

Avaliação do perfil clínico de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA)

Evaluation of the clinical profile of patients with Systemic Arterial Hypertension registered in the National Program for Hypertension and Diabetes Mellitus (HIPERDIA)

Evaluación del perfil clínico de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica registrados en el Programa Nacional de Hipertensión y Diabetes Mellitus (HIPERDIA)

Verônica Spani Amado^{1*}, Vivian Miranda Lago¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil clínico de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) cadastrados no Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA). **Métodos:** Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, documental e de abordagem quantitativa, proveniente da análise de 85 prontuários relativos ao período de 2010 a 2018 de pacientes cadastrados no HIPERDIA de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada em um município de pequeno porte do estado do Espírito Santo. **Resultados:** A população masculina apresentou média mais alta de peso e de estatura; nos dois grupos amostral, houve a predominância de pacientes com a Circunferência da Cintura (CC) acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); predominou a presença de sujeitos com o Índice de Massa Corporal (IMC) acima do esperado, especialmente, no grupo feminino; a abordagem de atenção à saúde dos portadores de HAS no município estudado tem ocorrido numa perspectiva multiprofissional. **Conclusão:** Foi possível concluir que a amostra masculina apresentou média mais elevada de peso e altura, e que ambos os grupos de participantes possuíam a CC acima do recomendado pela OMS, e com o IMC acima do esperado. Conclui-se ainda que muitos dos entrevistados foram encaminhados ao cardiologista e nutricionista.

Palavras-chave: Saúde pública, Estratégia saúde da família, Hipertensão arterial.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical profile of users with Systemic Arterial Hypertension (SAH) registered in the National Program for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus (HIPERDIA). **Methods:** This is a descriptive, documentary research with a quantitative approach, from the analysis of 85 medical records for the period 2010 to 2018 of patients registered in the HIPERDIA of a Family Health Strategy (FHS) located in a small town the state of Espírito Santo. **Results:** The male population had a higher average weight and height; in both sample groups, there was a predominance of patients with waist circumference (WC) above that recommended by the World Health Organization (WHO); there was a predominance of subjects with a body mass index (BMI) above expectations, especially in the female group; the approach to health care of patients with SAH in the studied city has occurred in a multiprofessional perspective. **Conclusion:** It was possible to conclude that the male sample had a higher average weight and height, and that both groups of participants had WC above that recommended by WHO, and with a BMI above expected. It is concluded that many of the interviewees were referred to the cardiologist and nutritionist.

Keywords: Public health, Family health strategy, Arterial hypertension.

¹ Faculdade Vale do Cricaré (FVC), São Mateus - ES. *E-mail: veronicaspani123@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el perfil clínico de usuarios con Hipertensión Arterial Sistémica (HSA) registrados en el Programa Nacional de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (HIPERDIA). **Métodos:** Se trata de una investigación descriptiva, documental con enfoque cuantitativo, a partir del análisis de 85 historias clínicas para el período 2010 a 2018 de pacientes registrados en la HIPERDIA de una Estrategia de Salud de la Familia (ESF) ubicada en una pequeña localidad. el estado de Espírito Santo. **Resultados:** La población masculina tuvo un peso y talla promedio más altos; en ambos grupos de muestra, hubo un predominio de pacientes con perímetro de cintura (CC) superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS); hubo predominio de sujetos con índice de masa corporal (IMC) por encima de las expectativas, especialmente en el grupo femenino; el abordaje de la atención a la salud de los pacientes con HAS en la ciudad estudiada se ha dado desde una perspectiva multiprofesional. **Conclusión:** Se pudo concluir que la muestra masculina tenía un peso y una estatura promedio más altos, y que ambos grupos de participantes tenían una CC superior a la recomendada por la OMS y un IMC superior al esperado. También se concluye que muchos de los entrevistados fueron derivados al cardiólogo y nutricionista.

Palabras clave: Salud pública, Estrategia salud familiar, Hipertensión arterial.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem sido considerada um problema mundial, e uma grave questão de saúde pública. Tal patologia possui manifestações e características próprias, e uma etiologia multifatorial (NOBRE F, et al., 2013). Comumente a HAS é encontrada na Atenção Primária à Saúde (APS) devido a sua alta prevalência e por estar correlacionada com complicações, tais como: coronariopatias; acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, doença renal e, principalmente, por ser uma doença crônica e de evolução lenta, quase sempre diagnosticada tardiamente e, por isso, um importante fator de risco (SANTOS JG e MOREIRA TMM, 2012; JAMES PA, et al., 2014).

A HAS é uma condição multifatorial caracterizada por elevados níveis pressóricos do paciente acima de 139/85 a 89 mmHg como grau I, um diagnóstico a ser confirmado por monitorização ambulatorial de 24 horas ou medição domiciliar. Seus níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) a associam frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas que desencadeiam o aumento de risco de complicações fatais ou não. Tornou-se uma doença crônica que, apesar de controlável, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SANTIAGO ERC, et al., 2019).

Dados da OMS estimam que 54% dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e 47% dos casos de cardiopatia isquêmica são consequências diretas da HAS, o que a coloca no patamar dos principais fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular (LAWES CM, et al., 2014). Inclusive, o declínio da incidência de AVE nas últimas décadas pode ser explicado em grande parte pela redução da PA (VANGEN-LONNE AM, et al., 2017). Destaca-se um número de, aproximadamente, 9,4 milhões de mortes por ano no mundo resultante desta patologia (SANTIAGO ERC, et al., 2019).

Somente no Brasil, 32,5%, cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos são portadores da HAS, o que, por conseguinte, representa de forma direta ou indireta 50% das mortes por doença cardiovascular, através da incidência de Doenças Isquêmicas do Coração (DIC); Doença Cerebrovascular gerando e (DCbV); Doenças Hipertensivas (DH) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Juntamente com a Diabetes Mellitus (DM), suas complicações cardíacas, renais e AVE, geram grande impacto na perda da produtividade do trabalho e na renda familiar, cujos valores registrados entre os anos de 2006 a 2015 foram acima de US\$ 4,1 bilhões (SCALA LC, et al., 2015).

No Brasil, a prevalência da HAS fica entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, além de influência direta ou indireta para 50% das mortes por doenças cardiovasculares das quais acarretaram nos anos de 2006 a 2015 um impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimando um valor US\$ 4,18 bilhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Com dados tão alarmantes, tendendo ao aumento, é necessário atuar para prevenir complicações nestes pacientes hipertensos, principalmente no que se refere a AVE e casos de doença isquêmica do coração por serem consequências diretas da HAS alta, que é, portanto, um dos principais fatores de risco para a morbidade e mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os fatores de risco e sinais de lesão de órgãos devido à hipertensão são diversos tais como: idade, ser tabagista, quadro de dislipidemia, diabetes, hiperucemia, obesidade, doença cardiovascular, história familiar, menopausa prematura, estilo de vida sedentário, fatores psicossociais e socioeconômicos e frequência cardíaca. Os danos assintomáticos nos órgãos terminais podem ser detectados pela pressão de pulso, velocidade da onda de pulso carotídeo-femoral, hipertrofia ventricular esquerda, sinais eletrocardiográficos e ou sinais ecocardiográficos, retinopatia avançada, índice tornozelo-braço, insuficiência renal, moderada ou grave, microalbuminúria e diabetes mellitus (MANCIA G, et al., 2013).

Ainda como consequência da HAS, destaca-se que as doenças cardiovasculares ou renais envolvem diversas doenças, a saber: doença cerebrovascular, acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia subaracnóide, ataque isquêmico transitório. Já a doença cardíaca coronária: o infarto do miocárdio, angina de peito, revascularização do miocárdio, cirúrgica ou intervencionista, insuficiência cardíaca, sistólica ou diastólica doença arterial oclusiva periférica, demonstração de placa ateromatosa por estudo de imagem e fibrilação atrial. A Doença Cardíaca Coronariana é o resultado da obstrução das artérias coronárias, os vasos sanguíneos que irrigam o músculo do coração. O conjunto de artérias coronárias constitui a circulação coronária (MANCIA G, et al., 2013).

O Ministério da Saúde (MS) propôs em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção do programa HIPERDIA, possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade. Assim, o MS, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade ligadas a HAS e a DM, assumiu o compromisso de propor ações em parceria com estados, municípios e sociedade com vistas a reorganização da rede de saúde, para aprimorar a atenção aos portadores dessas patologias. Neste sentido, o referido plano estabeleceu diretrizes para reorganizar a atenção aos portadores de DM e HAS, por meio da atualização dos profissionais atuantes na rede básica de saúde, a fim de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para estes portadores (BRASIL, 2001).

O HIPERDIA tem como principal meta a garantia de acompanhamento e tratamento sistemático de portadores de HAS e DM, e propõe a vinculação destes pacientes à Unidade Básica de Saúde (UBS). Situada no nível da atenção primária a saúde, este programa além de realizar o acompanhamento e o tratamento destes usuários, busca ainda recuperar a autonomia destes sujeitos a partir de uma abordagem de cuidado integrada (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que, o acompanhamento e o controle da HAS e da DM no contexto da atenção primária, são capazes de prevenir o surgimento e o avanço das complicações que podem surgir em decorrência destas patologias, e assim, reduzir o número de internações hospitalares realizadas em virtude destes agravos, assim como a mortalidade por doenças cardiovasculares. Cumpre realçar ainda que, embora haja várias experiências exitosas no âmbito municipal, em relação à garantia do acompanhamento dos casos de HAS e de DM, em grande parte do país nota-se a falta de vínculo entre os usuários portadores destas patologias e as unidades de saúde, sendo esta realidade passível de ser modificada por meio do atendimento sistemático a esses usuários proposto pelo plano em questão (BRASIL, 2001).

A proposta acima sugere avançar no cuidado ofertado além do binômio queixa-conduta, de forma a identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (SOUZA MLP e GARNELO L, 2008).

O diagnóstico da HAS tem sido baseado na anamnese, exame físico, laboratorial e eletrocardiograma. Tais exames auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia e no grau de comprometimento dos órgãos-alvo. Por ser, a hipertensão, uma doença assintomática, torna-se necessário

maior atenção por parte dos profissionais de saúde quanto aos principais sintomas que o paciente pode apresentar tais como: cefaleia, tontura, enjoo, fraqueza, palpitações, sangramento no nariz, zumbido no ouvido e visão embaçada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Tem-se como principais fatores de risco da HAS o sedentarismo, estresse, maus hábitos alimentares, sobrepeso, tabagismo e a idade. Tais fatores, na maioria comportamentais, associam-se diretamente às doenças do coração e à hipertensão arterial, embora a HAS seja uma patologia com maior prevalência na população da terceira idade. Observa-se, segundo a SBC (2016) que, no Brasil, 70% da população economicamente ativa já é hipertensa, sendo 35% constituídas de indivíduos com 40 anos ou mais (SOUZA MLP e GARNELO L, 2008).

Segundo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus o tratamento dispensado aos portadores de HAS deve ser pensado levando em consideração aspectos individuais do paciente, tais como: idade; estado mental deste; presença de outras doenças; uso de outras medicações; e, dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001).

As principais medidas não farmacológicas contra a HAS são: a redução do sal na dieta, evitar o consumo excessivo de álcool, cessação do tabagismo, dieta balanceada, exercícios físicos e perda de peso. No caso dos medicamentos de primeira linha para HAS tem-se os bloqueadores dos canais de cálcio di-hidropiridínicos de ação prolongada, os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA), ou os bloqueadores do receptor da angiotensina e os diuréticos do tipo tiazídico (JORDAN J, et al., 2018).

A HAS é uma doença que atinge grande parcela da sociedade e, por ser assintomática agindo silenciosamente, torna-se ainda mais grave, sendo um preocupante problema de saúde. Desse modo, a população hipertensa normalmente não valoriza e não trata a doença nos estágios iniciais, resultando em internações hospitalares decorrentes do agravamento do quadro clínico, desenvolvendo sequelas graves, prejudicando os órgãos vitais. Tal dinâmica da doença gera sérios problemas econômicos para o sistema de saúde e é altamente deletéria para a qualidade de vida da população. Inclusive, observa-se que a população hipertensa frequentemente procura as instituições de saúde nos estágios finais da doença, momento este que é caracterizado por complicações graves (LUCENA AF, et al., 1996).

A melhor alternativa ainda é prevenir o surgimento desses danos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes e promovendo o tratamento adequado da hipertensão através de ações que promovam estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos e riscos, fundamentais no cuidado a pacientes hipertensos. Assim, medidas preventivas e conscientizadoras devem ser implementadas nas Unidades de Saúde (US) para enfatizar a importância da prevenção, tratamento e controle da HAS de forma a se reduzir as complicações das doenças a ela associadas (BRASIL, 2001).

Diante dessa grave questão de saúde pública, que é a HAS, torna-se imperioso estudos capazes de viabilizar subsídios teóricos para proposição, implementação e avaliação de políticas públicas direcionadas a esses usuários, não somente na esfera municipal, mas também no âmbito da União e do Estado. Assim, a presente investigação teve como objetivo avaliar o perfil clínico de usuários portadores de HAS cadastrados no programa HIPERDIA de uma ESF localizada em um município de pequeno porte do estado do Espírito Santo.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, documental e de abordagem quantitativa, proveniente da análise de prontuários relativos ao período de 2010 a 2018 de pacientes cadastrados no HIPERDIA de uma ESF localizada em um município de pequeno porte do estado do Espírito Santo. Foram selecionados para esta pesquisa os prontuários dos pacientes de alto risco ou estágio III dos quais apresentam PA Sistólica de ≥ 180 ou ≥ 110 mmHg, já que estes comumente possuem um ou mais fatores de risco associados com doenças cardiovasculares ou renais, e possível lesão em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), bem como a probabilidade de evento cardiovascular em 10 anos, sendo, portanto, imprescindível a imediata e efetiva conduta terapêutica.

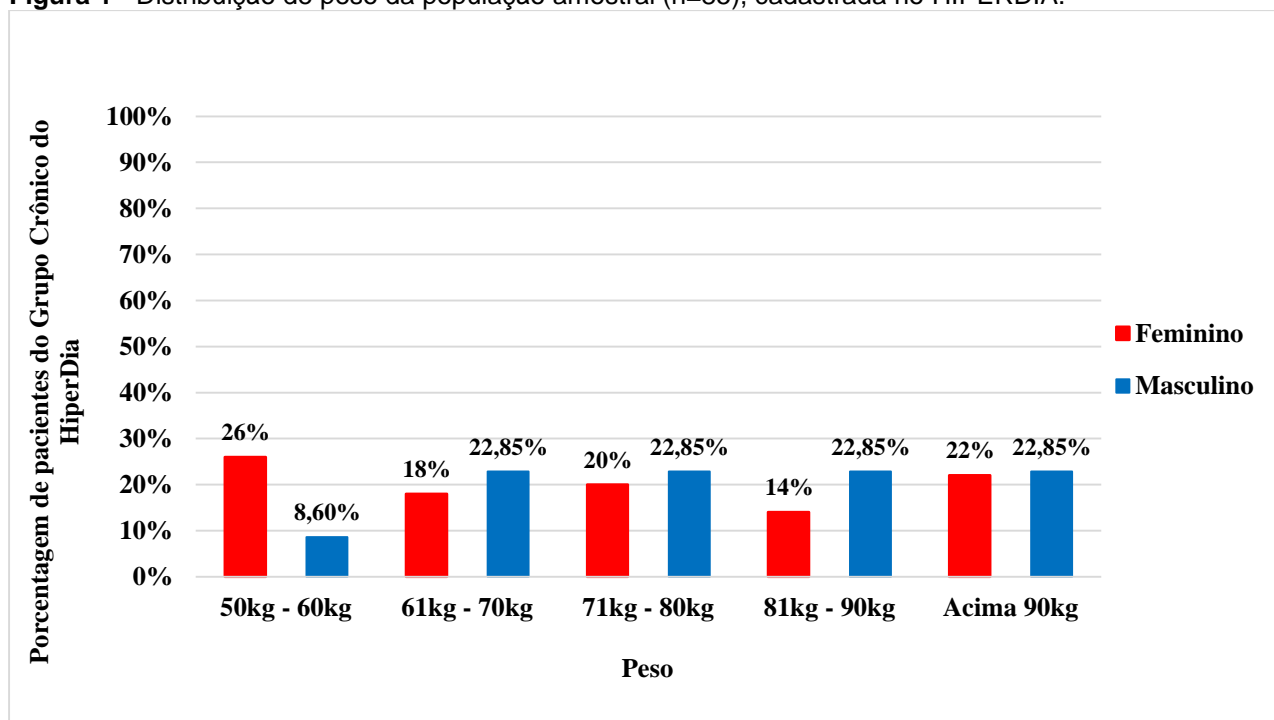
Sendo assim, foram selecionados e analisados 85 prontuários, na qual os dados resultantes desta pesquisa, foram agrupados e tabulados no *Software Microsoft Excel 2016*, permitindo realizar uma análise descritiva das variáveis clínicas coletadas, que foram apresentadas e discutidas à luz da literatura pertinente. Esta pesquisa foi submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através da Plataforma Brasil, ficando registrada sob o número 25407519.4.0000.82075 e recebendo no dia sete de novembro de 2019 a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré (FVC).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA da ESF pesquisada foram avaliados quanto às seguintes variáveis: Peso, estatura, CC, IMC., encaminhamento a especialidade em cardiologia, e ao profissional nutricionista.

Em relação ao peso dos pacientes, foi observado que: 26%(13) das pacientes do sexo feminino possuíam de 50kg a 60kg; 22% (11) estavam acima de 90kg; 20%(10) das pacientes entre 71kg a 80kg; 18%(9) apresentando peso entre 61kg a 70kg; e 14%(7) pacientes o peso estava entre 81kg a 90kg. Em relação aos pacientes sexo masculino, observou-se que 22,85%(8) dos pacientes estavam entre 61kg a 71kg; 22,85%(8) pacientes estavam entre 71kg a 80kg; 22,85%(8) pacientes estavam entre 81kg a 90kg; 22,85%(8) pacientes estavam acima de 90kg; e 8,6%(3) possuíam peso entre 50kg a 60kg (**Figura 1**).

Figura 1 - Distribuição de peso da população amostral (n=85), cadastrada no HIPERDIA.

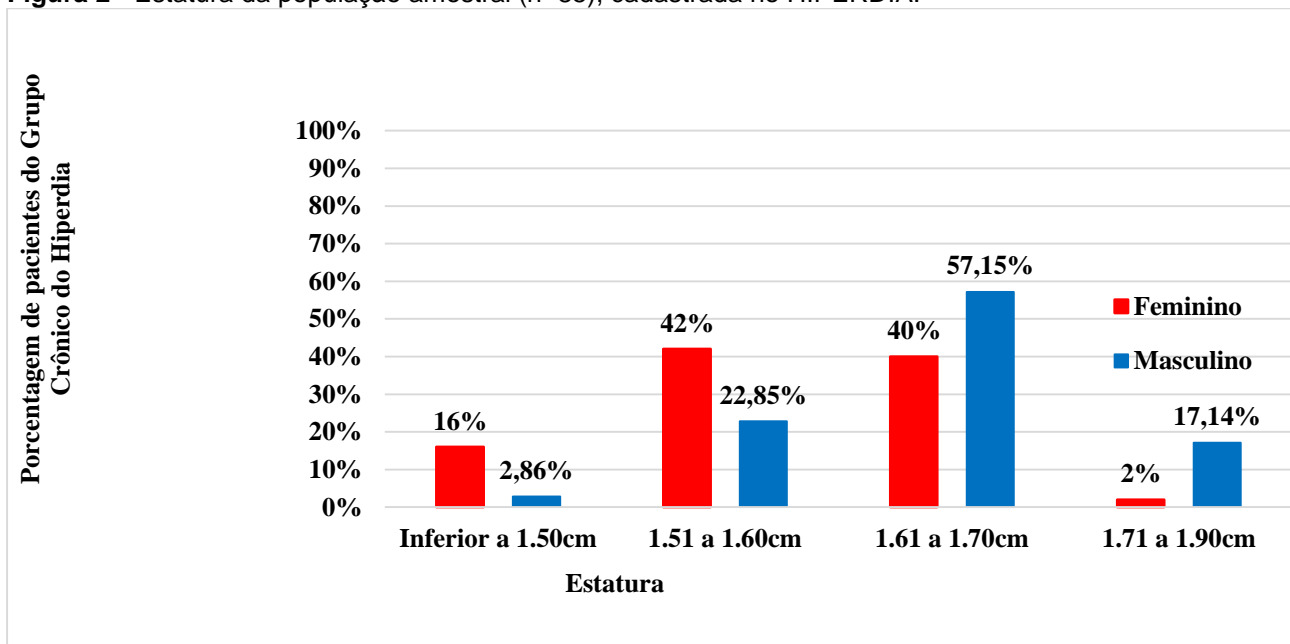


Fonte: Amado VS e Lago VM, 2020.

Pode-se inferir que a população masculina apresentou média mais alta de peso, sendo este achado também encontrado em estudos anteriores que correlacionam o aumento de peso com alterações da pressão (PEIXOTO MRG, et al., 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No que se refere à estatura, 42%(21) das pacientes do sexo feminino apresentaram entre 1.51cm a 1.60cm; seguido de 40%(20) pacientes com estatura entre 1.61cm a 1.70cm; 16%(8) com estatura inferior a 1.50cm; e 2%(1) paciente com estatura entre 1.71cm a 1.90cm. No que tange aos pacientes do sexo masculino, 57,15%(20) apresentaram a estatura entre 1.61cm a 1.70cm; seguido por 22,85%(8) com altura entre 1.51 a 1.60cm; 17,14%(6) entre 1.71 a 1.90cm; e 2,86%(1) entrevistado com estatura inferior a 1.50cm (**Figura 2**).

Figura 2 - Estatura da população amostral (n=85), cadastrada no HIPERDIA.

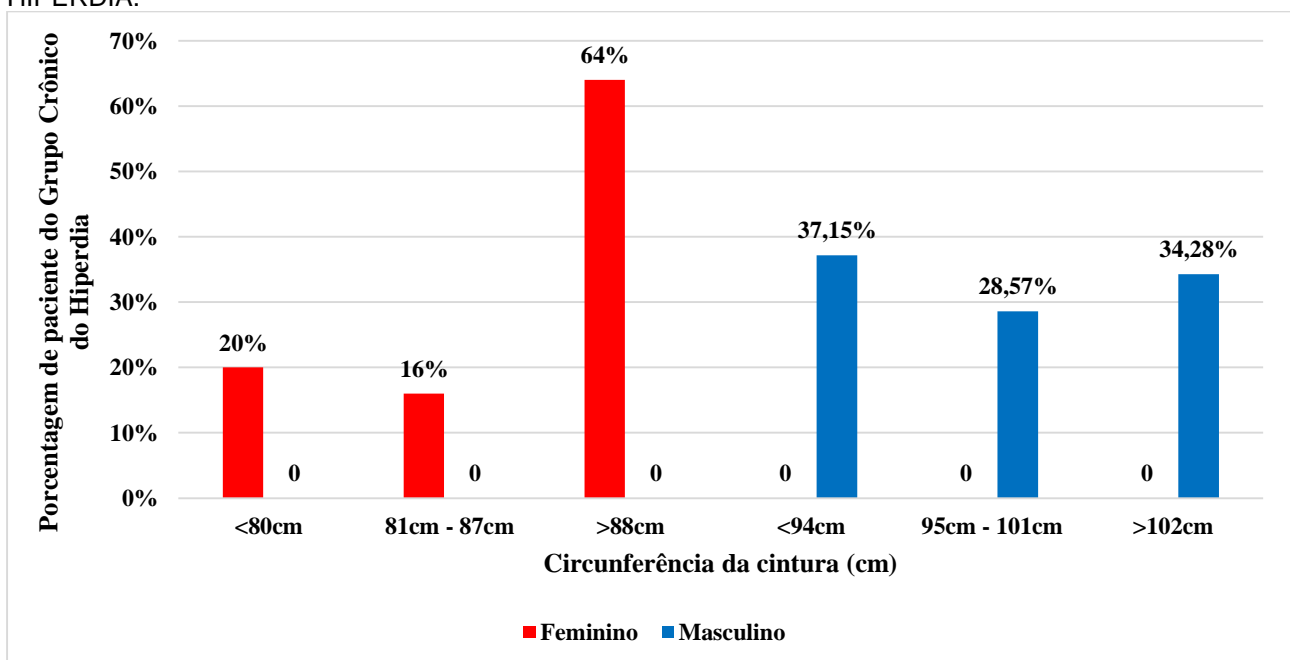


Fonte: Amado VS e Lago VM, 2020.

O sexo masculino apresentou médias mais altas de estatura, resultado este também encontrado em uma outra pesquisa (PEIXOTO MRG, et al., 2005). Acerca dessas medidas antropométricas, cabe destacar que a utilização desses indicadores tem crescido de modo exponencial, já que se constitui como método simples e eficaz para a avaliação do risco cardiovascular (CARVALHO CJ, et al., 2016).

Quanto a CC das pacientes do sexo feminino, 64%(32) estava acima de 88 cm; seguido de 20% (10) das pacientes com medida inferior a 80cm; 16%(8) com CC entre 81cm e 87cm. No sexo masculino, 37,15%(13) dos entrevistados apresentaram índices inferiores a 94 cm; 34,28%(12) dos pacientes apresentaram medidas acima de 102 cm e 28,57%(10) estavam entre de 95 cm a 101 cm (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição de medida da circunferência da cintura na população amostral (n=85), cadastrada no HIPERDIA.



Fonte: Amado VS e Lago VM, 2020.

No que diz respeito a CC, o MS com base nas diretrizes da OMS estabelece que a medida igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres sugerem risco de doenças ligadas ao coração, fato este que pode ser observado neste estudo, posto que houve a predominância de participantes com essa medição acima do recomendado, dado também verificado em outras investigações (SILVA SSBE, et al., 2016; PIRES CGS, et al., 2018). Sobre isso, cabe pontuar que a CC está mais ligada à hipertensão do que à obesidade propriamente dita (ARAÚJO IMC e PAES NA, 2013).

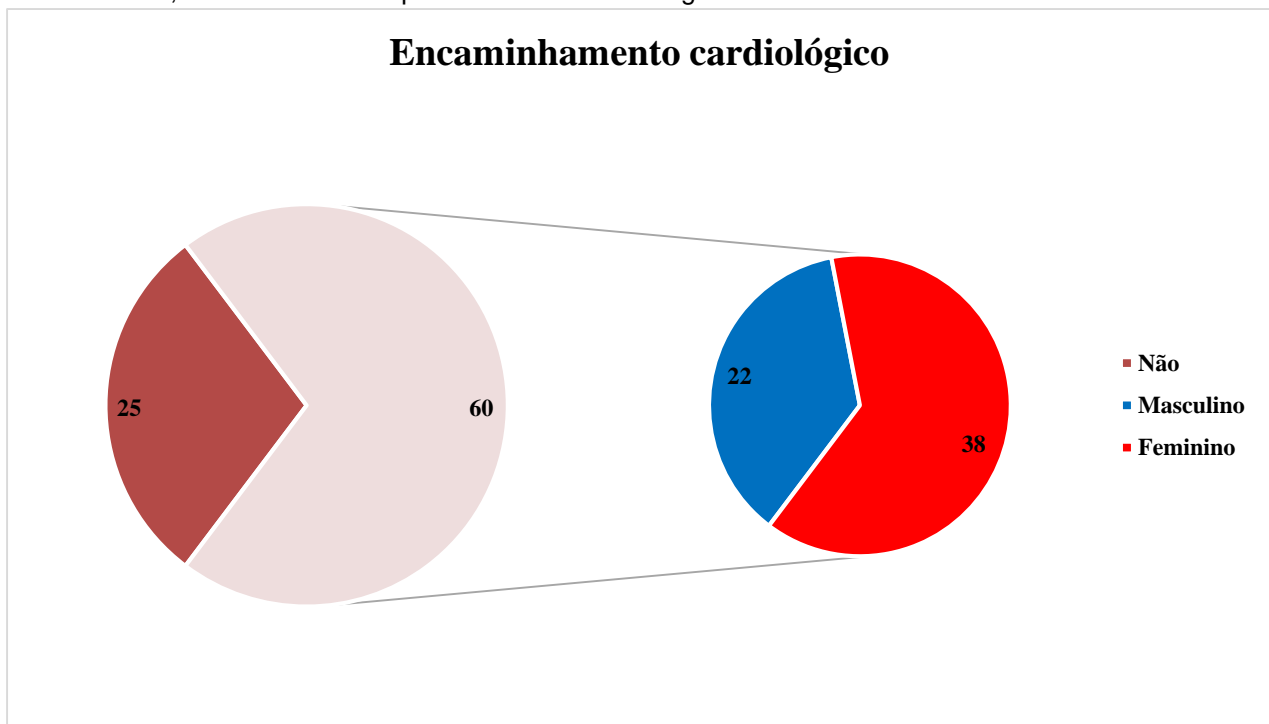
Quanto à avaliação IMC dos pacientes, naqueles do sexo feminino 18% (9) das pacientes apresentaram o índice normal; 40% (20) sobrepeso; 38% (19) obesidade leve; 2% (1) obesidade média; 2% (1) obesidade mórbida. No que tange aos pacientes do sexo masculino, foram 17,14% (6) de entrevistados que apresentaram índices normais; 28,57% (10) sobrepeso; 42,86% (15) obesidade leve e 11,43% (4) obesidade média. Não foi observada obesidade mórbida na população masculina.

Os resultados deste estudo dialogam com outros estudos anteriores que identificaram a predominância de mulheres e homens hipertensos com o IMC acima do esperado, identificando a prevalência da HAS associada à obesidade ou sobrepeso entre ambas as populações desta pesquisa (DE SÁ CA, et al., 2014; SILVA SSBE, et al., 2016).

Um dos estudos acima mencionados constatou que para o gênero masculino a obesidade foi percebida como um fator ainda mais importante para o aumento dos níveis pressóricos. Esses achados são capazes de subsidiar parâmetros que oferecem sustentação para a necessidade de planejamento de estratégias de prevenção e tratamento diferenciadas entre os gêneros (DE SÁ CA, et al., 2014).

Alguns pacientes, a depender de critérios clínicos previamente estabelecidos pelo SUS são encaminhados a outros profissionais de saúde e, no que diz respeito a pacientes hipertensos, especialmente, ao cardiologista e à nutricionista. Foi avaliado, então, o encaminhamento dos pacientes que fazem parte da população amostral (n=85) a tais profissionais. No que diz respeito ao encaminhamento cardiológico, 60 pacientes foram encaminhados. Quando analisado os pacientes quanto ao gênero, 38 das pacientes e 22 dos pacientes do sexo masculino receberam encaminhamento para o especialista (**Figura 4**).

Figura 4 - Avaliação do número de encaminhamento dos pacientes crônicos (n=85), cadastrados no grupo de HIPERDIA, ao médico com especialidade em cardiologia.



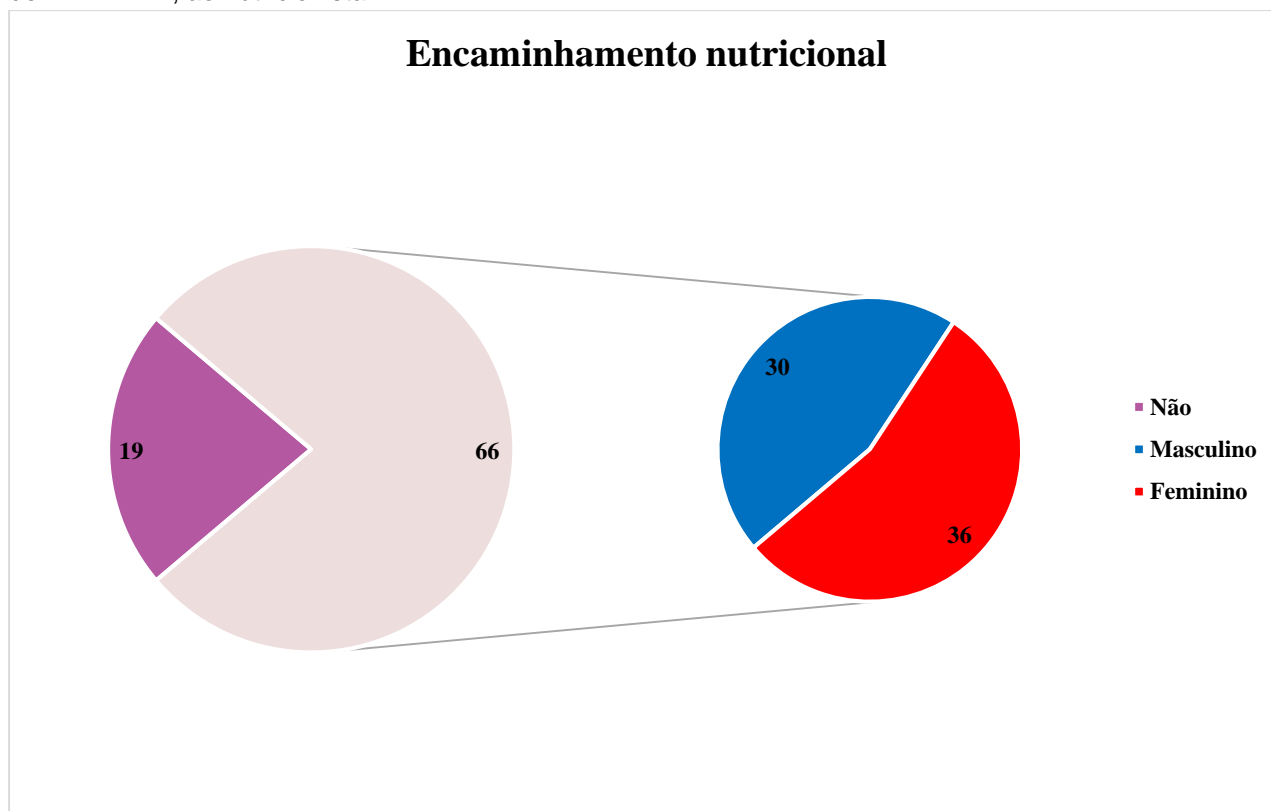
Fonte: Amado VS e Lago VM, 2020.

Neste sentido cabe pontuar que na atenção à saúde de pacientes portadores de HAS, é indispensável que seja utilizada uma abordagem multiprofissional com vistas a possibilitar o controle dos níveis pressóricos. Nesse sentido, diversas categorias de profissionais são envolvidas, tais como: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, dentre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo o documento intitulado “Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada” do MS, as condições para o encaminhamento do hipertenso para a atenção cardiológica: presença da hipertensão secundária; hipertensão do avental branco; medida inadequada da PA; tratamento inadequado; progressão das lesões nos órgãos-alvo da hipertensão; não adesão ao tratamento; presença de comorbidades (BRASIL, 2016).

No que tange ao encaminhamento nutricional, 66 (77,64%) dos pacientes receberam tal recomendação. Em uma análise relacionada ao gênero, 36 (72,00%) das pacientes do gênero feminino foram encaminhadas a tal serviço frente a 30 (85,72%) dos pacientes do gênero masculino (**Figura 5**).

Figura 5 - Avaliação do número de encaminhamento dos pacientes crônicos (n=85), cadastrados no grupo de HIPERDIA, ao nutricionista.



Fonte: Amado VS e Lago VM, 2020.

No que concerne a intervenção nutricional direcionada a pessoa portadora de HAS, o MS pontua que esta tem os seguintes objetivos: redução dos níveis pressóricos, viabilizando a redução da quantidade de medicamentos utilizados na terapia medicamentosa; adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais; manutenção do peso corporal; redução da obesidade visceral e redução de peso, nos casos de sobrepeso e obesidade; prevenção ou retardo dos agravos vinculados aos hábitos e padrões alimentares; adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais; e, a incentivo aos hábitos e da cultura alimentar, bem como de uma alimentação saudável, potencializando ações de reeducação alimentar, com o intuito de possibilitar mudanças de hábitos sustentáveis a longo prazo (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a HAS como uma grave questão de saúde pública, sabe-se que os resultados advindos deste estudo, constitui-se enquanto ferramentas importantes capazes de contribuir para o aprimoramento das políticas públicas destinadas aos portadores desta patologia. A partir da análise dos dados coletados foi possível concluir que a população masculina apresentou média mais elevada de altura e peso. Foi possível constatar de forma majoritária que ambos os grupos de participantes possuíam a CC acima do recomendado pela OMS. Também predominou a presença de sujeitos com o IMC acima do esperado, especialmente, no grupo feminino, ratificando a relação da obesidade e sobrepeso com a HAS. Torna-se possível concluir ainda que, a abordagem de atenção à saúde dos portadores de HAS no município estudado tem ocorrido numa perspectiva multiprofissional, já que muitos dos entrevistados foram encaminhados ao cardiologista e nutricionista.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO IM, PAES NA. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no programa de saúde da família e sua associação com fatores de risco. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 2013; 22(4): 1030-1040.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas Públicas, 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
6. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas no Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
7. CARVALHO CJ, et al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. *Revista Medicina*, 2016; 4(2): 124-133.
8. DE SÁ CA, et al. Obesidade, condição socioeconômica e hipertensão arterial no Extremo Oeste de Santa Catarina. *Revista de Saúde Pública*, 2014; 16(2): 184-194.
9. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008; 192p.
10. JAMES PA, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee. *JAMA Internal Medicine*, 2014; 311(5): 507-520.
11. JORDAN J, et al. Arterial hypertension: diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2018; 1(115): 557-568.
12. LAWES CM, et al. Global burden of blood pressure – related disease. *Lancet*, 2014; 9623(71): 1513-1518.
13. LUCENA AF, et al. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e assistenciais. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 1996; 17(1): 12-18.
14. MANCIA G, et al. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2013; 39(33): 2159-2219.
15. MORAES AS, FREITAS ICM. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*, 2012; 46(4): 591-601. v. 4, n. 29, p. 247-253, abr. 2015.
16. NOBRE, F, et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina Online*, Ribeirão Preto, 2013; 46(3): 256-272.
17. PEIXOTO MRG, et al. Circunferência da Cintura e Índice de Massa Corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2005; 87(4): 462-470.
18. PIRES CGS, et al. Padrões antropométricos de pessoas hipertensas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2018; 32(1):1-6.
19. SANTIAGO ERC, et al. Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2019; 113(4): 687-695.
20. SANTOS JC, MOREIRA, TM M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Revista Escolar de Enfermagem USP* 2012; 46(5): 1125-1132.
21. SCALA LC, et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015; 780-785p.
22. SILVA SSBE, et al. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50(1): 50-58.
23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro, 2016. 19 p.
24. SOUZA MLP, GARNELO L. “É muito dificultoso! ”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2008; 24(1), 91-99.
25. VANGEN-LONNE AM, et al. Declining incidence of ischemic stroke: what is the impact of changing risk factors? The Tromso Study 1995 to 2012. *Stroke*, 2017; 3(48): 544-550.