

Socio-demographic and clinical profile of hypertensive patients accompanied by the Family Health Strategy

974

Natan David Pereira*

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues**

Rafaely de Cassia Nogueira Sanches**

Marcia Glaciela da Cruz Scardoelli**

Fernanda Gatez Trevisan**

Anderson da Silva Rêgo**

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic**

Abstract

Hypertension is a disease of high prevalence, affecting about seven million people in the world. The knowledge of risk factors, such as anthropometric, socioeconomic and health profiles, allows programming interventionist measures in health promotion. Therefore, this study aimed to characterize the sociodemographic and clinical profile of people with arterial hypertension, accompanied by the Family Health Strategy in a municipality in the northwest of the state of Paraná. A cross-sectional study was carried out with 417 people from February to June 2016. Data were collected applying a user satisfaction instrument of the services provided by Primary Care, using the variables related to the sociodemographic and clinical profile of the interviewees. For the treatment of variables, descriptive statistics were used. Of the participants, 62.4% were elderly, of which 31.9% were over 70 years old, 68% were female, with incomplete elementary education and belonging to economic classes C1, C2 and DE. Of those interviewed, 39.8% were classified as having an overweight body mass index, 35.7% were obese and 68.8% had an abdominal circumference above the recommended parameters. Although blood pressure was not statistically significant, most users had some degree of change in systolic and diastolic blood pressure levels. These findings contribute to subsidize the planning of actions that meet the demands of the population assisted.

Keywords: Hypertension, Family Health Strategy, Disease Prevention, Anthropometry.

INTRODUCTION

Non-communicable chronic diseases (NCDs) are conditions that have multiple causes, are characterized by periods of exacerbation, which can result in disabilities and require continuous responses from social systems, health services and users¹.

Among the NCDs, arterial hypertension (AH) is one that affects the population the most, increasing the mortality rate, the number of hospitalizations, health problems and public spending¹⁻².

AH is also associated with an increased risk

of developing angina, myocardial infarction, stroke, coronary artery disease and aneurysms². Data from the World Health Organization (WHO) indicate that it is responsible for the deaths of more than seven million people every year in the world; in Brazil the prevalence is 25% in the adult population, corresponding to 52 million Brazilians with the disease³.

In the country, the care of people with chronic diseases is mainly through Primary Health Care (PHC), which has the function of ordering and coordinating care, as well as

DOI: 10.15343/0104-7809.20184204974991

*University Center of Maringá / UNICESUMAR. Maringá - PR, Brazil.

**State University of Maringá / UEM. Maringá - PR, Brazil.

E-mail: naatan_daviid@hotmail.com

providing comprehensive and continuous care for the population⁴.

The Family Health Strategy (FHS) is an essential component of PHC, responding to the demands of users through interventions that are based on receiving, sensitive listening, health promotion, prevention, rehabilitation and social reintegration, aiming for resolutions⁵.

Thus, NCD management should be structured based on a strong and resolute FHS, based on holistic and humanized care⁶.

In this sense, it is indispensable that the models of care be based on the promotion of health, through actions that value the specificities of its population. They must recognize that the health-disease process comes from the complex interaction of social, economic, cultural, environmental, racial, ethnic, life and work factors; access to food, education, housing, basic sanitation and health services; and to individual characteristics (age, sex, genetics), behavior and lifestyle⁶⁻⁷.

Although there are macro-political actions inclined towards health promotion, the organization of services is still hegemonically biomedical⁸.

Therefore, it is necessary to break with such an instantaneous culture, whose assistance is based only on episodes of crisis and/or cure of illnesses⁶.

Therefore, it is necessary to know the characteristics that make up the population groups at risk for the development of AH, especially of those who already have the disease, in order to contribute to public policies more coherent with the Brazilian locoregional reality, optimizing resources and promoting the people's quality of life⁷.

Considering that there is still a disagreement between the concept of the FHS and its real practice in the management of chronic diseases, it is important to highlight the socioeconomic and clinical determinants that affect the health of people affected by AH, in order to know their specificities to make the service match their needs. In this context, the objective of this study was to characterize the sociodemographic and clinical profile of people with AH, accompanied by the Family Health Strategy in a municipality in the northwest of the state of Paraná.

METHODOLOGY

The study is part of a larger study titled "Evaluation of the satisfaction of people with arterial hypertension with Primary Health Care services". This is a cross-sectional, quantitative approach, conducted with individuals undergoing AH treatment, followed up by FHS. The same was done in a municipality located in the northwest of Paraná, which has an estimated population of 406,693 inhabitants⁹. During the period of data collection, the municipality had 34 Basic Health Units (BHU) and 74 FHS teams, with a population coverage of 68%.

The total number of people with HA considered for the sample calculation was 27,741. From a list made available by the Municipal Health Department, with name and registration code in the internal system of the health care network. A representative random sample, calculated using the simple random sampling procedure, was adopted for an estimation error of 5% a 95% confidence interval and a prevalence of 50%, plus an additional 15% (65 people) for possible losses. Thus, the study sample resulted in 437 people with hypertension. Considering the losses and refusals, the final sample of the study was 417 people. After this calculation, a stratified sample of the users enrolled in each BHU included in the survey was performed, and the lottery was generated according to the number of people attended in each unit. If the individuals selected did not meet the inclusion criteria or refused to participate in the study, the next one on the list was automatically invited.

The inclusion criteria used were: must be 18 years of age or older, be a resident in the municipality studied, have had professional care in some BHU in the last six months prior to data collection, be duly enrolled in the HIPERDIA program up to the year 2014, which required a period of at least one year prior to data collection so that all users had at least two annual consultations in the health facilities investigated. As for the exclusion: those pregnant during the research, due to the need to measure anthropometric data.

Data collection took place from February to June 2016, together with HIPERDIA meetings, which took place from 08:00 to 17:00 hours. In order to do so, previous contact was made with the managers, nurses and responsible physicians and subsequently with the individuals who would participate in the study, which presented the project and its purpose, inviting them to participate. The interviews took place individually, in a quiet environment in the place of service itself, offering comfort and freedom from interference by third parties.

Two instruments were used, the first one evaluated the population regarding their socioeconomic level, which was the pre-structured form of ABEP¹⁰; the second evaluated the satisfaction of the health service user regarding the collaborating professionals of BHU and the services provided by Primary Health Care (PHC), an instrument developed and validated by Paes *et al.*¹¹. The instrument is divided into 13 distinct blocks, and for this study three blocks containing variables referring to anthropometric data were used at the time of the interviews and recorded in the patient's chart (systolic and diastolic blood pressure, weight, waist circumference and height) and with sociodemographic information of the patients, such as sex, family and marital status, schooling, race/color, occupation before and after HA diagnosis, and whether the interviewee was left unfit for work. It also contains information on family composition and family income¹¹.

Participants in the data collection were two doctoral student nurses, linked to a postgraduate program at a university in the municipality and four undergraduate nursing students, a member of the research group of the same institution for at least three years. For all participants in the data collection, guidelines were given on the procedures to be performed, regarding the filling-out of instruments, approaching the participants and collecting anthropometric data. The equipment used for measuring the anthropometric data and the pressure values exclusively belonged to the BHU, with the Health Department of the municipality responsible for regulation and calibration. The anthropometric and analog scales were used. To measure abdominal circumference, an

inelastic tape of 150 centimeters was used¹² and aneroid sphygmomanometer was used to measure blood pressure. It should be noted that under no circumstances, the team was asked to carry out the measurement of data, as it is part of the HIPERDIA's protocol of the municipality.

The Brazilian Body for Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO) standards were adopted for Body Mass Index (BMI) and waist circumference (WC), with BMI values as: low weight (BMI <18.4kg/m²), eutrophic (between 18.5 and 24.9kg/m²), overweight (between 25 and 29.9kg/m²), obesity (between 30 and 39.9kg/m²), severe obesity above 40kg/m²); and adequate WC values as: greater than or equal to 94 cm for men and equal to or greater than 80 cm for women¹².

Regarding blood pressure values, excellent values are between 120/85mmHg, normal between 130 x 85mmHg and above normal between 130-139 x 85-89mmHg, values indicative of stage I hypertension between 140-159 x 90-99mmHg, stage II hypertension between 160-179 x 100-109mmHg, and stage III hypertension between 160-179 x 100-109mmHg, according to standards established by the VII Brazilian Guideline for Arterial Hypertension¹³. The data tabulation process was constituted from the transfer of the answers obtained through filling-out the questionnaires to the electronic spreadsheet, in which all were checked to identify and correct possible mistakes. After verification, the data were double transcribed to the Microsoft Excel 2016 spreadsheet and statistical analysis was performed with the help of SPSS software, version 19.0.

The Kolmogorov-Smirnov test, with Lilliefors correction and after the result, the Kruskal-Wallis test for analysis of variance was used to analyze the normality of the data and obtaining the mean and standard deviation of the variables. The study was conducted in accordance with Resolution no. 466/1214, all participants were invited to sign two identical Informed Consent Forms (ICF). Furthermore, they were clarified as to the objectives of the study, with the risks and the benefits. This was approved by the Permanent Ethics Committee on Research with Human Beings, under opinion No. 1.407.687/2016.

RESULTS

Of the participants, 62.4% were elderly, and of these 31.9% were over 70 years old, 68% were female, and 58.3% were companions. As for education, 28.5% had incomplete elementary education and 64.5% were in the lowest socioeconomic classes (C1, C2 and DE), according to Table 1.

Table 2 shows statistical significance related to the weight of the participants ($p < 0.000$). When separated by sex, the men had a mean weight of 80.66 ± 18.0 kg (CI=129.8-36.6) and women 72.7 ± 14.6 kg (CI= 70.5 - 73.9).

The waist circumference was also statistically significant ($p=0.004$), where the men were 103.6 ± 13.8 cm (CI=100.7-105.4)

and the women were 99.9 ± 12.8 cm (CI=97.5-100.5).

The variables systolic/diastolic blood pressure and body mass index did not show differences with statistically significant values.

Regarding BMI, 39.8% were classified as overweight, 35.7% were obese, and 68.8% were those with a larger waist circumference than recommended, and women had the highest prevalence for all variables, according to Table 3.

Table 4 shows that 60.9% of the users presented some level of alteration in systolic pressure levels and 42.4% in diastolic pressure levels.

Table 1 – Sociodemographic and economic data of people with arterial hypertension accompanied by the Family Health Strategy. PR, Brazil, 2016.

	TOTAL		MALE (n=134)		FEMALE (n=283)	
	N	%	N	%	N	%
Age						
20 – 29	15	3,6	4	3.0	11	3.9
30 – 39	25	6	8	6.0	17	6.0
40 – 49	37	8,9	13	9.7	24	8.5
50 – 59	80	19.2	24	17.9	56	19.8
60 – 69	127	30.5	33	24.6	94	33.2
> 70	133	31.9	52	38.8	81	28.6
Race/Color						
White	260	62.4	77	57.5	183	64.7
Black	65	15.6	27	20.1	38	13.4
Brown	92	22.1	30	22.4	62	21.9
Education						
Cannot read/write	32	7.7	10	7.5	22	7.8

to be continued...

	N	%	N	%	N	%
Literate	57	13.7	16	11.9	41	14.5
Elementary School Incomplete	119	28.5	26	19.4	73	25.8
Complete Primary Education	79	18.9	36	26.9	63	22.3
Incomplete High School	50	12	22	16.4	28	9.9
Complete High School	57	13.7	17	12.7	40	14.1
Incomplete Higher Education	6	1.4	2	1.5	4	1.4
Complete Higher Education	17	4.1	5	3.7	12	4.2
Conjugal Situation						
Without partner	174	41.7	30	22.4	144	50.9
With partner	243	58.3	104	77.6	139	49.1
Economic Classification - ABEP						
A	19	4.6	11	8.2	8	2.8
B1	33	7.9	11	8.2	22	7.8
B2	96	23	28	20.9	68	24.0
C1	83	19.9	22	16.4	61	21.6
C2	100	24.0	38	28.4	62	21.9
DE	86	20.6	24	17.9	62	21.9
Current Occupation						
Employee	96	23	34	25.4	62	21.9
Unemployed	91	21.8	11	8.2	80	28.3
Retired / Pensioner	230	55.2	89	66.4	141	49.8

Source: research data, 2016.

Table 2 – Clinical and nutritional profile of people with hypertension accompanied by the Family Health Strategy. PR, Brazil, 2016.

	Male (n=134)		Female (n=283)		p
	M±SD	95%CI Min - Max	M±SD	95%CI Min - Max	
DBP (mmHg)	81.2±12.1	79.1-83.3	81.5±10.5	80.3-82.7	0.996
SBP (mmHg)	133.2±19.8	129.8-36.6	132.8±20.0	130.5-135.2	0.877
Weight (kg)	80.6±18.0	77.5-83.7	72.2±14.6	70.5-73.9	0.000
BMI	28.7±5.5	27.8-29.6	29.4±5.3	28.8-30.1	0.204
WC (cm)	103.6±13.8	100.7-105.4	99.9±12.8	97.5-100.5	0.004

Source: research data, 2016. DBP: Diastolic Blood Pressure; SBP: Systolic Blood Pressure; BMI: Body Mass Index; WC: Waist Circumference; SD: Standard Deviation; CI: Confidence Interval; Min: Minimum; Max: Maximum.

Table 3 – Nutritional classification of people with arterial hypertension accompanied by the Family Health Strategy. PR, Brazil, 2016.

	TOTAL		MALE (n=134)		FEMALE (n=283)	
	N	%	N	%	N	%
Classification of BMI						
Underweight (<18.4)	4	1.0			4	1.4
Normal (>18.5 and <24.9)	81	19.4	33	24.6	48	17
Overweight (>25 and <29.9)	166	39.8	52	38.8	114	40.3
Obesity (>30 and <39.9)	149	35.7	44	32.8	105	37.1
Severe obesity (>40)	17	4.1	5	3.7	11	4.2
Abdominal circumference						
Normal	130	31.2	63	47.0	67	20.3
Altered	287	68.8	71	53.0	216	76.3

Table 4 – Classification of the blood pressure levels of people with arterial hypertension accompanied by the Family Health Strategy. PR, Brazil, 2016.

	SYSTOLIC		DIASTOLIC	
	N	%	N	%
Great				
Sistólica: 120 mmHg	60	14.4	102	24.5
Diastólica: <80 mmHg				
Normal				
Systolic: 130 mmHg	103	24.7	138	33.1
Diastolic: 85 mmHg				
Above normal				
Systolic: 130-139 mmHg	83	19.9	40	9.6
Diastolic: 85-89 mmHg				
Stage 1 hypertension				
Systolic: 140 - 159 mmHg	113	27.1	91	21.8
Diastolic: 90-99 mmHg				
Stage 2 hypertension				
Systolic: 160-179 mmHg	42	10.1	41	9.8
Diastolic: 100 - 109 mmHg				
Stage 3 hypertension				
Systolic: 160-179 mmHg	16	3.8	5	1.2
Diastolic: 100 - 109 mmHg				

Source: research data, 2016. * VII Brazilian Guideline for Arterial Hypertension¹³.

DISCUSSION

In this study, the sociodemographic and clinical profile of people with arterial hypertension, attended by the Family Health Strategy, was characterized. The results showed that the majority of the population studied were elderly, impoverished, educational level up to elementary school, overweight or obese and had changes in blood pressure levels.

The Brazilian population is aging rapidly, and this demographical change reflects the changes in society related to the economic sector, the labor market, health systems and services, family relations, as well as physiological and functional transitions that promote the development of chronic diseases¹⁵. Similar to this scenario, other countries face these problems such as Europe where NCDs account for 80% of deaths. Portugal has 21% of citizens over 65 years and around 10% above 75 years, the country has one of the highest prevalence of AH in Europe, with three out of every 10 people, being the main risk factor for cardiovascular problems and cerebrovascular diseases^{2,16}.

However, unlike the developed countries that have been planning for some time to address the problems arising from senility, Brazil is not prepared, since only in recent years has it directed its efforts towards long-term policies while still facing emergency difficulties¹⁵⁻¹⁶. Thus, there is considerable pressure on social security and health services due to the multiplicity of pathologies among the elderly, disabilities and sequelae that require intersectoral actions, mainly related to epidemiological transitions whose morbidity and mortality rate is mostly associated with NCDs, such as AH, diabetes *mellitus*, cerebrovascular diseases and neoplasms¹⁵.

Regarding the characteristics of the participants of this study, a higher prevalence of people with AH identified were white and female. These data are similar to those found in the literature¹⁷. It is known that men and women have distinct characteristics that contribute to the development of these diseases. Up to menopause, women rely on estrogen, a cardioprotective hormone. However, at this stage, estrogen levels decrease

considerably, resulting in a reduction in arterial vasoconstriction and, consequently, an increase in blood pressure levels¹⁸. In addition to these issues, this fact can be associated with the greater longevity of women, and moreover, they use the health services more frequently, which can opportunistically diagnose AH⁵.

The weight and the increase of the waist circumference, mainly among the women, presented a statistical significance. Similar data were found in other studies^{3,15}, in which more than half of the subjects with hypertension were overweight or obese. Excess weight alone is a risk factor for the development of chronic diseases³. Obesity control is one of the central practices for the management of chronic diseases in PHC, and among the main recommendations is the incentive for a lifestyle change (LSC) beginning with the practice of physical activities, food reeducation, quitting tobacco among others³. The actions to promote the LSC can be done by the FHS teams in partnership with the Family Health Support Center (FHSC), which include physical educators, nutritionists, psychologists and physiotherapists, whose interdisciplinary intervention favors the adoption of behaviors and choices reducing health problems such as obesity, AH, diabetes *mellitus* and a sedentary lifestyle¹⁹.

Other social and economic determinants have a negative effect on chronic diseases, as demonstrated in this study through the level of schooling and because they belong to the socioeconomic classes C1, C2 and DE. People with insufficient incomes tend to negatively assess their health status, besides being unemployed or without professional activity they have the highest number of cases of AH, obesity and diabetes *mellitus*. Furthermore, education conditions behaviors and health status, since they influence access to information, the capacity to benefit from knowledge and the adoption of healthy choices¹⁶.

Thus, poverty raises social vulnerability, since the subject is denied or had limited access to health services, leisure, a balanced diet with a wide variety of nutrients, employment, basic sanitation, education and practice of physical exercises, as well as causes low social participation and involvement. The absence

of these strategies favors the emergence of chronic diseases, aggravations, sequelae and hospitalizations²⁰⁻²¹.

Health care systems must be organized in response to the demands of the population. However, the SUS faces an incongruity between the speed at which the demographic epidemiological and technological transition advances, and the delay or stagnation of the internal policies that allow the adaptation of services for the transformation, such as the organizational culture, payment systems and resource management⁶.

With this perspective, although blood pressure levels did not show statistical significance, the majority of users had some degree of blood pressure change. It is noteworthy that the participants were followed up by the FHS, whose actions contemplate specific lines of care for hypertensive patients, such as HIPERDIA. Remaining with high blood pressure increases the inability of services to prevent, manage and control the diseases, since these require the reception, sensitive listening, access and resolution⁵.

It should be emphasized that the FHS, by not obtaining the space proposed in the SUS, to promote health, prevent diseases and provide intact and humanized care, loses the possibility of reorienting and strengthening Primary Care⁵. It is necessary to rethink the effectiveness of the assistance provided, as well as whether the coverage is sufficient to minimize the diseases

and meet the demands of the population. Thus, collaboration and communication among the strategies present in the network, the use of tools such as assistance protocols, matrix support, care centered on the person and the family, long-term education, guarantee of reception, and the link between the community and the team make the integrality possible^{5,23}.

It is important to note that the teams that work in the FHS, due to their proximity to the population, are essential to assist people in their specificities, considering all aspects pertinent to the subject.

Qualified listening should be valued, since it is possible to identify factors that affect the health-disease process²⁴. It is necessary to stimulate discussions and actions that promote the control of pressure levels, as well as acting with a focus on the prevention, promotion and rehabilitation of health²⁴.

Identifying the weaknesses in the implementation of preventive activities for AH is recommended, since, even with the existence of programs that address and regulate the subject, the number of people affected and who evolve with complications is still high. Therefore, it is necessary to encourage studies, to implement public health policies, to offer services that are accessible and effective, in order to minimize the negative burdens established by chronic diseases that affect Primary Health Care, such as AH, improving the quality of life and longevity of the population.

CONCLUSION

The results showed that the sociodemographic profile of people with arterial hypertension attended by the Family Health Strategy consists of: being elderly, over 70 years old, mostly female, white, incomplete elementary school and belong to the socioeconomic statements C1, C2, and DE; and the clinical profile: overweight or obese, waist circumference higher than recommended and present some degree of alteration in pressure levels. This study is limited due to the geographic issue, because it is performed in

only one city, which despite being medium-sized, is not credible for generalization with the other municipalities of the country, so that the findings may reflect specific characteristics of the sample and locality. However, studies like this allow managers to plan health actions, focusing on health promotion, through consistent data, meeting the demands of the population. It should be emphasized that despite being a widely studied topic, there is a need to develop research that understands possible limitations found between the FHS

and the service user, in order to promote more sensitive and effective interventions.

ACKNOWLEDGMENTS: This article was carried out with the support of the Coordination of Personal Improvement of Higher Education (CAPES) - Code of Financing 001 through a social demand grant.

REFERENCES

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey-Jr DE, Collins KJ, Himmelfarb D, et al. 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018; 71: e13-e115.
3. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSC de A, Silva MMA Velasquez-Melendez G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. *Rev. Saúde Públ.* 2017; 51 (suppl 1).
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. Barros AR, Coelho EAC, Barradas ACC, Luz RT, Carvalho MFAA, Sobral PHAF. Strategies of women before the low problem-solving capacity of primary health care. *Rev baiana enferm*. 2018; 32:e18319.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde, 2012.
7. Rêgo ADS, Laqui VDS, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR, Radovanovic CAT. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *Cogitare enferm*. 2018 Jan 15;23(1).
8. Santos DS; Tenório EA; Brêda MZ; Mishima SM. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6):918-25.
9. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caderno Estatístico do Município de Maringá [Internet]. Curitiba: IPARDES, 2017. <www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. 2016.
11. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(2):87-93.
12. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4.ed. São Paulo (SP); 2016.
13. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 107(3).
14. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.
15. Morais GDM, Cruz AGM; Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016; 19(3):507-19.
16. Ministério da Saúde (PT). Retrato da Saúde, Portugal – 2018. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018.
17. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(3):795-804.
18. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JSP. Time trend in the prevalence of systemic arterial hypertension in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(6):e00035316.
19. Rodrigues KAF, Santos ZMSA, Santos PDS, Bezerra KAF, Carneiro RF, Aguiar ACT, et al. Adherence of hypertensive women to healthy lifestyle - an educational technology in health. *Campo Abierto* 2018; 37(1): 107-18.
20. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014; 22(4):547-53.
21. Spencer NJ, Blackburn CM, Read JM. Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*. 2015; 5(9):e007062.
22. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Júnior EPP, Luz LA, et al. Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing? *Saúde Debate*. 2014; 38: 69-82.
23. Giovannella L. Basic health care or primary health care? *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):e00029818.
24. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 68(6):122-9.

Received in september 2018.
Approved in november 2018.

Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família

Natan David Pereira*
Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues**
Rafaely de Cassia Nogueira Sanches**
Marcia Glaciela da Cruz Scardoelli**
Fernanda Gatez Trevisan**
Anderson da Silva Rêgo**
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic**

983

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(4): 974-991
Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos ..

Resumo

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, acometendo cerca de sete milhões de pessoas no mundo. O conhecimento de fatores de risco, como perfil antropométrico, socioeconômico e de saúde, possibilita programação de medidas intervencionistas na promoção à saúde. Neste aspecto, o estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com hipertensão arterial, acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família em um município no noroeste do estado do Paraná. Estudo transversal, realizado com 417 pessoas, no período de fevereiro a junho de 2016. Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento de satisfação dos usuários com os serviços prestados pela Atenção Primária, utilizando para este estudo, as variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos entrevistados. Para tratamento das variáveis, utilizou-se estatística descritiva. Dos participantes, 62,4% eram idosos, destes 31,9% possuíam idade superior a 70 anos, 68% do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto e pertencentes as classes econômicas extratos C1, C2 e DE. Dos entrevistados, 39,8% foram classificados com índice de massa corporal em sobrepeso, 35,7% com obesidade e 68,8% com circunferência abdominal acima dos parâmetros preconizados. Apesar de a pressão arterial não ter apresentado significância estatística, a maioria dos usuários possuía algum grau de alteração nos níveis pressóricos sistólico e diastólico. Tais achados contribuem para subsidiar o planejamento das ações que atendam as demandas da população assistida.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Prevenção de doenças. Antropometria.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições que possuem múltiplas causas, configuram-se por períodos de agudizações, as quais podem resultar em incapacidades e exigem respostas contínuas dos sistemas sociais, serviços de saúde e dos usuários¹. Dentre as DCNT a hipertensão arterial (HA) é uma das que mais acomete a população, incrementa a taxa de mortalidade, o número de hospitalizações, os agravos à saúde e os gastos públicos¹⁻². A HA associa-se também, ao maior risco de desenvolver angina, infarto

do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana e aneurisma². Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que ela é responsável pela morte de mais de sete milhões de pessoas todos os anos no mundo, no Brasil a prevalência é de 25% na população adulta, o que corresponde a 52 milhões de brasileiros com a doença³.

No país, o cuidado de pessoas com doenças crônicas se dá, principalmente, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), esta possui a função de ordenar e coordenar a assistência,

DOI: 10.15343/0104-7809.20184204974991

*Centro Universitário de Maringá/UNICESUMAR. Maringá - PR, Brasil.

**Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá - PR, Brasil.

E-mail: naatan_daviid@hotmail.com

além de realizar o cuidado integral e contínuo da população⁴. A Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste em um componente essencial da APS, por responder as demandas dos usuários, através de intervenções que se baseiam no acolhimento, escuta sensível, promoção da saúde, prevenção, reabilitação e reinserção social, visando a resolutividade⁵.

Assim, o manejo das DCNT deve ser estruturado com base em uma ESF que seja forte e resolutiva, apoiada no cuidado holístico e humanizado⁶. Nesse sentido, é indispensável que os modelos de atenção fundamentem-se na promoção da saúde, por meio de ações que valorizem as especificidades de sua população, reconhecendo que o processo saúde-doença advém da complexa interação dos determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais, raciais, étnicos, de vida e trabalho; o acesso à alimentação, à educação, à habitação, ao saneamento básico e aos serviços de saúde; às características individuais (idade, sexo, genética), comportamento e estilo de vida⁶⁻⁷. Embora haja ações macropolíticas inclinadas para a promoção da saúde, a organização dos serviços ainda é hegemonicamente biomédica⁸. Desta forma, faz-se necessário romper com tal cultura imediatista, cuja assistência baseia-se apenas em episódios de crises e/ou cura de enfermidades⁶. Para tanto, deve-se conhecer as características que compõe os grupos populacionais com risco para o desenvolvimento de HA, especialmente aqueles que já possuem a doença, a fim de contribuir com políticas públicas mais coerentes com a realidade loco-regional brasileira, otimizando recursos e promovendo a qualidade de vida das pessoas⁷.

Considerando que ainda existe discordância entre a concepção da ESF e sua prática real, no manejo das doenças crônicas, é importante levantar os determinantes socioeconômicos e clínicos que incidem sobre a saúde das pessoas acometidas por HA, com o intuito de conhecer as suas especificidades para tornar o atendimento congruente as suas necessidades. Diante deste contexto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com HA, acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família em um município no noroeste do estado do Paraná.

METODOLOGIA

O estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada "Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial com os serviços da Atenção Primária à Saúde". Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com indivíduos em tratamento de HA, acompanhados pela ESF. O mesmo foi realizado em um município situado no noroeste do Paraná, o qual possui população estimada em 406.693 habitantes⁹. No período de coleta de dados o município possuía 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 74 equipes de ESF, perfazendo cobertura populacional de 68%.

O número total de pessoas com HA considerado para o cálculo amostral foi de 27.741. A partir de uma lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com nome e código do cadastro no sistema interno da rede de atenção à saúde. Realizou-se amostra representativa, calculada por meio do processo de amostragem aleatória simples, para tanto adotou-se erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança e prevalência de 50%, acrescido de mais 15% (65 pessoas) para possíveis perdas. Sendo assim, a amostra do estudo resultou em 437 pessoas com hipertensão arterial. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final do estudo foi 417 pessoas.

Após este cálculo, realizou amostra estratificada dos usuários cadastrados em cada UBS incluída na pesquisa, e gerou-se o sorteio conforme o número de pessoas atendidas em cada unidade. Os indivíduos selecionados que não atendiam aos critérios de inclusão ou se recusavam a participar do estudo, automaticamente o próximo da lista era convidado.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser residente no município de estudo, ter usufruído do atendimento profissional em alguma UBS nos últimos seis meses que antecederam a coleta de dados, estar devidamente cadastrado no programa HIPERDIA até o ano de 2014, o qual foi necessário um período de pelo menos um ano antes da coleta de dados para que todos os usuários tivessem pelo menos duas consultas

anuais nos estabelecimentos de saúde investigados. Quanto à exclusão: ser gestante durante a pesquisa, devido a necessidade da aferição dos dados antropométricos.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2016, junto as reuniões do HIPERDIA, que aconteciam das 08:00 as 17:00 horas. Para tanto, realizou-se contato prévio com os gestores, enfermeiros e médicos responsáveis e posteriormente com os indivíduos que iriam participar da pesquisa, o qual apresentou-se o projeto e a sua finalidade, convidando-os a participar. As entrevistas ocorreram individualmente, em um ambiente tranquilo no próprio serviço, que oferecesse conforto e livre de interferência por terceiros.

Utilizou-se dois instrumentos, o primeiro avaliou a população quanto ao seu nível socioeconômico, sendo o formulário pré-estruturado da ABEP¹⁰; o segundo avaliou a satisfação do usuário do serviço de saúde quanto aos profissionais colaboradores da UBS e aos serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde (APS), ferramenta elaborada e validada por Paes e colaboradores¹¹.

O instrumento divide-se em 13 blocos distintos, e para este estudo utilizou-se três blocos contendo variáveis referentes a dados antropométricos no momento das entrevistas e cadastrados no prontuário do paciente (pressão arterial sistólica e diastólica, peso, circunferência abdominal e altura) e com informações sociodemográficas dos pacientes, como sexo, situação familiar e conjugal, escolaridade, raça/cor, ocupação antes e após o diagnóstico da HA. Também contém informações sobre a composição da família e a renda familiar¹¹.

Participaram da coleta de dados dois enfermeiros estudantes de doutorado, vinculados a um programa de Pós-graduação de uma universidade do município e quatro alunos de graduação em enfermagem, integrante do grupo de pesquisa da mesma instituição há pelo menos três anos. Para todos os participantes da coleta de dados, efetuou-se orientações sobre os procedimentos a serem realizados, quanto ao preenchimento dos instrumentos, abordagem aos participantes e coleta de dados antropométricos.

O equipamento utilizado para aferição dos

dados antropométricos e os valores pressóricos era, de exclusividade, pertencente às UBS, com regulagem e calibragem de responsabilidade da Secretaria de Saúde do município. As balanças utilizadas eram a antropométrica e analógica. Para a aferição da circunferência abdominal, foi utilizada fita inelástica de 150 centímetros¹² e para aferição da pressão arterial adotou-se esfigmomanômetro do tipo aneroide. Salienta-se que em nenhuma circunstância, foi solicitada a equipe que realizasse a aferição dos dados, pois, faz parte do protocolo do HIPERDIA do município.

Para o Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência abdominal (CA) adotou-se os padrões estabelecidos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), tendo como valores para IMC: baixo peso (IMC < 18,4kg/m²), eutrófico (entre 18,5 e 24,9kg/m²), sobrepeso (entre 25 e 29,9kg/m²), obesidade (entre 30 a 39,9kg/m²), obesidade grave (acima de 40kg/m²) e valores adequados para CA: igual ou superior a 94 cm para homens e igual ou superior a 80 cm para as mulheres¹².

Quanto aos valores pressóricos, considerou-se ótimo aqueles valores que estivessem entre 120/80mmHg, normais entre 130 x 85mmHg, acima do normal entre 130-139 x 85-89mmHg, valores indicativos de hipertensão estágio I entre 140-159 x 90-99mmHg, hipertensão estágio II entre 160-179 X 100-109mmHg, e hipertensão estágio III entre 160-179 x 100-109mmHg, de acordo com padrões estabelecidos pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹³.

O processo tabulação dos dados foi constituído a partir da transferência das respostas obtidas por meio do preenchimento dos questionários para a planilha eletrônica, em que todos foram checados para identificar e corrigir possíveis falhas. Após verificação, os dados foram duplamente transcritos para a planilha eletrônica Microsoft Excel 2016 e realizado análise estatísticas com o auxílio do software SPSS, versão 19.0. Realizou-se a identificação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors e após resultado, utilizado o teste de Kruskal-Wallis para análise de variância e a obtenção da média e o desvio padrão das variáveis.

O estudo foi conduzido em consonância com a resolução n. 466/12¹⁴, todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor. Ainda,

os mesmos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, os riscos e os benefícios. Aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer n. 1.407.687/2016.

RESULTADOS

Dos participantes, 62,4% eram idosos, destes 31,9% possuíam idade superior a 70 anos, 68% do sexo feminino e 58,3% com companheiro(a). Quanto à escolaridade 28,5% apresentam ensino fundamental incompleto e 64,5% encontravam-se nos estratos socioeconômicos mais baixos (C1, C2 e DE), conforme Tabela 1.

Na tabela 2, pode-se notar significância estatística relacionada ao peso dos participantes ($p < 0,000$), quando separado por sexo, os homens apresentaram peso médio de $80,66 \pm 18,0$ Kg (IC= 129,8-36,6) e as mulheres $72,7 \pm 14,6$ Kg (IC= 70,5 - 73,9). A circunferência abdominal também demonstrou significância estatística ($p = 0,004$), sendo o sexo masculino

com $103,6 \pm 13,8$ cm (IC=100,7-105,4) e o feminino com $99,9 \pm 12,8$ cm (IC=97,5-100,5). As variáveis pressão arterial sistólica/diastólica e índice de massa corporal não demonstraram diferenças, com valores estatisticamente significativos.

No que se refere ao IMC, 39,8% foram classificados com sobrepeso, 35,7% com obesidade e 68,8% com circunferência abdominal superior ao recomendado, sendo o sexo feminino com maior prevalência em todas as variáveis, conforme Tabela 3.

Na tabela 4, observou-se que 60,9% dos usuários apresentaram algum nível de alteração nos níveis pressóricos sistólicos e 42,4% nos níveis pressóricos diastólicos.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e econômico de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. PR, Brasil, 2016.

	TOTAL		MASCULINO (n=134)		FEMININO (n=283)	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
20 – 29	15	3,6	4	3,0	11	3,9
30 – 39	25	6	8	6,0	17	6,0
40 – 49	37	8,9	13	9,7	24	8,5
50 – 59	80	19,2	24	17,9	56	19,8
60 – 69	127	30,5	33	24,6	94	33,2
> 70	133	31,9	52	38,8	81	28,6
Raça/Cor						
Branco	260	62,4	77	57,5	183	64,7
Preta	65	15,6	27	20,1	38	13,4
Parda	92	22,1	30	22,4	62	21,9
Escolaridade						
Não sabe ler/escrever	32	7,7	10	7,5	22	7,8

continua...

...continuação - Tabela 1

	N	%	N	%	N	%
Alfabetizado	57	13,7	16	11,9	41	14,5
Ensino Fundamental Incompleto	119	28,5	26	19,4	73	25,8
Ensino Fundamental Completo	79	18,9	36	26,9	63	22,3
Ensino Médio Incompleto	50	12	22	16,4	28	9,9
Ensino Médio Completo	57	13,7	17	12,7	40	14,1
Ensino Superior Incompleto	6	1,4	2	1,5	4	1,4
Ensino Superior Completo	17	4,1	5	3,7	12	4,2
Situação Conjugal						
Sem Companheiro	174	41,7	30	22,4	144	50,9
Com Companheiro	243	58,3	104	77,6	139	49,1
Classificação Econômica - ABEP						
A	19	4,6	11	8,2	8	2,8
B1	33	7,9	11	8,2	22	7,8
B2	96	23	28	20,9	68	24,0
C1	83	19,9	22	16,4	61	21,6
C2	100	24,0	38	28,4	62	21,9
DE	86	20,6	24	17,9	62	21,9
Ocupação Atual						
Empregado	96	23	34	25,4	62	21,9
Desempregado	91	21,8	11	8,2	80	28,3
Aposentado (a)/ Pensionista	230	55,2	89	66,4	141	49,8

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Tabela 2 – Perfil clínico e nutricional de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. PR, Brasil, 2016.

	Masculino (n=134)		Feminino (n=283)		p
	M±DP	IC95% Min - Max	M±DP	IC95% Min - Max	
PAD (mmHg)	81,2±12,1	79,1-83,3	81,5±10,5	80,3-82,7	0,996
PAS (mmHg)	133,2±19,8	129,8-36,6	132,8±20,0	130,5-135,2	0,877
Peso (kg)	80,6±18,0	77,5-83,7	72,2±14,6	70,5-73,9	0,000
IMC	28,7±5,5	27,8-29,6	29,4±5,3	28,8-30,1	0,204
CA (cm)	103,6±13,8	100,7-105,4	99,9±12,8	97,5-100,5	0,004

Fonte: dados da pesquisa, 2016. PAD: Pressão Arterial Diastólica; PAS: Pressão Arterial Sistólica; IMC: Índice de Massa Corporal; CA: Circunferência Abdominal; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança; Min: Mínimo; Max: Máximo.

Tabela 3 – Classificação do nutricional de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. PR, Brasil, 2016.

	TOTAL		MASCULINO (n=134)		FEMININO (n=283)	
	N	%	N	%	N	%
Classificação do IMC						
Abaixo do peso (<18,4)	4	1,0			4	1,4
Normal (>18,5 e <24,9)	81	19,4	33	24,6	48	17
Sobrepeso (>25 e <29,9)	166	39,8	52	38,8	114	40,3
Obesidade (>30 e <39,9)	149	35,7	44	32,8	105	37,1
Obesidade grave (>40)	17	4,1	5	3,7	11	4,2
Circunferência Abdominal						
Normal	130	31,2	63	47,0	67	20,3
Alterada	287	68,8	71	53,0	216	76,3

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Tabela 4 – Classificação referente aos níveis pressóricos de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. PR, Brasil, 2016.

	SISTÓLICA		DIASTÓLICA	
	N	%	N	%
Ótima				
Sistólica: 120 mmHg	60	14,4	102	24,5
Diastólica: <80 mmHg				
Normal				
Sistólica: 130 mmHg	103	24,7	138	33,1
Diastólica: 85 mmHg				
Acima do normal				
Sistólica: 130 - 139 mmHg	83	19,9	40	9,6
Diastólica: 85 - 89 mmHg				
Hipertensão estágio 1				
Sistólica: 140 - 159 mmHg	113	27,1	91	21,8
Diastólica: 90 - 99 mmHg				
Hipertensão estágio 2				
Sistólica: 160 - 179 mmHg	42	10,1	41	9,8
Diastólica: 100 - 109 mmHg				
Hipertensão estágio 3				
Sistólica: 160 - 179 mmHg	16	3,8	5	1,2
Diastólica: 100 - 109 mmHg				

 Fonte: dados da pesquisa, 2016. *VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹³.

DISCUSSÃO

Neste estudo caracterizou-se o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas com hipertensão arterial, atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Os resultados demonstraram que a maioria da população estudada era idosa, empobrecida, nível educacional até o ensino fundamental, apresentando sobrepeso ou obesidade e alterações nos níveis pressóricos.

A população brasileira está envelhecendo rapidamente, tal mudança demográfica reflete em transformações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde, às relações familiares, além de transições fisiológicas e funcionais que propiciam o desenvolvimento de doenças crônicas¹⁵. Semelhantemente a este cenário, outros países enfrentam esta problemática, como por exemplo, na Europa onde as DCNT são responsáveis por 80% das mortes. Portugal possui 21% dos cidadãos com mais de 65 anos e cerca de 10% acima de 75 anos, o país apresenta uma das prevalências de HA mais elevadas da Europa, com três para cada 10 pessoas, sendo o principal fator de risco para problemas cardiovasculares e cerebrovasculares^{2,16}.

Entretanto, diferentemente dos países desenvolvidos que há tempo se planejam para enfrentar os problemas que advêm da senilidade, o Brasil não está preparado, visto que somente nos últimos anos, direcionou seus esforços para políticas de longo prazo, enquanto ainda enfrenta adversidades emergenciais¹⁵⁻¹⁶.

Dessa forma, há considerável pressão sobre a previdência social e os serviços de saúde, devido multiplicidade de patologias entre os idosos, às incapacidades e sequelas que exigem ações intersetoriais, principalmente relacionadas a transições epidemiológicas cuja taxa de morbimortalidade associa-se maiormente as DCNT, como HA, diabetes *mellitus*, doenças cerebrovasculares e neoplasias¹⁵.

No que se refere as características dos participantes deste estudo, identificou-se maior prevalência de pessoas com HA da cor branca e sexo feminino. Tais dados assemelham-se ao encontrado na literatura¹⁷. Sabe-se que homens

e mulheres possuem características distintas que contribuem para o desenvolvimento destas enfermidades. Até a menopausa, as mulheres contam com o estrógeno, hormônio cardioprotetor, entretanto ao adentrar nesta fase, os níveis de estrógeno diminuem consideravelmente, resultando em redução da vasoatividade arterial e, por conseguinte, aumento dos níveis pressóricos¹⁸. Além destas questões, tal fato pode associar-se a maior longevidade das mulheres, e somando-se a isso, estas utilizam os serviços de saúde com maior frequência, o que torna oportuno o diagnóstico de HA⁵.

O peso e o aumento da circunferência abdominal, principalmente entre as mulheres, apresentou significância estatística, dados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{3,15}, o qual mais da metade dos clientes com hipertensão possuíam sobrepeso ou obesidade. O excesso de peso por si só, constitui um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas³. O controle da obesidade consiste em uma das práticas centrais para o manejo das doenças crônicas na APS, e dentre as principais recomendações, está o incentivo a mudança do estilo de vida (MEV), a partir da prática de atividades físicas, reeducação alimentar, cessação do tabaco entre outras³.

As ações para promover a MEV podem ser feitas pelas equipes da ESF em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contam com educadores físicos, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, cuja intervenção interdisciplinar propicia a adoção de comportamentos e escolhas mais saudáveis, reduzindo-se agravos como obesidade, HA, diabetes *mellitus* e o sedentarismo¹⁹.

Outros determinantes sociais e econômicos incidem negativamente sobre as doenças crônicas, expressos nesse estudo por meio do nível de escolaridade e por pertencer aos extratos socioeconômicos C1, C2 e DE. Pessoas com rendimentos insuficientes tendem a avaliar negativamente o seu estado de saúde, além de ser nos indivíduos desempregados ou sem atividade profissional o maior número casos de HA, obesidade e diabetes *mellitus*.

No que tange a educação, esta condiciona os comportamentos e estado de saúde, porquanto influência no acesso à informação,

capacidade de beneficiar-se do conhecimento e adoção de escolhas saudáveis¹⁶.

Assim, o pauperismo suscita a vulnerabilidade social, pois ao sujeito é negado ou limitado o acesso aos serviços de saúde, ao lazer, à alimentação balanceada, com ampla variedade de nutrientes, emprego, saneamento básico, educação e prática de exercícios físicos, bem como propicia a baixa participação e envolvimento social. A ausência destes dispositivos favorecem o surgimento de doenças crônicas, agudizações, sequelas e hospitalizações²⁰⁻²¹.

Os sistemas de atenção à saúde devem organizar-se em resposta às demandas da população. No entanto, o SUS enfrenta uma incongruência entre a velocidade que avança a transição demográfica, epidemiológica e tecnológica, e a demora ou estagnação dos dispositivos internos que permitem a adaptação dos serviços às transformações, como a cultura organizacional, sistemas de pagamento e gerenciamento de recursos⁶.

Nessa perspectiva, apesar de os níveis pressóricos não demonstrarem significância estatística, a maioria dos usuários possuía algum grau de alteração pressão arterial. Destaca-se que os participantes foram acompanhados pela ESF, cujas ações contemplam linhas de cuidado específicas para hipertensos, como o HIPERDIA. Permanecer com níveis pressóricos elevados, suscita a inabilidade dos serviços para prevenir, manejar e controlar os agravos, porquanto estes requerem o acolhimento, escuta sensível, acesso e resolutividade⁵.

Ressalta-se que a ESF, ao não conquistar o espaço que se propôs no SUS, de promover saúde, prevenir doenças e propiciar cuidados íntegros e humanizados, perde a possibilidade de reorientar e fortalecer a Atenção Primária⁵. Faz-se necessário então, repensar sobre a efetividade da assistência dispensada, bem como se a cobertura é suficiente para minimizar os agravos e atender as demandas da população. Dessa maneira, a colaboração e comunicação entre os dispositivos presentes na rede, o uso de ferramentas como protocolos assistenciais, apoio matricial, cuidado centrado na pessoa e na família, educação permanente, garantia de acolhimento, vínculo entre a comunidade e a equipe viabiliza a integralidade^{5,23}.

Salienta-se, a imprescindibilidade de as equipes que atuam na ESF, devido à sua proximidade com a população, assistir as pessoas em suas especificidades, considerando todos os aspectos pertinentes ao sujeito. Devendo valorizar a escuta qualificada, pois a partir desta pode-se identificar os determinantes que incidem sobre o processo saúde-doença²⁴. É preciso fomentar discussões e ações que promovam o controle dos níveis pressóricos, além de atuar com foco na prevenção, promoção e reabilitação da saúde²⁴.

Recomenda-se identificar quais as fragilidades na implementação das atividades preventivas para HA, visto que, mesmo com a existência de programas que abordam e regulamentam o assunto, o número de pessoas acometidas e que evoluem com complicações, ainda se mostra elevado. Nesse sentido, deve-se estimular estudos, implementar políticas públicas de saúde, ofertar serviços que sejam acessíveis e eficazes, a fim de minimizar os encargos negativos conferidos por doenças crônicas sensíveis a Atenção Primária à Saúde, como a HA, conferindo melhoria na qualidade de vida e longevidade a população.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que o perfil sociodemográfico das pessoas com hipertensão arterial, atendidas pela Estratégia Saúde da Família consiste em: ser idosa, com idade superior a 70 anos, maioria do sexo feminino, cor branca, ensino fundamental incompleto e pertencem aos extratos socioeconômicos C1, C2, e DE; e clínico: sobrepeso ou obesidade, circunferência abdominal superior ao recomendado e apresentar algum grau de alteração nos níveis pressóricos.

Esta pesquisa limita-se a questão geográfica, por ser realizada em apenas uma cidade, que apesar ser de médio porte, não a credencia para a generalização com os demais municípios do país, de modo que os achados podem refletir características específicas da amostra e localidade. Entretanto, estudos como este permitem que os gestores planejem as ações

de saúde, com foco na promoção da saúde, por meio de dados consistentes, atendendo as demandas da população. Salienta-se que apesar de ser um tema amplamente estudado,

há necessidade de desenvolver pesquisas que compreendam possíveis limitações encontradas entre a ESF e o usuário do serviço, a fim de promover intervenções mais sensíveis e eficazes.

AGRADECIMENTOS: O presente artigo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) – código de Financiamento 001 por meio de bolsa de demanda social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey-Jr DE, Collins KJ, Himmelfarb D, et al. 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018; 71: e13-e115.
3. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSC de A, Silva MMA Velasquez-Melendez G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. *Rev. Saúde Públ.* 2017; 51 (suppl 1).
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. Barros AR, Coelho EAC, Barradas ACC, Luz RT, Carvalho MFAA, Sobral PHAF. Strategies of women before the low problem-solving capacity of primary health care. *Rev baiana enferm.* 2018; 32:e18319.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde, 2012.
7. Rêgo ADS, Laqui VDS, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR, Radovanovic CAT. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *Cogitare enferm.* 2018 Jan 15;23(1).
8. Santos DS; Tenório EA; Brêda MZ; Mishima SM. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(6):918-25.
9. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caderno Estatístico do Município de Maringá [Internet]. Curitiba: IPARDES, 2017. <www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000&btOk=ok>.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. 2016.
11. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;36(2):87-93.
12. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4.ed. São Paulo (SP); 2016.
13. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(3).
14. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.
15. Moraes GDM, Cruz AGM; Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(3):507-19.
16. Ministério da Saúde (PT). Retrato da Saúde, Portugal – 2018. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018.
17. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(3):795-804.
18. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JSP. Time trend in the prevalence of systemic arterial hypertension in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(6):e00035316.
19. Rodrigues KAF, Santos ZMSA, Santos PDS, Bezerra KAF, Carneiro RF, Aguiar ACT, et al. Adherence of hypertensive women to healthy lifestyle - an educational technology in health. *Campo Abierto* 2018; 37(1): 107-18.
20. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(4):547-53.
21. Spencer NJ, Blackburn CM, Read JM. Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open.* 2015; 5(9):e007062.
22. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Júnior EPP, Luz LA, et al. Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing? *Saúde Debate.* 2014; 38: 69-82.
23. Giovanella L. Basic health care or primary health care? *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):e00029818.
24. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 68(6):122-9.

Recebido em setembro de 2018.
Aprovado em novembro de 2018.