir maior cobertura da assistência, além de prevenção e promoção a saúde dos pacientes atendidos e de modo geral criem estratégias de monitoramento para avaliar a adesão dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Firmo JOA, Peixoto SV, Loyola FAI, Souza-Júnior PRB, Andrade FB, Lima-Costa M et al. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [citado 05 Mar 2021]; 35(7).
2. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*. 1º de novembro de 2019 [citado 05 Mar 2021];15(32):69.
3. Santos FS, Dias MS, Mintem GC, Oliveira IO, Gigante DP. Processamento de alimentos e fatores de risco cardiometabólicos: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*. 2020 [citado 05 Mar 2021]; 54: 70.
4. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

2020;00(00):00.

5. Silva LM, Souza AC, Fhon JRS, Rodrigues RAP. Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos. *Rev. esc. enferm. USP.* 2020 [citado 05 Mar 2021]; 1-8.
6. Teixeira JF, Goulart MR, Busnello FM, Pellanda LC. Conhecimento e Atitudes Sobre Alimentos Ricos em Sódio por Pacientes Hipertensos. *Arq. Bras. Cardiol.* Maio de 2016 [citado 05 Mar 2021];106(5):404-410.
7. Leitão VBG, Lemos VC, Francisco PMSB, Costa KS. Prevalência de uso e fontes de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: uma análise do inquérito telefônico VIGITEL. *Rev. bras. epidemio.* 2020 [citado 05 Mar 2021]; 23.
8. Zangirolani LTO, Assumpção D, Medeiros MAT, Barros MBA. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva.*2018 [citado 05 Mar 2021]; 23(4): 1221-1232.
9. Lavôr LCC, Sousa RR, Rodrigues LARL, Rodrigues FOS, Paiva AA, Frota KMG. Prevalence of arterial hypertension and associated factors: a population-based study. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2021[citado 05 Mar 2021]; 66(5):630-636.
10. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSC de A, Silva MMA da, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2017[citado 05 Mar 2021];51:1-10.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
12. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatísticas vitais ano base 2012. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Ginebra: OMS; 1995. 452 p.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
17. NUTRITION SCREENING INITIATIVE. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington DC: Nutrition Screening Initiative; 1994.
18. Lipschitz DA. Rastreamento do estado nutricional em idosos. *Atenção primária.* Março de 1994. [citado 05 Mar 2021]; 21 (1): 55-67.

19. Mendes FDA, Silva MP da, Ferreira CRS. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2018. [citado 05 Mar 2021];8(1):91.
20. Mendes L, Cebola M, Mendes D, Marinho A, Guerreiro AS. Intervenção nutricional no doente com COVID-19 Nutritional intervention in the patient with COVID-19. *Saúde Tecnol*. 2020;23:11–18.
21. Rodrigues PDV, Dias MS de A, Brito MDCC, Moita MP, Silva LC das C, Moreira ACA. Autopercepção De Hipertensos Acompanhados Pela Estratégia Saúde Da Família Acerca Da Qualidade De Vida. *SANARE - Rev Políticas Públicas*. 2019;18(2):7–14.
22. Bento IC, Mambrini JV de M, Peixoto SV. Contextual and individual factors associated with arterial hypertension among brazilian older adults (National health survey – 2013). *Rev Bras Epidemiol*. 2020. [citado 05 Mar 2021];23:1–13.
23. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017[citado 05 Mar 2021];33(6).
24. Guibu IA, de Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017[citado 05 Mar 2021];51(2:17):1-13.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de acesso público. Brasília, DF: MS, 2020.
26. Ribas BLP, Longo A, Dobke FV, Weber B, Bertoldi EG, Borges LR, et al. Consumption of sugar-sweetened beverages in patients with established atherosclerosis disease. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020[citado 05 Mar 2021];25(4):1499–1506.
27. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019[citado 05 Mar 2021];393(10184):1958–1972.
28. Andressa M, Barbosa G, Fontbonne A. Consumo alimentar de hipertensos e diabéticos na perspectiva do processamento industrial dos alimentos. 2020[citado 05 Mar 2021];18:76–89.
29. Ferrari TK, Cesar CLG, Alves MCGP, De Azevedo Barros MB, Goldbaum M, Fisberg RM. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017[citado 05 Mar 2021];33(1):1–12.
30. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.
31. Dos Santos GMGC, Silva AMR, de Carvalho WO, Rech CR, Loch MR. Perceived barriers for the consumption of fruits and vegetables in Brazilian adults. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019[citado 05 Mar 2021];24(7):2461–2470.
32. Anjos KDG dos, Olinto EO dos S, Feitosa GAM, Araújo RG, Maia LA, Lima EM de, et al. Dieta DASH no tratamento da hipertensão arterial sistêmica/DASH diet in the treatment of systemic arterial hypertension. *Brazilian J Heal Rev*. 2021[citado 05 Mar 2021];4(1):621–634.

33. Coutinho WF, Benchimol AK. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: Garrido Junior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2006[citado 05 Mar 2021];13-17.
34. de Arruda-Barbosa L, Magalhães DT, Correia OC, Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2011[citado 05 Mar 2021]; 24 (4): 347-354.
35. Barreto M da S, Mendonça R de D, Pimenta AM, Vivar CG, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018[citado 05 Mar 2021];23(3):795–804.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
37. Gomes ET, Bezerra SMM da S. Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hiperdia. *ABCS Heal Sci*. 2018[citado 05 Mar 2021];43(2):91–6.
38. Rocha MLF, Borges JW, Martins MFS. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da estratégia saúde da família em um município do Piauí. 2017[citado 05 Mar 2021];19(2):1–19.
39. Lima DB da S, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Associação Entre Adesão Ao Tratamento E Tipos De Complicações Cardiovasculares Em Pessoas Com Hipertensão Arterial. *Texto e Context Enferm*. 2016[citado 05 Mar 2021];25(3):9.
40. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília, DF, 2005b.
41. Gomes MF, Santos RS de AF dos, Fontbonne A, Cesse EÂP. Orientações Sobre Alimentação Ofertadas Por Profissionais Da Estratégia De Saúde Da Família Durante As Consultas Aos Hipertensos E Diabéticos. Recife, 2015[citado 05 Mar 2021]. *Rev APS*. 2018;20(2):203–211.
42. Mancini MC. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arq Bras Endocrinol Metab*. Dezembro de 2001 [citado em 06 de março de 2021]; 45 (6): 584-608.

Tabela 1. Características sociodemográficas e estilo de vida da população hipertensa atendida em ESF de Governador Valadares-MG.

Variáveis	Distribuição
Sexo feminino - %(n)	75,7 (84)
Idade em anos – mediana (mín-max)	67 (40-107)
Faixa etária - %(n)	
Adulta	23,4 (26)
Idosa	76,6 (85)
Vive com companheiro - % (n)	53,6 (59)
Fonte de renda - %(n)	
Sem renda	18,2 (20)
Salário/aposentadoria/pensão	78,2 (86)
Benefícios sociais	3,6 (4)
Renda mensal - %(n)	
Até 1 SM	32,3 (30)
1 a 3 SM	61,3 (57)
≥ 3 SM	6,4 (5)
Número de dependentes da renda – mediana (mín-máx)	2 (0-7)
Escolaridade - %(n)	
Analfabeto	16,2 (18)
Lê e escreve	9,9 (11)
≤ 8 anos	46,9 (52)
> 8 anos	27,0 (30)
Tabagismo - %(n)	
Nunca fumante	58,6 (65)
Ex-fumante	7,2 (8)
Fumante atual	34,2 (38)
Consumo de bebidas alcoólicas - %(n)	23,6 (23)
Autopercepção da própria saúde - %(n)	
Muito ruim	8,4 (9)
Ruim	12,2 (13)
Razoável	43,9 (47)
Boa	32,7 (35)
Muito boa	2,8 (3)
Prática de atividade física - %(n)	26,1 (29)
Número de doenças – mediana (mín-máx)	4 (1-10)
Uso de medicamentos - %(n)	97,3 (107)
Número de medicamentos	3 (0-10)
Peso em Kg – média (DP)	73,3 (41,6-136,5)
Altura em m– média (DP)	1,53 (1,33-1,8)
Índice de massa corporal – mediana (mín-máx)	30,6 (19,0-47,1)
Classificação do Estado Nutricional - % (n)	
Eutrofia	24,0 (43)
Baixo peso	7,8 (14)
Sobrepeso	49,2 (88)

Obesidade

19,0 (34)

*SM= Salário mínimo vigente na data da coleta

Tabela 2. Autoavaliação da qualidade da alimentação e ocorrência de marcadores da alimentação saudável e não saudável na população hipertensa atendida em ESF de Governador Valadares-MG.

Variáveis	Distribuição % (n)
Marcadores da alimentação saudável consumidos	
Nenhum	8,3 (9)
Um	22,0 (24)
Dois	39,5 (43)
Três	30,3 (33)
Consumo de feijão	77,5 (86)
Consumo de frutas	42,7 (47)
Consumo de verduras e legumes	70,0 (77)
Marcadores da alimentação não saudável consumidos	
Nenhum	42,3 (47)
Um	36,9 (41)
Dois	19,8 (22)
Três	0,9 (1)
Consumo de hambúrguer/embutido	9,9 (11)
Consumo de bebidas adoçadas	36,9 (41)
Consumo de macarrão instantâneo/salgadinho de pacote/biscoito salgado	18,0 (20)
Consumo de biscoito recheado/doces/guloseimas	14,4 (16)

Tabela 3 Nível de atenção à saúde e nutrição na população hipertensa atendida em ESF de Governador Valadares-MG.

Variáveis	Distribuição % (n)
Sem orientação	5,5 (6)
Apenas orientação médica	37,6 (41)
Apenas orientação alimentar	6,4 (7)
Orientação médica + alimentar	50,5 (55)

Tabela 4. Análise bivariada das condições associadas a orientação médica e alimentação na população hipertensa atendida em de Governador Valadares-MG.

Variáveis	Orientação			
	Sem orientação	Orientação médica	Orientação alimentar	Orientação médica + alimentar
Sexo feminino- %(n)	33,3 (2)	82,9 (34)	71,4 (5)	78,2 (43)
OR (IC95%) (p)	referência	9,7 (1,5-63,8) (0,018)	4,5 (0,5-52,9) (0,181)	7,2 (1,2-43,9) (0,03)
Faixa etária idosa - %(n)	83,3 (5)	80,5 (33)	57,1 (4)	76,4 (42)
OR (IC95%) (p)	referência	0,8 (0,1-8,1) (0,869)	0,3 (0,02-3,7) (0,322)	0,6 (0,1-6,0) (0,702)
Renda mensal <1 SM - %(n)	33,3 (2)	22,5 (9)	14,3 (1)	14,6 (8)
OR (IC95%) (p)	referência	0,6 (0,1-3,7) (0,565)	0,3 (0,02-5,0) (0,427)	0,3 (0,1-2,2) (0,287)
Escolaridade <8 anos - %(n)	83,3 (5)	73,2 (30)	71,4 (5)	72,7 (40)
OR (IC95%) (p)	referência	0,5 (0,1-5,2) (0,615)	0,5 (0,03-7,5) (0,615)	0,5 (0,1-4,9) (0,615)
Prática de atividade física - %(n)	16,7(1)	29,3 (12)	42,9 (3)	21,8 (12)
OR (IC95%) (p)	referência	1,58 (0,4-6,2) (0,512)	1,5 (0,2-9,4) (0,665)	1,5 (0,4-5,8) (0,564)
Uso de medicamentos - %(n)	66,7 (4)	97,6 (40)	71,4 (5)	100 (54)
OR (IC95%) (p)	referência	8,6 (2,4-30,0) (0,001)	2,0 (0,4-9,8) (0,394)	13,9 (3,7-51,6) (0,001)
Excesso de peso* - %(n)	33,3 (2)	82,9 (34)	57,1 (4)	81,8 (45)
OR (IC95%) (p)	referência	9,7 (1,5-63,8) (0,01)	2,7 (0,3-25,6) (0,396)	9,0 (1,4-56,1) (0,01)
Consumo de 3 marcadores da alimentação saudável - %(n)	16,7 (1)	38,8 (26)	27,3 (3)	18,2 (2)
OR** (IC95%) (p)	referência	7,8 (1,1-67,0) (0,04)	3,7 (0,3-45,0) (0,310)	4,2 (0,5-36,5) (0,198)
Consumo de feijão - %(n)	83,3 (5)	78,1 (32)	85,7 (6)	74,6 (41)
OR** (IC95%) (p)	referência	1,1 (0,1-12,5) (0,969)	1,6 (0,1-35,6) (0,776)	0,9 (0,1-9,6) (0,900)
Consumo de frutas - %(n)	50,0 (3)	53,7 (22)	28,6 (2)	37,0 (20)
OR** (IC95%) (p)	referência	0,8 (0,1-5,3) (0,815)	0,3 (0,03-3,4) (0,336)	0,4 (0,1-2,8) (0,388)
Consumo de verduras e legumes - %(n)	16,7 (1)	70,0 (28)	71,4 (5)	74,6 (41)
OR** (IC95%) (p)	referência	11,2 (0,9-129,1) (0,05)	13,8 (0,8-233,8) (0,06)	16,3 (1,4-185,2) (0,02)
Consumo de nenhum marcador da alimentação não saudável- %(n)	66,7 (4)	41,5 (17)	28,6 (2)	43,6 (24)
OR** (IC95%) (p)	referência	0,4 (0,1-3,1) (0,416)	0,2 (0,02-2,5) (0,220)	0,5 (0,1-3,1) (0,428)
Consumo de hamburguer/embutido - %(n)	16,7 (1)	2,4 (1)	28,6 (2)	14,6 (8)
OR** (IC95%) (p)	referência	0,6 (0,1-6,7) (0,714)	3,1 (0,2-39,5) (0,382)	2,2 (0,3-18,4)

Consumo de bebidas adoçadas - % (n)	33,3 (2)	39,0 (16)	57,1 (4)	32,7 (18)
OR** (IC95%) (p)	referência	0,9 (0,1-6,9) (0,977)	2,4 (0,2-24,5) (0,463)	0,8 (0,1-5,5) (0,810)
Consumo de Macarrão instantâneo/salgadinho de pacote/biscoito salgado - % (n)	16,7 (1)	19,5 (8)	14,3 (1)	18,2 (10)
OR** (IC95%) (p)	referência	1,2 (0,1-11,9) (0,869)	0,8 (0,04-17,0) (0,906)	1,1 (0,1-10,6) (0,927)
Consumo de Biscoito recheado/doces/guloseimas % (n)	16,7 (1)	17,1 (7)	28,6 (2)	9,1 (5)
OR** (IC95%) (p)	referência	1,03 (0,1-10,2) (0,980)	2,0 (0,1-29,8) (0,615)	0,5 (0,05-5,2) (0,561)

* Excesso de peso = sobrepeso e obesidade. ** Ajustado para sexo, renda, escolaridade e excesso de peso.

ANEXO A – Condições para submissão Revista de Atenção à Saúde

01/03/2021

Submissões | Revista de Atenção à Saúde

[Início](#) / [Submissões](#)

Submissões

Revista de Atenção à Saúde



O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.



Importante: Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.



O trabalho é inédito, ou seja, não foi submetido nem publicado em outro periódico nacional ou internacional.



Os autores se comprometem, caso o artigo seja aprovado, a converter o texto para o idioma inglês, sendo os custos da tradução responsabilidade dos autores. Será solicitado o envio de documento comprovando que o trabalho de tradução foi realizado por profissional habilitado para realizar a tarefa.



É obrigatório informar a afiliação institucional: Universidade (nome), Departamento/Unidade (ex: programa de mestrado área X), Setor/Área (ex: Instituto de Pesquisa X, etc) e sua localização geográfica (Cidade, Estado e País). Os autores que não tiverem afiliação institucional deverão informar que são autônomos ou vinculados em algum instituto de pesquisa, órgão ou empresa privada, etc., e devem identificar a localização geográfica (Cidade, Estado e País)



É obrigatório o preenchimento do número do "ORCID" de todos os autores: (<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>).

Diretrizes para Autores

1. O manuscrito deve conter o texto integral (não ultrapassando 21 (vinte e uma) páginas (incluindo referências, figuras, tabelas e anexos), sem identificação do(s) autor(es), estar digitado com fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço simples e 2,5 centímetros de margens, e elaborado na seqüência abaixo, com todas as páginas numeradas, com início na página de título[1].
2. *Página de título e Identificação.* A página de identificação deve conter os seguintes dados: a) *Título do manuscrito* em letras maiúsculas; b) *Título para as páginas do artigo:* indicar um título curto para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo (língua portuguesa e inglesa), não excedendo 60 caracteres;c) *Palavras-chave:* uma lista de termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) deve ser incluída (versões em português e inglês).
3. A Revista de Atenção à Saúde (RAS) usa o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo(<http://decs.bvs.br/>).
4. *Resumo.* Para autores brasileiros, o resumo deve ser escrito em língua portuguesa e língua inglesa. Para os demais países, apenas em língua inglesa. Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, deve ser escrita em folha separada e colocada logo após a página de título. O resumo deve ser apresentado em formato estruturado, incluindo os seguintes itens separadamente: *Introdução, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões.* Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas.
5. *Abstract.* Em caso de submissão em língua portuguesa, o *título, o resumo* estruturado e as palavras-chave do artigo devem ser traduzidos para o inglês sem alteração do conteúdo.
6. *Texto.* Após o *Resumo* e o *Abstract*, incluir as páginas referentes ao texto do manuscrito com ou sem setores destacados, conforme o tipo de manuscrito: *comunicação, relato de caso (estudo de caso), artigo original e artigo de revisão.* Abaixo segue breve relato dos principais setores a serem destacados:Para artigo original: Introdução- deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor(es) a empreender a pesquisa. Materiais e Métodos - forneça detalhes suficientes para viabilizar a reprodução do trabalho. Métodos já publicados devem ser indicados por uma referência, apenas as modificações relevantes devem ser descritas. Esta seção deve descrever a população estudada, a amostra a ser analisada e os critérios de seleção; também deve definir claramente as variáveis em estudo e descrever detalhadamente os métodos estatísticos empregados (incluindo referências apropriadas sobre métodos estatísticos e software). Procedimentos, produtos e equipamentos devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir por ventura a reprodução do estudo. *Neste item deverá estar explícito a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), portanto apresentando o número do protocolo.* Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido. Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão. Conclusão - deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido.Para comunicação, relato de caso:
7. **ATENÇÃO:** Utilizar os mesmos critérios que foram apresentados no ARTIGO ORIGINAL.Para artigo de revisão: Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autores a empreender a pesquisa. Desenvolvimento - utilizada nos artigos de revisão de literatura, deverá apresentar a descrição da revisão de

literatura feita ou não em setores determinados pelos autores. **Conclusão** – deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido. *Após o texto*, de qualquer natureza, incluir: a) **Agradecimentos**. Quando apropriados, os agradecimentos poderão ser incluídos, de forma concisa, no final do texto, antes das Referências Bibliográficas, especificando: assistências técnicas, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo e colaboração de pessoas que merecem reconhecimento (aconselhamento e assistência). Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão, por escrito, das pessoas cujos nomes constam dos **Agradecimentos**.

8. **Referências Bibliográficas**. As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html> ou <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n3/0301.pdf> - Versão em português). As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das **referências bibliográficas** constantes no manuscrito e a correta **citação no texto** são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.
9. **Notas de Rodapé**. Devem ser evitadas.
10. **Tabelas e Figuras** Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Figuras. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas.
11. O artigo deve ser digitado no "Template" disponibilizado pela RAS, sem quaisquer alterações na formatação.

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/libraryFiles/downloadPublic/25

Declaração de Direito Autoral

Proposta de Política para Periódicos que oferecem Acesso Livre Adiado

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado simultaneamente sob uma licença [Creative Commons Attribution License](#) após a publicação, permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou

como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja [O Efeito do Acesso Livre](#)).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, para envio de correspondências referente a Revista de Atenção à Saúde, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Open Journal Solutions
Soluções para o seu periódico online

Idioma

[English](#)

[Español \(España\)](#)

[Português \(Brasil\)](#)

[Enviar Submissão](#)

Informações

[Para Leitores](#)

[Para Autores](#)

[Para Bibliotecários](#)

Palavras-chave



Indexadores:



A RAS utiliza o software iThenticate para detecção e prevenção de plágio

Platform &
workflow by
OJS / PKP