

Autocuidado na hipertensão arterial segundo o nível de orientação para a dieta e acompanhamento médico na atenção primária à saúde

Self-care in arterial hypertension according level of dietary advice and medical attendance in primary health care

Maisa Pereira Vieira¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1127-9353>

Diego Alves dos Santos²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8535-0509>

Andreia Cristiane Carrenho Queiroz³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1985-2388>

Clarice Lima Alvares da Silva⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1257-8964>

Resumo

Introdução: Estilo de vida inadequado, hábitos alimentares não saudáveis e fatores genéticos são considerados fatores de risco para o mau controle da hipertensão. **Objetivos:** Avaliar o consumo dos marcadores da alimentação, estado nutricional e condições de vida e de saúde entre hipertensos, segundo orientação médica e alimentar recebida. **Materiais e Métodos:** Estudo realizado com 109 indivíduos (≥ 40 anos) hipertensos, 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. O estado nutricional foi classificado por meio do índice de massa corporal. Adotou-se como significant'e $p < 0,05$. **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 a presença de uma ou mais doenças diagnosticadas 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% 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:** Apesar de associadas às condições de maior autocuidado e acompanhamento de risco na população, as orientações médica e alimentar ainda assim foram consideradas insatisfatórias.

Palavras-chave: educação em saúde; adesão ao tratamento; pressão arterial.

Abstract

Introduction: Inappropriate lifestyle, unhealthy eating habits and genetic factors are considered risk factors for the poor control of hypertension. **Objectives:** To evaluate 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 performed with 109 hypertensives (≥ 40 years old), included in the Family Health Strategy. A questionnaire was applied about data: personal, socioeconomic, health information and the occurrence of medical attendance, in addition to the 24-hour recall to verify the consumption of food markers. The nutritional status was classified by body mass index. P

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, Brasil. E-mail: [maisavieiranut@hotmail.com](mailto:mavaisvieiranut@hotmail.com)

² Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, Brasil. E-mail: digao_gv@hotmail.com

³ Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares. Departamento de Educação Física, Brasil. E-mail: andrea.queiroz@ufjf.edu.br

⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares. Departamento de Nutrição, Brasil. E-mail: clarice.silva@ufjf.edu.br

<0.05 was adopted as significant. **Results:** The sample was predominantly female, elderly, with low income and education, living with a partner, who had a reasonable/good perception of their own health, performed physical activities, did not have smoking habits and did not consume alcoholic beverages. The presence of one or more previously diagnosed diseases, high use of medications and overweight were observed. There was a higher occurrence of consumption of healthy eating markers, mainly beans, than unhealthy foods, in which sweetened beverages predominated. 94.5% received some medical or dietary advice. Female gender, overweight and use of medications were associated with medical and medical advice and food, while consumption of vegetables was only associated with medical and food advice. **Conclusion:** Despite being associated with conditions of greater self-care and risk monitoring in the population, medical and dietary guidelines were still considered unsatisfactory. **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 indivíduos^{1,2}. 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)^{3,4}.

A HAS é uma doença crônica não transmissível, sendo uma condição multifatorial de caráter insidioso, evolução oligo/assintomática e caracteriza-se por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90mmHg⁴. 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^{1,4,5,6,7}. Ademais, a ocorrência da doença frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, 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 atinge cerca de 32,5% (36 milhões) de adultos^{9,10}. Ainda, segundo o edição de 2019 da pesquisa anual realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no conjunto das 27 cidades brasileiras estudadas, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,5%.⁽¹¹⁾

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 Saúde¹².

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, a presente pesquisa teve 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

Amostra e tipo de estudo

A presente pesquisa é um estudo epidemiológico do tipo transversal exploratório que foi realizado com adultos e idosos hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Governador Valadares no estado de Minas Gerais. O município está localizado na região leste do estado de Minas Gerais e a 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 habitantes¹³, dos quais 15,05% é composta por idosos (60 anos ou mais)¹⁴.

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 ESF na zona urbana do município (N=18.046). A amostra final do estudo se constituiu de 109 indivíduos adultos e idosos, 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 a 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.

Delineamento da Pesquisa

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.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos nessa pesquisa os indivíduos com hipertensão arterial autorrelatada, com idade ≥ 40 anos cadastrados nas ESF selecionadas. Foram excluídos os indivíduos que não respondessem alguma pergunta do questionário ou negasse a realização das medidas.

Procedimentos

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 (atividade física

por tempo igual ou superior a 150 minutos por semana).

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 Saúde¹⁵. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado a partir das medidas de peso e estatura, representando a relação kg/m²¹⁵. 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.

Para avaliação dos 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)¹³.

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, 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. 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 em Kg/m ² – 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.

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. 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)

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 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)

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. 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 hambúrguer/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

Discussão

De modo geral, os resultados do presente estudo demonstram 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 por meio do VIGITEL demonstrou que a doença apresenta

frequência de diagnóstico médico maior entre mulheres do que entre homens¹¹. Esse fato também foi demonstrado em diversos estudos^{8,10,19,20}, os quais apontam que o diagnóstico de HAS 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 HAS 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 às 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, com alta densidade calórica e baixa quantidade de micronutrientes¹⁰. Verificou-se consumo elevado de bebidas adoçadas (36,9%), os quais, somados ao consumo de biscoitos 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, considerando 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, pode 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 al.*²⁷ 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 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 hipertensos atendidos na atenção primária. Possíveis hipóteses para esse resultado 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 HAS³⁵.

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 hipertensos na ESF, 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 foco não seja médico/medicamentoso com visão predominantemente curativista. Tais

fatores foram observados por De Arruda-Barbosa *et al*³⁸ 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 HAS é uma doença de caráter insidioso⁴ a procura pode ser ainda mais prejudicada diminuindo assim o acesso ao atendimento e orientações em saúde.

Rocha *et al*³⁹ descreveram em seu estudo que 50,4% (204) da população hipertensa estudada acreditava que não precisava modificar seu estilo de vida. 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. Percebe-se então a importância da busca ativa de pacientes hipertensos a fim de promover ações para o acompanhamento e orientação em saúde. Tal procedimento é de suma importância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo, tendo como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos, buscando garantir rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle⁴¹. Além disso, mostram-se ser necessárias práticas de formação permanente de profissionais de saúde com capacidade de trabalho para desenvolver ações de prevenção e controle da HAS 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 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. Os autores destacaram também que todas as ESF do estudo possuíam um Núcleo Ampliado de Saúde da Família com a presença do profissional nutricionista, mas que esse possuía atividades vinculadas apenas à oferta de palestras de educação em saúde e nutricional, para a população em geral. As atribuições específicas do nutricionista, somadas à sobrecarga desse profissional por acompanhar em torno de 4 ou mais equipes de ESF e toda sua população adscrita, como no município aqui estudado, potencialmente impossibilitam o atendimento individualizado com foco nas especificidades alimentares para a população com doenças crônicas. 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 àquelas 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 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.

Financiamentos

FAPEMIG (APQ00133-14), CNPq (432314/2016-4), CAPES (bolsa de estudo), PROEX-UFJF e PROPP-UFJF.

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; 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;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.
5. Silva LM, Souza AC, Fhon JRS, Rodrigues RAP. Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2020; 1-8.
6. Teixeira JF, Goulart MR, Busnelo FM, Pellanda LC. Conhecimento e Atitudes Sobre Alimentos Ricos em Sódio por Pacientes Hipertensos. *Arq. Bras. Cardiol*. Maio de 2016; 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;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; 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; 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; 51:1-10.
11. 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, 2020.
12. 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.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, *Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019*.
14. Brasil. Ministério Da Saúde. *Estatísticas vitais ano base 2012*. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.
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; 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; 8(1):91.
20. Mendes L, Cebola M, Mendes D, Marinho A, Guerreiro AS. Intervenção nutricional no doente com 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;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; 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; 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; 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; 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; 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;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; 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; 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; 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; 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; 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; 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*. 2001; 45 (6): 584-608.

Como citar este artigo:

Vieira MP, Santos DA, Queiroz ACC, Silva CLA. Autocuidado na hipertensão arterial segundo o nível de orientação para a dieta e acompanhamento médico na atenção primária à saúde. *Rev. Aten. Saúde*. 2021; 19(70): 67-81.