

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALLANNE PEREIRA ARAÚJO
GABRIELLE VIEIRA DA SILVA
JANAÍNA MAIANA ABREU BARBOSA

**PERFIL NUTRICIONAL DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO
PROGRAMA HIPERDIA EM UM CENTRO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
SÃO LUÍS - MA**

São Luís

2012

ALLANNE PEREIRA ARAÚJO
GABRIELLE VIEIRA DA SILVA
JANAÍNA MAIANA ABREU BARBOSA

**PERFIL NUTRICIONAL DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO
PROGRAMA HIPERDIA EM UM CENTRO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
SÃO LUÍS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização de Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós Graduação da Universidade Estácio de Sá, para obtenção de nota.

Orientador: Prof. Mestre Carlos
Leonardo Figueiredo Cunha

São Luís

2012

Araújo, Allanne Pereira

Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Programa HIPERDIA em um centro de saúde de São Luís - MA. Allanne Pereira Araújo; Gabrielle Vieira da Silva; Janaína Maiana Abreu Barbosa. - São Luís, 2012.

37f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. O diagnóstico HAS que defina a presença da doença considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. Este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil nutricional dos hipertensos acompanhado pelo Programa Hiperdia no Centro de Saúde Djalma Marques no município de São Luís, MA. Trata-se de um estudo de campo, descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada durante todo o mês de outubro de 2011 com os adultos e idosos cadastrados no Programa Hiperdia da UBS Djalma Marques, no município de São Luís – MA. A amostra foi processada de forma não-probabilística, por conveniência, sendo composta pelos pacientes hipertensos que foram surgindo no dia da realização da pesquisa. No total foram 46 entrevistas realizadas. Entre os indivíduos entrevistados, observou-se que a hipertensão arterial se manifesta comumente no sexo feminino (63%), a partir dos 47 anos (83%), em indivíduo com baixa escolaridade (15%), sedentário (78%), com baixa renda (52%) e história de doença cardiovascular na família (65%). Com relação aos hábitos alimentares dos participantes deste estudo a grande maioria (98%) não acrescentam sal à sua alimentação, 41% fazem consumo de salada crua de 1 a 2 vezes por semana. Quando investigou-se a respeito da ingestão de frutas, feijão e leite parcela significativa relatou consumir diariamente estes alimentos (46%, 48% e 74% respectivamente). Os resultados confirmam a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas, como orientações nutricionais na atenção básica de saúde, visando à promoção de alimentação saudável incluindo os hábitos alimentares associado à prática de atividade física regular e ao tratamento medicamentoso adequado.

Palavras-chave: Hipertensão. Consumo alimentar. Estado nutricional.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). It's often associated with functional and / or structural alterations target organ (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic changes with consequent increased risk of fatal and nonfatal cardiovascular events. The diagnosis SAH to define the presence of disease considers systolic BP \geq 140 mmHg and / or diastolic BP \geq 90 mmHg on doctor's office. This objective of this work was to evaluate the nutritional profile of hypertensive accompanied by Hiperdia Program at the Center for Health Djalma Marques in São Luís, MA. This is a field study, descriptive with quantitative approach. The survey was conducted throughout the month of October 2011 with adults and seniors enrolled in the Program Hiperdia UBS Djalma Marques, in São Luís - MA. The sample was processed in a way non-probabilistic by convenience, being composed of hypertension patients who were appearing on the day of the survey. In total 46 interviews were conducted. Among the individuals interviewed, were found that arterial hypertension is manifested commonly in females (63%), from 47 years (83%) in individuals with low education (15%), sedentary (78%), low-income (52%) and history of cardiovascular disease in the family (65%). Regarding the dietary habits of participants in this study the majority (98%) do not add salt to your food, 41.3% make use of raw salad 1-2 times a week and almost 40% of this population rarely or never consume cooked vegetables. When were investigated about the intake of fruits, beans and milk is consumed daily reported significant portion of these foods (46%, 48% and 74% respectively). The results confirm the need to develop preventive measures, such as nutritional counseling in primary health care, aiming to promote healthy eating, including eating habits associated with the practice of regular physical activity and adequate medical treatment.

Keywords: hypertension. Consumption food. Nutritional status.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 Geral	7
2.2 Específicos	7
3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	8
4 METODOLOGIA	13
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APENDICES	35

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. O diagnóstico HAS que defina a presença da doença considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde a HAS é uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) mais comumente encontradas na população adulta, sendo sua prevalência de 22,3%, com isso, é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública (BRASIL, 2006). A adoção de uma dieta que reduza a pressão arterial e mudanças no estilo de vida é necessária para o controle dessa doença, mesmo em indivíduos que fazem tratamento medicamentoso adequado (KAC;SICHERI; GIGANTE, 2007).

Segundo Peixoto et al.(2006), a obesidade é decorrente do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético. Sabe-se ainda que a obesidade somada a hábitos alimentares inadequados e estilo de vida causa inúmeros prejuízos, entre eles, destaca-se para hipertensão arterial.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial descreve que os fatores considerados de risco que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial são a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores de risco cardiovascular que se apresentam de forma agregada ao estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Para Lessa et al (2006) além disso, a baixa estatura, baixo peso ao nascer,

diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, baixo consumo de potássio e cálcio, também são considerados fatores de risco.

Neste contexto, é que encontra-se na atenção básica à saúde o Programa Hiperdia, sistema implantado pelo Ministério da Saúde que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos do Sistema Único de Saúde, que possibilita monitorar o recebimento dos medicamentos prescritos aos usuários e permite um melhor tratamento para as doenças crônicas, bem como para avaliar o estado nutricional e a presença de risco para doenças crônicas destes indivíduos, ao mesmo tempo em que, são desenvolvidas estratégias de saúde pública para melhoria da qualidade de vida com vistas à modificação do quadro atual do Brasil, e a redução do custo social (BRASIL, 2011).

Entende-se que este trabalho pode contribuir como fonte de pesquisa para a conscientização sobre a problemática apresentada, sabendo-se que o estado nutricional, hábitos alimentares saudáveis e mudanças no estilo de vida através de um monitoramento nutricional, podem proporcionar maior longevidade e qualidade de vida aos hipertensos acompanhados pela atenção básica.

Diante disto, o estudo foi proposto devido à preocupação com a prevalência de hipertensão arterial na população brasileira, que pode ser prevenida por hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, monitoramento do peso e com o acompanhamento da equipe multidisciplinar.

O município de São Luís - MA carece de pesquisa sobre o perfil desta população que está crescendo de forma rápida. Então, a importância desse estudo refere-se ao fornecimento dos dados coletados sobre perfil nutricional dos pacientes hipertensos acompanhados pelo Hiperdia de um Centro de Saúde, no qual servirá de base para a elaboração de programas e estratégias de prevenção dentro da atenção básica com intuito de manutenção e tratamento nutricional, para assim melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade da população em estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o perfil nutricional dos hipertensos acompanhado pelo Programa Hiperdia no Centro de Saúde Djalma Marques no município de São Luís-MA.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico da população estudada;
- Investigar o consumo alimentar da população em estudo;
- Diagnosticar o estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Classificar o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV) e metabólicas, através da aferição da Circunferência da Cintura (CC).

3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A HAS é definida quando se apresenta pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg. Esta patologia ainda é o principal fator de risco de morte entre as doenças não-transmissíveis, existindo relação direta e positiva com o risco cardiovascular (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2006).

Cerca de 1,56 bilhão de pessoas podem sofrer de hipertensão arterial em 2025, 60% a mais que atualmente, o que provocaria uma epidemia global de doenças cardiovasculares, sendo mais preocupando a situação dos países em desenvolvimento, especialmente no Brasil, China, Índia, Rússia e Turquia, onde as taxas podem crescer até 80% segundo relatório publicado em abril de 2007, em uma conferência sobre hipertensão arterial no mundo. O estudo foi realizado por uma equipe de especialistas da London School of Economics, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova York (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007).

Estudos têm demonstrado correlação direta entre hipertensão arterial e doença coronariana, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva. Essas doenças são responsáveis por 40% dos óbitos ocorridos nos Estados Unidos, não se restringindo apenas aos idosos, mas constituindo a segunda causa de morte na faixa de 45 a 64 anos e a terceira entre 25 e 44 anos (GUSMÃO; MION; PIERINI, 2005).

Em Portugal, um estudo recente realizado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que incidiu sobre 16.856 adultos de ambos os sexos residentes no continente e nas ilhas, usuários dos cuidados primários de saúde, mostrou que a prevalência da hipertensão é de 42,6% (CORTEZ-DIAS, 2009).

Os inquéritos de base populacional realizados em diversas localidades do Brasil têm revelado prevalências muito elevadas de hipertensão em adultos: entre 23,3% e 43,9%. A importância de identificar, tratar e controlar as HAS é reduzir o risco de complicações, tais como: doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (MACHADO; BARBOSA, 2008; ANS, 2007).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão os principais fatores de risco são: idade, sexo e etnia, fatores socioeconômicos, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e sedentarismo (SBC, 2010).

- Idade

A idade tem relação direta e linear com HAS, pois o aumento da idade tende a aumentar a pressão arterial (SBC, 2010)

- Sexo

A prevalência da HAS entre os sexo é semelhante, apresentando pressão arterial mais elevada nos homens com até 50 anos, ocorrendo uma inversão após esta idade (CESARINO et al., 2008; MARTINEZ; LATORRE, 2006; LESSA, 2001).

- Etnia

A HAS apresenta uma probabilidade duas vezes maior na população de cor não branca (LESSA, 2001).

- Fatores socioeconômicos

A HAS é prevalente nos indivíduos com menor escolaridade (CESARINO et al., 2008).

- Consumo de sal

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com o aumento da volemia, e, conseqüentemente aumento do débito cardíaco (SBC, 2006). O sal é composto por 40% de sódio e 60% de cloreto, por isso, um importante fator para o desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial(JARDIM; MONEGO; REIS, 2004; CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

- Obesidade

Na idade adulta, mesmo o indivíduo sendo fisicamente ativo, o acréscimo de 2,4kg/m² no índice de massa corporal (IMC) possibilita um maior risco de desenvolver HAS. A obesidade central que é diagnosticada pela circunferência da cintura, identifica o acúmulo de gordura visceral, se associa com pressão arterial (WHO, 1997 apud SBC, 2010).

- Consumo de álcool

A ingestão de bebidas alcoólicas por tempo prolongado pode aumentar a pressão arterial, pois o efeito pressor do etanol se deve, provavelmente, ao maior estímulo adrenérgico, a traduzir-se por aumento da frequência e débitos cardíacos (SBC, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2006).

- Sedentarismo

A atividade física regular reduz a incidência de HAS, até mesmo no pré-hipertensos, da mortalidade e de doenças coronarianas (SBC, 2006).

3.1 O Impacto dos Aspectos Nutricionais na Hipertensão

3.1.1 Alimentação X hipertensão

A terapêutica nutricional para o controle da HAS, consiste na conscientização dos indivíduos para adoção de um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença. Os hábitos alimentares de populações se apresentam como tarefa importante a cada dia, tendo em vista os estudos já realizados que relacionam a alimentação tanto com a prevenção quanto com o tratamento de diversas patologias, estes hábitos inadequados expõem a população a graves danos à saúde (BRITO et. al., 2008; CERVATO; VIEIRA, 2003; CARVALHO; ROCHA, 2011).

A dieta como único recurso terapêutico não-medicamentoso que tem mostrado ser eficaz, pois em um estudo randomizado de acompanhamento controlado por 4 anos, se observou que nos hipertensos que abandonaram o tratamento farmacológico e mantiveram a dieta, a pressão arterial voltou a subir em 60% ao final dos 4 anos, enquanto que naqueles pacientes que abandonaram a medicação e retornaram aos velhos hábitos alimentares 90% tiveram sua pressão elevada (LAGE; OLIVEIRA, 2003).

As DCNT constituem, atualmente, um problema prioritário de Saúde Pública e estão diretamente relacionados à transição nutricional ocorrida nos últimos anos, onde a população passou a adotar uma alimentação com alta densidade calórica, rica em

gordura saturada, sódio e açúcares simples, pobres em fibras e micronutrientes, além das questões nutricionais, ainda se tornam uma população mais sedentária (BONOMO et al., 2003; ANS, 2007).

As medidas dietéticas específicas não apenas visam reduzir níveis tensionais, mas também à incorporação de novos hábitos alimentares. O consumo de uma alimentação saudável faz parte de um conjunto de medidas terapêuticas, não-farmacológicas, que têm como principal meta a diminuição da morbimortalidade por meio da mudança do estilo de vida. Neste contexto, têm-se outros fatores fundamentais como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono ao tabagismo, perda peso corporal e a atividade física (CUPPARI, 2005). A Sociedade Brasileira de Cardiologia ainda adiciona a estes fatores a adoção da dieta DASH (Abordagem Dietética para Hipertensão Arterial) que tem como objetivo uma alimentação saudável e nutricionalmente equilibrada e promove um aumento no consumo diário de fruta, vegetais, produtos lácteos magros, cereais completos, carnes magras, peixes e frutos secos, a redução do consumo de carnes vermelhas, doces e bebidas açucaradas, gordura total, gordura saturada e de colesterol e a ingestão acrescida de potássio, cálcio, magnésio e fibra (SBC, 2006; LIN, 2003).

Segundo Cuppari (2005) o cloreto de sódio é considerado um fator fundamental no desenvolvimento e intensidade da hipertensão arterial. A população apresenta um consumo médio de 10 a 12g, sendo que conduta dietoterápica para um paciente hipertenso é o consumo de 6g/dia e a exclusão de produtos processados, como enlatados, embutidos, conservas, molhos prontos, caldo de carne, temperos prontos, defumados, carnes isotônicas, além de preparar as refeições com pouco sal e não utilizar saleiro à mesa. Cuppari ainda indica dietas ricas em potássio, pois melhora a eficácia da dieta hipossódica devido ter efeito anti-hipertensivo e ação protetora contra danos cardiovasculares.

3.1.2 Estado nutricional X hipertensão

O estado nutricional da população é diagnosticado pela avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os pacientes com risco aumentado de

apresentar complicações associadas ao estado nutricional, para que possam receber terapia nutricional adequada e monitorizar a eficácia da intervenção dietoterápica (VITOLLO, 2008; ACUÑA; CRUZ, 2004).

O índice de massa corporal (IMC) é amplamente reconhecido por sua habilidade em prever risco de doenças, sendo que os extremos do índice (alto ou baixo) conferem maior risco de morbi-mortalidade para a população. Quando o índice está aumentado pode indicar risco para doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, apnéia do sono, acidente vascular cerebral, enquanto índices baixos mostram riscos para câncer, doenças respiratórias e infecciosas (EMED; KRONBAUER; MAGNONI, 2006; MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000).

De acordo com Peixoto et al. (2006), a obesidade é considerada um excesso de gordura corporal, decorrente do desequilíbrio crônico entre consumo alimentar e gasto energético. Sabe-se ainda que a obesidade cause inúmeros prejuízos, entre eles, se destaca o fato de ser um fator de risco independente para o desenvolvimento da hipertensão.

O Ministério de Saúde assegura que o excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão podem ser explicadas pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso (BRASIL, 2006a).

O risco de desenvolvimento de hipertensão é 2 a 6 vezes maior em indivíduos com sobrepeso do que em eutróficos e a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006a; KRUMMEL, 2002).

De acordo com Silveira; Lopes; Caiaffa (2007), a medida da CC é uma maneira simples e prática de avaliar a distribuição de gordura abdominal, sendo, no entanto, específica para cada população e dependerá do nível de obesidade e da presença de outros fatores de risco para doenças crônicas.

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização, sobretudo no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular (SBC, 2010).

A avaliação do estado nutricional é de extrema importância, pois é capaz de diagnosticar alterações corporais e assim permite avaliar o grau de risco para o desenvolvimento de desordens metabólicas (MOTA et al., 2008).

4 METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Local de estudo

A pesquisa foi realizada durante todo o mês de outubro com os adultos e idosos cadastrados no Programa Hiperdia da UBS Djalma Marques, no município de São Luís – MA, no bairro do Parque Vitória e atende os bairros do Turú, Alto do Turú, Solar dos Lusitanos, Ipem Turú e Itapiracó. Possui três equipes de Saúde da Família. A estrutura do Posto é composta por uma farmácia, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de imunização, três salas de consultas médicas, um consultório odontológico, um setor de nebulização, possui ainda a marcação de consultas, sala da diretoria e um mini auditório que é usado para fazer a reunião mensal com pacientes do Hiperdia. O Posto trabalha com os pacientes de hanseníase, crianças, gestantes e adolescentes.

População e Amostra

A população alvo compreendeu todos os pacientes adultos e idosos acompanhados pelo Programa Hiperdiano Centro de Saúde Djalma Marques. A definição da amostra foi processada de forma não-probabilística, por conveniência, sendo composta pelos pacientes hipertensos que foram surgindo no dia da realização da coleta de dados, no turno matutino e vespertino.

A amostra constituiu-se de 46 indivíduos maiores que 19 anos

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão abrangeram os pacientes com idade maior que 19 anos, cadastrados e atendidos pelo Hiperdia, de ambos os sexos, que deambulavam e concordaram em participar da pesquisa.

Critérios de Não Inclusão

Como critérios de não inclusão foram considerados: paciente com idade inferiores há 19 anos e aqueles com algum tipo de limitação física que impossibilitasse a coleta das medidas antropométricas da maneira convencional, gestantes e os que não compareceram nos dias, turnos e local da pesquisa.

Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado um questionário contendo dados pessoais, socioeconômicos e demográficos, avaliação nutricional (peso, altura e circunferência da cintura) e análise do consumo alimentar (APÊNDICE A).

Os dados antropométricos foram coletados segundo padronização da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para tanto, utilizou-se balança Welmy com capacidade máxima de 150kg e divisões de 100g, devidamente calibrada e disposta em local plano, liso e firme; feito isto, os idosos foram pesados no centro da balança, descalços e eretos, com os pés juntos, roupas leves, braços estendidos ao longo do corpo e olhando para a linha do horizonte (CUPPARI, 2005). Para aferição da altura utilizou-se a régua antropométrica, com escala de 2,00 m e divisões de 0,5 cm, acoplada à balança supracitada. O indivíduo foi posicionado em pé, de costas para a régua antropométrica, descalço, com os calcanhares juntos, braços estendidos ao longo do corpo, em posição ereta (o máximo que conseguiu) e com a cabeça ereta olhando para o horizonte (VITOLLO, 2008).

A circunferência da cintura (CC) foi medida com o intuito de se verificar a distribuição do tecido adiposo. Mediu-se o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com o indivíduo em pé, utilizando-se uma fita métrica não-extensível, da marca Sanny com escala de 2,0 m e divisões de 0,5cm. A leitura foi feita no momento da

expiração (BUSNELLO, 2007).

O Índice de Massa Corporal (IMC), que é representado pelo peso (em kg) dividido pelo quadrado da estatura (em metros) foi classificado de acordo com os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para adultos e para idosos utilizou-se a tabela a seguir conforme o critério de Lipschitz (1994).

Quadro 1 - Classificação do Estado Nutricional de Idosos Segundo o IMC.

IMC (kg/m²)	Classificação
≤ 22	Baixo Peso
>22 e <27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ, 1994.

Quadro 2 - Classificação do Estado Nutricional de Adultos Segundo o IMC.

IMC (Kg/m²)	Diagnóstico nutricional
≤ 18,4	Baixo peso
18,5 – 24,9	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: OMS, 1998.

Os dados de CC foram classificados segundo o ponto de corte da OMS de 1998 (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação de Circunferência da Cintura.

Sexo	Diagnóstico de CC	
	Elevado	Muito elevado
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88cm

Fonte: CUPPARI, 2005,

Análise Estatística dos dados

Os dados coletados a partir do questionário foram processados no Programa *Stata*, versão 9.0, sendo apresentados em forma de tabela e gráficos de frequência das variáveis estudadas. Foi realizado o teste Qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com nível de significância menor que 0,05.

Aspectos Éticos

O estudo não ocasionou nenhum risco físico aos participantes, pois não houve a utilização de métodos não invasivos para a quantificação dos resultados, assim como não ocasionou nenhum constrangimento, pois foi preservado a identidade, a integridade e o sigilo total dos dados dos participantes. Além de não interferir no desempenho físico-emocional dos pacientes, pois estes poderiam se retirar da pesquisa a qualquer momento. Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram informados sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa e, após terem aceitado participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com as normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução N. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Sendo 63% do sexo feminino. Grande parte da população em estudo tinha de 47 a 59 anos (45%) e 36% dos entrevistados tinham mais de 60 anos. (Gráfico 1)

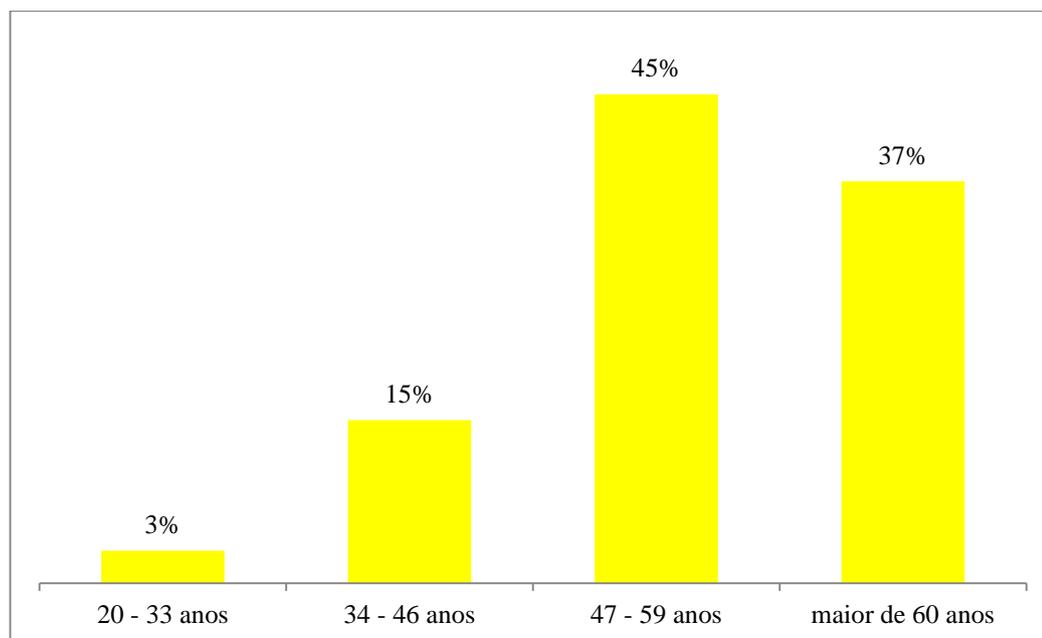


Gráfico 1 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia de acordo com a faixa etária. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

O presente estudo demonstra que 47% dos participantes eram casados e 37% solteiros. (Gráfico 2)

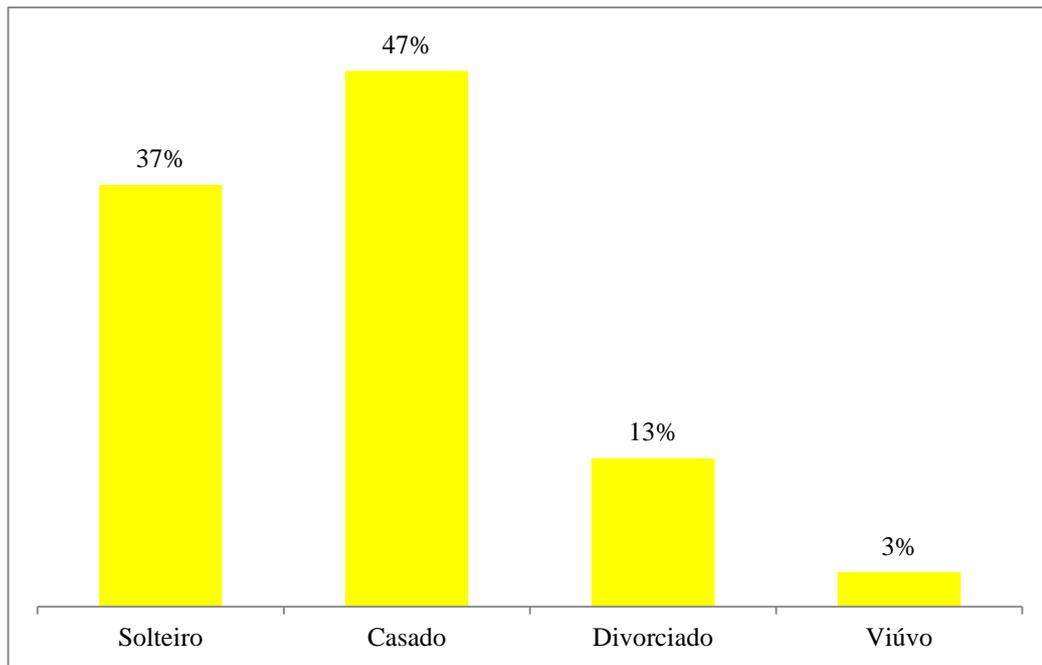


Gráfico 2 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hipertensão de acordo com a situação conjugal. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

Diferenças significativas na prevalência de hipertensão arterial foram encontradas entre os indivíduos, quando comparadas suas categorias de escolaridade sendo que 15% não estudaram, 19% tem o segundo grau completo e 36% tem o primeiro grau incompleto o que pode ser observado no gráfico 3.

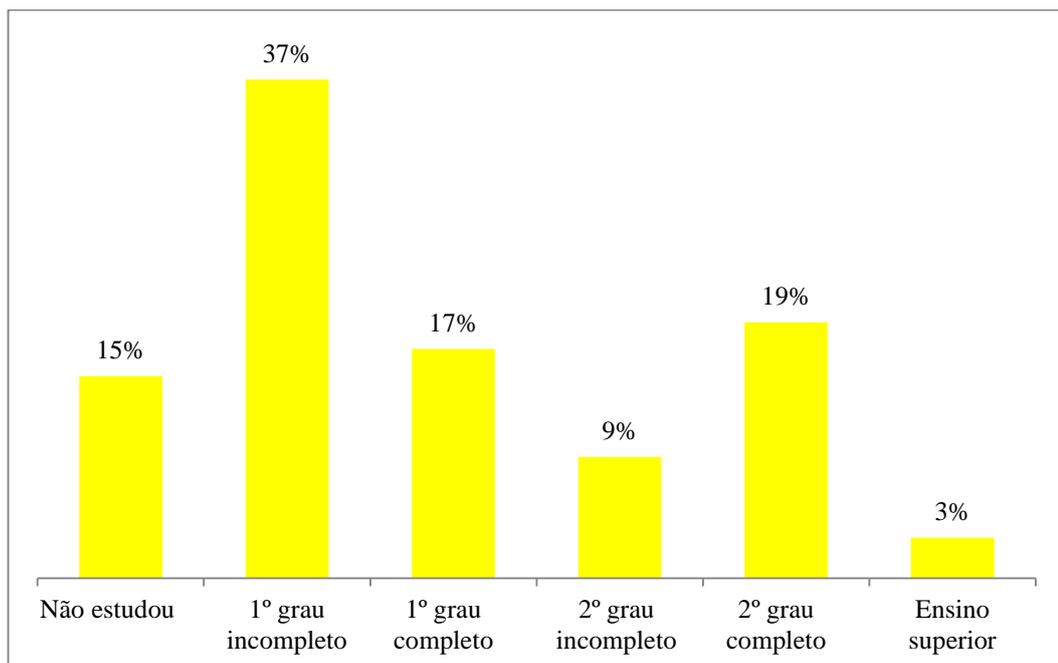


Gráfico 3 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia de acordo com a renda. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

Quanto à renda, o percentual de hipertensos que possuíam uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos foi de 52%, apenas 8% relatam ter uma renda de 1 salário mínimo e somente 3% tinham uma renda de 3 a 5 salários mínimos (SM). (Gráfico 4)

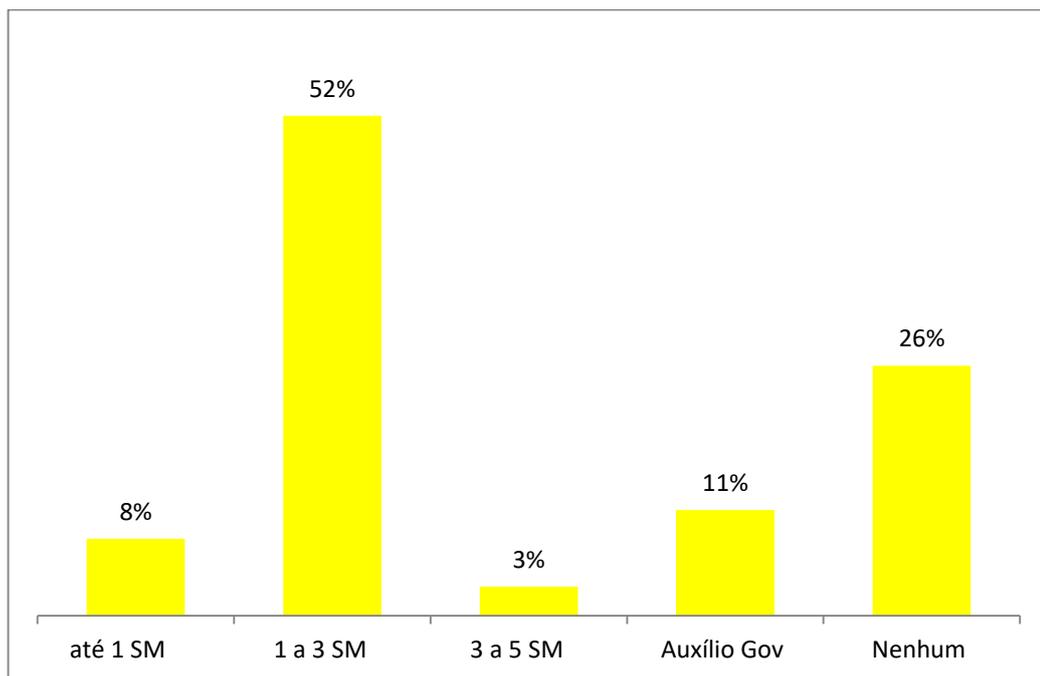


Gráfico 4 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia de acordo com a escolaridade. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

Dos 46 hipertensos entrevistados, 24% também eram diabéticos. Grande parte dos entrevistados (63%) já sabia que eram hipertensos há mais de três anos e 15% descobriram há menos de um ano.

Referindo-se ao tempo de participação do programa Hiperdia, 43% relataram que participam do programa há menos de um ano e 43% há mais de três anos.

A respeito da história de doença cardiovascular na família, foi verificado que a maioria possuía algum familiar com essas patologias (65%). 50% relataram ser ex-

tabagista, 52% não consomem bebidas alcoólicas e a maioria não praticam atividade física (78%).

Com relação aos hábitos alimentares dos participantes deste estudo a grande maioria (98%) não acrescentam sal à sua alimentação. No que se refere ao consumo de salada crua observou-se que 41% dos entrevistados utilizam esses alimentos de uma a duas vezes em seu cardápio semanal.

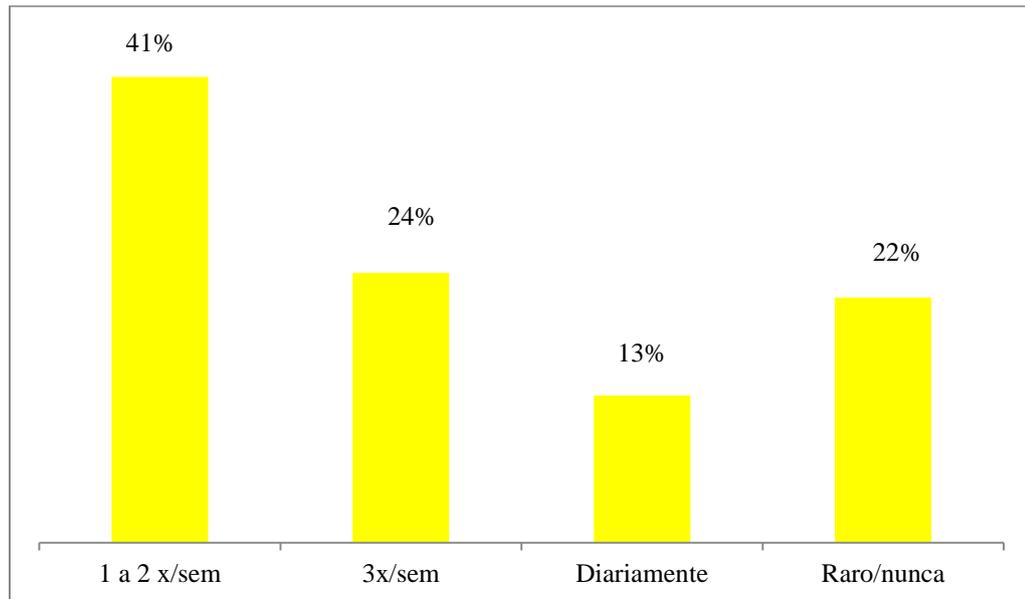


Gráfico 5 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia de acordo com o consumo semanal de salada crua. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

Quando investigou-se a respeito da ingestão de frutas constatou-se que 46% dos hipertensos fazem seu consumo diariamente. Quanto à ingestão de feijão e leite parcela significativa relatou consumir estes alimentos todos os dias (48% e 74% respectivamente).

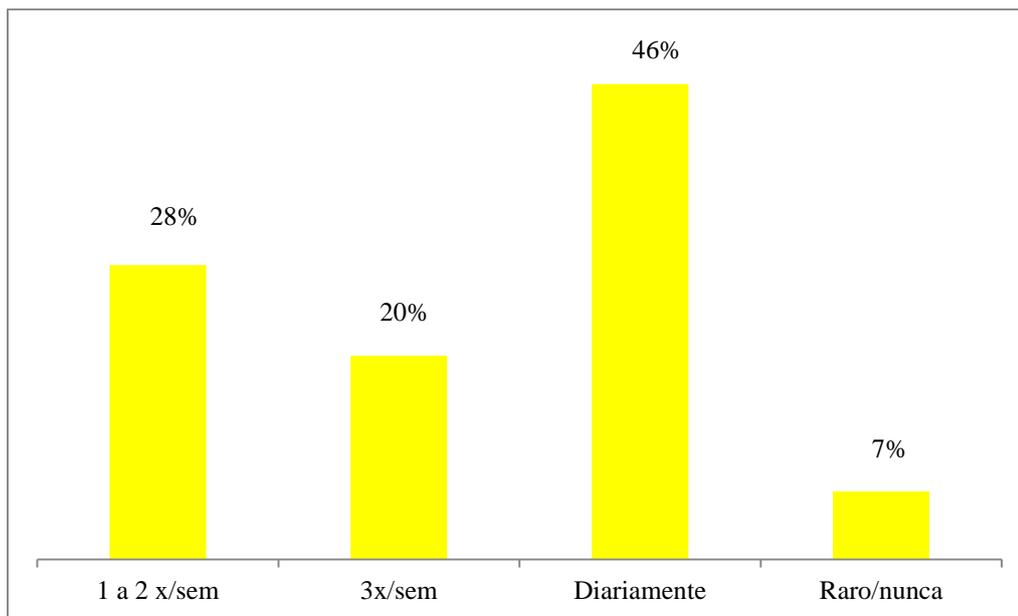


Gráfico 6 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia de acordo com o consumo semanal de frutas. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

As frituras não estão presentes na alimentação de grande parte destes indivíduos haja visto que 43% não fazem uso ou o fazem de forma rara. O consumo de biscoitos salgados, doces ou recheados, refrigerantes, embutidos e temperos prontos é extremamente baixo uma vez que 70% dos entrevistados apontam nunca ou raramente consumir os alimentos supracitados.

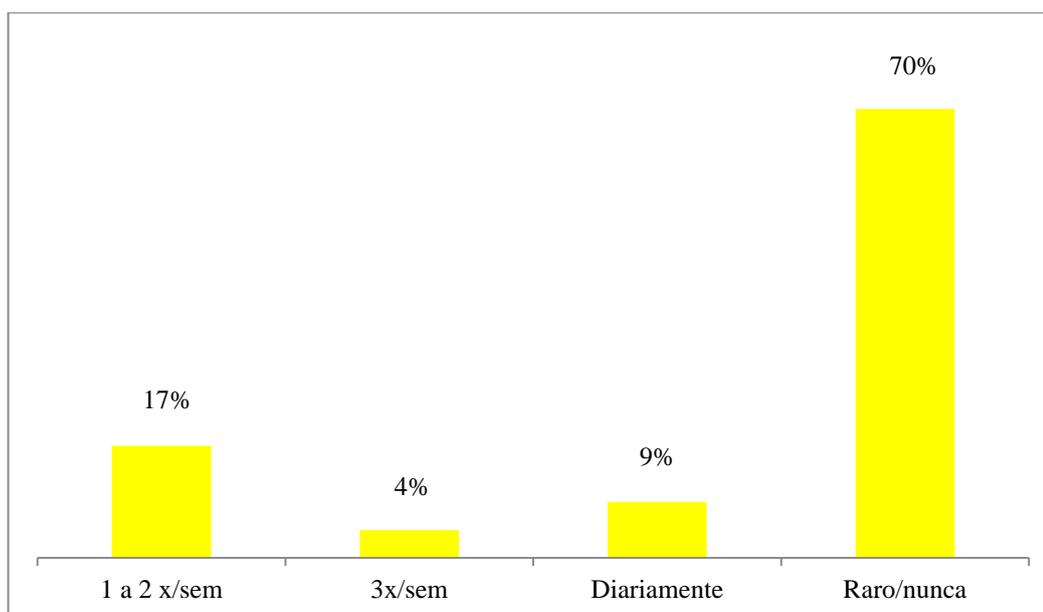


Gráfico 7 – Distribuição percentual de 46 hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia de acordo com o consumo semanal de biscoitos salgados, doces ou refrigerantes.

recheados, refrigerantes, embutidos e temperos prontos. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

Realizou-se breve análise estatística, buscando-se identificar associação entre algumas variáveis, observando-se os destaques na Tabela 1 e 2. Chama a atenção que não houve associação significativa entre circunferência da cintura e estado nutricional de adulto ($p = 0,06$) e idoso ($p = 0,193$). Assim como não houve significância para prática de atividade física e estado nutricional de adulto ($p = 0,694$) e idoso ($p = 0,198$).

Tabela 1– Distribuição percentual dos adultos hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia segundo estado nutricional e circunferência da cintura. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

VARIÁVEIS		MAGREZA	EUTROFIA	OBESIDADE	P VALOR
		%	%	%	%
Circunferência da cintura	Sem risco	-	33	8	0,06
	Risco elevado	-	67	23	
	Risco muito elevado	-	0	69	
TOTAL		-	100	100	

Tabela 2– Distribuição percentual dos adultos hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia segundo estado nutricional e prática de atividade física. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

VARIÁVEIS		MAGREZA	EUTROFIA	OBESIDADE	P VALOR
		%	%	%	%
Prática de atividade física	Sim	-	33	23	0,694
	Não	-	67	77	
TOTAL		-	100	100	

Tabela 3– Distribuição percentual dos idosos hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia segundo estado nutricional e circunferência da cintura. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

VARIÁVEIS		MAGREZA	EUTROFIA	OBESIDADE	P VALOR
		%	%	%	%
Circunferência da cintura	Sem risco	33	40	0	0,193
	Risco elevado	33	40	22	
	Risco muito elevado	33	20	78	
TOTAL		100	100	100	

Tabela 4– Distribuição percentual dos idosos hipertensos acompanhados no Programa do Hiperdia segundo estado nutricional e prática de atividade física. Centro de Saúde Djalma Marques. São Luís, 2011.

VARIÁVEIS		MAGREZA	EUTROFIA	OBESIDADE	P VALOR
		%	%	%	%
Prática de atividade física	Sim	0	0	33	0,198
	Não	100	100	67	
TOTAL		100	100	100	

6 DISCUSSÃO

De acordo com Liberman (2007); Rosa et al. (2003), o gênero feminino possui uma maior prevalência de apresentar hipertensão arterial, quando comparado ao gênero masculino. Conforme a pesquisa de Jardim (2006), dos 1.739 indivíduos entrevistados, 64,9% era do sexo feminino, assim como se pode observar nesse estudo (63%).

Segundo Pessuto; Carvalho (1998), essa maior prevalência ocorre devido às mudanças dos hábitos alimentares e vivência do cotidiano das mulheres como a saída de casa para trabalhar, juntamente com a função de dona-de-casa, mãe e esposa (GUEDES et al., 2005).

Em relação à distribuição de hipertensão arterial por faixa etária Mascarenhas; Oliveira; Souza(2006) em sua investigação realizada no período de janeiro e fevereiro de 2006, em um centro de saúde localizado no bairro Joaquim Romão, no município de Jequié-Bahia observaram altas prevalências de hipertensão arterial nas faixas etárias mais velhas. Já Costa (2007) relatou prevalência de hipertensão superior a 60% em idosos. Silva (2010) mostra que 40,7% dos pesquisados eram idosos (≥ 60 anos). Estes dados se correlacionam com o presente estudo no qual 37% são idosos. No entanto, em todos esses estudos relatos pode-se observar que a hipertensão está presente cada vez mais cedo, como já foi observado em um estudo realizado com estudantes da Universidade Federal do Piauí (MARTINS et al., 2010).

Assim como no presente estudo no qual foi encontrado que 48% dos participantes eram casados, Borgeset al (2008) em pesquisa realizada na cidade de Belém a partir dos dados obtidos pelo SIMTEL (sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por meio de inquérito telefônico) no ano de 2005, também observaram que indivíduos casados apresentaram prevalência de hipertensão arterial maior quando comparados aos solteiros. Dado semelhante pode ser observado no estudo Hartmann et al (2007) no qual as solteiras apresentaram menor prevalência de hipertensão. Segundo Sawyer et al (2002), a presença de companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a uma maior possibilidade diagnóstica de hipertensão, o que justificaria o achado de maior prevalência de hipertensão nessas classes civis.

Mansano; Vila; Rossi (2009) em seu estudo comentam que os indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior exposição para o desenvolvimento da hipertensão

arterial, do que aqueles com nível de escolaridade superior. Pesquisa realizada por Assunção; Tortelli (2009) no Ambulatório de Nutrição do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no período de junho de 2005 a dezembro de 2006 também observaram que indivíduos sem escolaridade e com o 1º grau incompleto apresentaram maiores prevalências de hipertensão arterial, dados que corroboram com a presente pesquisa na qual 15% dos entrevistados não estudaram e 37% têm o primeiro grau incompleto. Certamente essas pessoas têm uma menor compreensão da doença e de seu tratamento e que poderá interferir indiretamente na assimilação das informações necessárias ao tratamento. E em outros estudos foram detectados associação com renda familiar, revelando a dependência de hipertensão arterial com más condições de vida. No estudo de Costa (2007) mais de 70% das famílias da amostra possuíam renda de até três salários mínimos.

Com relação às doenças de base, no presente estudo 24% dos entrevistados eram diabéticos. Dados semelhantes foram encontrados por Tacon; Oliveira; Castro (2010), em análise de prontuários de pacientes com hipertensão atendidos no período de maio a julho de 2010 no Ambulatório de Cardiologia do HUGO (Hospital universitário de Goiás) em um município de Goiás, constataram que 14% dos hipertensos tinham diabetes mellitus. No estudo de Dallacosta; Dallacosta; Nunes(2010) 9% dos entrevistados eram diabéticos.

A respeito dos antecedentes familiares para doenças cardiovasculares, Piatiet al. (2009) verificaram em sua pesquisa realizada com hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia da cidade de Céu Azul em Paraná que a maioria dos entrevistados possuía algum familiar com esta patologia (70%). Resultado semelhante foi encontrado neste presente estudo. De acordo com Gus et al (2002) os antecedentes familiares são um fator de risco não modificável e independente, principalmente no parentesco de primeiro grau, com patologias coronarianas.

Com relação ao hábito de fumar pode-se constatar nesse estudo a associação indireta com a hipertensão, na qual os ex-fumantes apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial (50%) em relação aos fumantes ou aos que nunca fumaram. Costa et al (2007) também observaram prevalência maior de hipertensão nos ex-fumantes. Estudo realizado por Jardim et al (2007) verificaram associação positiva entre hipertensão e abandono do fumo (ex-fumantes), porém a maior prevalência de hipertensão foi verificada entre os não-fumantes. Lessa et al (2006) mostraram maior prevalência de hipertensão arterial entre os não-fumantes em relação aos fumantes.

O fumo eleva a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica, devido a ação da nicotina que promove a liberação de catecolaminas, reduzindo o oxigênio dos glóbulos vermelhos em cerca de 15 a 20%. Além disso, o monóxido de carbono também lesa a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gordura e colesterol nos vasos sanguíneos (PESSUTO; CARVALHO, 1998). O ato de fumar favorece na elevação da pressão arterial de 5 a 10 mmHg e eleva de 15 a 25 batimentos cardíacos por minuto na frequência cardíaca dos fumantes (MORENO JUNIOR et al., 2004).

O tabagismo duplica o risco de desenvolvimento de patologia arterial coronariana e para a aterosclerose (TEIXEIRA et al., 2006), além de aumentar o risco, também é um fator independente para a doença cardiovascular, sendo que 30% dos casos são atribuídos ao número de cigarros fumados ao dia (GUS et al., 2002). O fumante possui um aumento de 10 vezes no risco de morte cardíaca súbita em comparação aos não fumantes (CASTRO et al., 2005).

Em um estudo de base populacional realizado no município de Goiânia a variável consumo regular de bebidas alcoólicas apresentou maior prevalência de hipertensão arterial diferente do que foi encontrado no presente estudo, no qual 52% dos hipertensos relataram não ingerir álcool. Porém, Pessuto e Carvalho (1998) destacam que consumo de bebidas alcoólicas é um fator contribuinte para a elevação da pressão arterial, na proporção de 2mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente.

Referindo-se a prática de atividade física, nesse estudo apenas 22% dos hipertensos relataram praticar atividade física. Dados semelhantes foram encontrados por Piaty et al (2009) no qual somente 36% dos entrevistados falaram praticar algum exercício. A prática de atividade física regularmente tem como princípio melhorar a condição física e a saúde, pois melhora o funcionamento do organismo, reforçando a função circulatória, muscular, pulmonar, óssea e as articulações. Além disso, auxilia na redução e/ou manutenção do peso corporal e, sobretudo contribui para a prevenção de doenças crônicas (GUS et al., 2002).

A atividade física aeróbica é considerada um tratamento não medicamentoso muito efetivo para HAS, entretanto para ser eficaz, o exercício deve ser realizado na intensidade baixa à moderada, com duração de 30 a 60 minutos, e realizado no mínimo, três vezes por semana, (FORJAZ et al., 2005; PESSUTO; CARVALHO, 1998).

A realização de atividade física regular auxilia na redução de risco coronário, aumenta os níveis de HDL, diminui os níveis de triglicérides, reduz a pressão arterial, auxilia na redução do peso corporal, melhora a tolerância à glicose e corrige a distribuição da gordura corporal. Um benefício importante de se realizar atividade física em idosos com osteoporose é o aumento da densidade óssea, além de contribuir para a flexibilidade e o aumento da força muscular. A atividade física melhora a auto-estima, e conseqüentemente, a qualidade de vida, reduzindo a morbidade (GRAVINA et al., 2007).

No que diz respeito aos hábitos alimentares, Gomes et al (2008) observou-se que 94% da amostra não usava sal de adição à alimentação, corroborando com o encontrado nesta pesquisa. Isto possivelmente deve-se ao fato destes indivíduos obterem conhecimento através de orientações fornecidas no Programa Hipertensão. Por outro lado, no estudo de Costa et al. (2006) cerca de 12% dos entrevistados adicionava quantidade extra de sal à sua alimentação.

Semelhante ao achado neste estudo, onde 41% dos hipertensos consomem salada crua de 1 a 2 vezes por semana, Gomes et al (2008) também verificou em sua pesquisa consumo insuficiente de hortaliças. Conforme as orientações do Guia Alimentar para a população brasileira o consumo mínimo ideal de frutas e hortaliças é de 400g/dia, em torno de cinco vezes ao dia, pelo seu efeito protetor contra as doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2005).

Tomazoni e Siviero (2009) tiveram também por volta de 39% dos seus pesquisados não consumindo legumes e verduras cozidos. Isso pode ser explicado pela falta de conhecimento desta população acerca das vantagens destes alimentos sobre o estado de saúde do ser humano.

De maneira semelhante ao encontrado nesta pesquisa, Tomazoni e Siviero (2009) observaram que mais de 55% dos participantes consumiam frutas de 1 a 3 vezes por dia o que reflete a preocupação destes hipertensos com uma dieta equilibrada, a qual inclui frutas e hortaliças em quantidade maior que a normalmente consumida.

A pesquisa demonstrou que menos da metade da amostra faz consumo diário de feijão. Borges et al. (2005) verifica que 59,4% dos participantes consomem feijão de forma não regular. Observa-se também que no presente estudo mais de 74% dos indivíduos consomem leite diariamente, contudo possivelmente apenas uma porção por dia o que configura uma baixa ingestão. Gomes et al (2008) obteve resultados parecidos onde concluiu haver baixa ingestão de leite e derivados na população estudada. Em

contrapartida Tomazoni e Siviero (2009) constataram que 63,3% consomem leite de 1 a 3 vezes por dia.

Piatiet al. (2009) verificou consumo relevante de alimentos gordurosos em sua pesquisa. Contudo, 43% dos hipertensos entrevistados neste estudo nunca ou raramente consomem frituras ilustrando assim um baixo consumo deste tipo de alimento.

No que se refere ao consumo de refrigerantes que 70% dos participantes não consomem, corroborando com o que foi encontrado por Borges et al (2005). No estudo de Piatiet et al. (2009) foi observado consumo moderado de temperos prontos. Tomazoni; Siviero (2009); Gomes et al. (2008) tiveram percentuais elevados (70% e 56%, respectivamente) de consumo de temperos prontos/industrializados, contrapondo-se totalmente ao encontrado nesta pesquisa, onde 63% dos hipertensos nunca ou raramente consomem estes temperos.

Segundo Jardim et al. (2007), há uma forte associação entre excesso de peso, circunferência abdominal e ocorrência de hipertensão arterial para adultos e idosos. No estudo de Tacon (2010) a prevalência da circunferência aumentada caracterizando um risco de doenças cardiovasculares encontrados em idoso foi expressiva, principalmente nos indivíduos com excesso de peso (23%). Entretanto, apesar de baixa frequência, este risco foi também detectado em adultos e idosos cujo estado nutricional encontrava-se dentro dos limites de normalidade. Dado semelhante foi encontrado nesse estudo no qual 67% e 40% dos adultos e idosos estróficos apresentavam risco elevado para doenças cardiovasculares.

A obesidade central favorece a elevação da pressão arterial, pois a presença de gordura abdominal eleva a pressão intra-abdominal e intra-renal, com isso ocorre à redução do fluxo sanguíneo na medula renal e aumenta a reabsorção do sódio (RAMOS-DIAS; QUILICI; SENGER,2004). A circunferência de cintura elevada está fortemente ligada ao risco de hipertensão independente do IMC elevado (PEIXOTO et al., 2006; PITANGA; LESSA, 2005).

No estudo de Dallacosta; Dallacosta; Nunes(2010), a chance de uma pessoa sedentária/obesa desenvolver hipertensão é 1,84 maior do que uma pessoa não sedentária. Dado semelhante foi encontrado nesse estudo no qual 77% dos adultos hipertensos obesos não praticam atividade física.

7 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a hipertensão arterial se manifesta comumente no sexo feminino, a partir dos 47 anos, em indivíduo com baixa escolaridade, sedentário, com baixa renda e história de doença cardiovascular na família.

A alimentação dos indivíduos mostrou-se insatisfatória haja visto que parcela significativa não fazem uso de salada crua nem de vegetais cozidos. Por outro lado, a maioria não adiciona quantidade extra de sal à alimentação, não consomem de forma regular frituras, refrigerantes, embutidos e condimentos industrializados.

A elevada prevalência de excesso de peso encontrada entre os usuários do Hiperdia mostra o quanto é necessária a intervenção com tratamento e acompanhamento destes pacientes. A formação de grupos para ação educativa deve ser efetivada a fim de conscientizar a população de seu real estado nutricional, bem como auxiliá-los a reduzir esses índices e prevenir maiores complicações.

O adequado controle da hipertensão, através de ações efetivas no âmbito da atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de se reduzir a prevalência desta doença.

Os resultados confirmam a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas, como orientações nutricionais na atenção básica de saúde, visando à promoção de alimentação saudável incluindo os hábitos alimentares, por meio do consumo diário de frutas, verduras, legumes e alimentos ricos em fibras (cereais integrais) e redução do consumo de alimentos ricos em gorduras, sal e açúcar, associada à prática de atividade física regular tratamento medicamentoso adequado.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302004000300004>. Acesso em: 10 jul. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/manual_ans.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2011.

BONOMO, E. *et. al.* Consumo alimentar da população adulta segundo perfil socioeconômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.5, n.19, p. 69-57. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000500025&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jul 2011.

BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre Hipertensão Arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 2, p. 110-118, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. _____. _____. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 15 mar 2011.

_____. _____. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos – HiperDia**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/sistema/sistema_det.php?co_conteudo=21>. Acesso em: 3 mar. 2011.

_____. _____. _____. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: <dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2011.

CARVALHO, E.O.;ROCHA, E.F. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.179-185, 2011. Disponível

em:<<http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63015361017.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2011.

CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURÍCIO, T. F. Prevenção da Hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 32-39, abr./jun. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>. Acesso em: 08 ago 2011.

CERVATO A.M.; VIEIRA V.L. Consumo alimentar: como avaliar a qualidade. **Rev Nutrição em Pauta**, v.62, p.12-16. 2003.

CORTEZ-DIAS, N. *et al.* Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal: resultados do estudo VALSIM. **RevPortCardiol**, v. 28, p. 499-523. 2009. Disponível em:<www.spc.pt/CNCDC/trabalhos/download.ashx?idFile=450>. Acesso em: 10 jul 2011.

COSTA, J.S.D. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **ArqBrasCardiol**, v. 1, p. 59-65, 2007.

CUPPARI, L. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP: nutrição clínica no adulto**. São Paulo: Manole, 2005.

DALLACOSTA, F.M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A.D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2010.

EMED, T.C.X.S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Mini-avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, v. 3, n. 21, set. 2006. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-N3-38.pdf>>. Acesso em: 18 maio. 2011.

FORJAZ, C.L.M.; RONDON, M. U. P. B.; NEGRÃO, C. E.; Efeitos hipotensores e simpatolíticos do exercício aeróbio na hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 12, n. 4, p. 245-250, 2005.

FORMOSO, M.C.; TORTELLI, P. M. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e sua relação com os demais fatores de risco cardiovasculares em uma população de indivíduos portadores de sobrepeso ou obesidade**. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_00608.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, p. 33-36, 2007.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalencia dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, v. 78, n. 5, p. 478-483, 2002.

GUSMÃO, J.L.; MION, D.; PIERINI, A.M.G. Avaliação da Qualidade de Vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. **Rev Bras Hipertensão**, v.8, n, 1, p.22. 2005.

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p.1857-1866, 2007.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JARDIM, P. C. B. V.; MONEGO; REIS, E. T. Potássio, cálcio, magnésio e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.11, n. 2, p.98-101, jun. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394181&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

LAGE, F. F.; OLIVEIRA, C. I. **Nutrição na hipertensão arterial**. 2003. 37f. Monografia (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário de Lavras, Lavras, 2003. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/nutricao-artigos/aspectos-nutricionais-relativos-a-hipertensao-arterial-886721.html>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

LESSA, I. *et al.* Hipertensão Arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.87, n6, p. 747-756, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/11.pdf>. Acesso em : 15 mar. 2011.

LIN, P.H. *et al.* Food group sources of nutrients in the dietary patterns of the DASH-Sodium trial. **Perspectives in Practice**, v.103, n.4, p.488. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12669013>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994,

MACHADO C.A., BARBOSA R.B. Epidemiologia e importância clínica. In: PASSARELLI JR O. *et al.* **Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica**. São Paulo: Segmento Farma, 2008.

MANSANO, N. G.; VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.11, n.2, p.349-359, 2009.

MARTINS, M.C.C. et al. Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq. Bras.Cardiol.**, São Paulo, 2010.

MASCARENHAS, C.H.M.; OLIVEIRA, M.M.; SOUZA, L.M.S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. **Rev. Saúde. Com.**, v. 2, n. 1, p. 30-38, 2006.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; NETO, T.L.B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista**

brasileira de ciência e movimento, v.8, n.4, p. 21-32. 2000. Disponível em:
<<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/372/424>>. Acesso em: 1 ago. 2011.

MORENO JR, H.M.; TOLEDO, J.C.Y.; FONSECA, F.A.H. Hipertensão refratária e tabagismo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 4, p. 256-261, 2004.

MOTA, J.F. et al. Indicadores antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. **Ciência & Saúde Coletiva** (Online), v. 1, 2009. Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3222>. Acesso em: 2 set. 2011.

KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Atheneu, 2007.

KRUMMEL, D. Nutrição e hipertensão. In: MAHAN, L. K.; STUMP, S. E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Guanabara, 2002. cap. 27, p. 576 - 590.

PEIXOTO, M.R.G. et al. Circunferência da Cintura e Índice de Massa Corporal como preditores da Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileira Cardiologia**, v. 87, p. 462-470, 2006.

PESSUTO, J; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39. 1998.

PIATI, J.; FELICETTI, C.R.; LOPES, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em unidade básica de saúde da cidade paranaense. **Rev Bras Hipertensão**, v. 16, n. 2, p.123-129, 2009.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador – Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 1, jul. 2005.

RAMOS-DIAS, J.C.R.; QUILICI, M.T.V.; SENGER, M.H. Obesidade e refratariedade da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.11, n. 4, p. 240-245, 2004.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 71, p. 757-776, 2002.

SILVA, J.M.G.C. *et al.* **Perfil nutricional do grupo de Hiperdia da Unidade Básica de saúde do bairro dunas, Pelotas-RS**. 2010. Disponível em:<<http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaDeiseAmaral.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2011.

SILVEIRA, E. A.; LOPES, A. C. S.; CAIAFFA, W. T. Avaliação do estado nutricional de idosos. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Atheneu, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2006. Disponível em: <http://www.nefrologiaonline.com.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2011.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **RevBras de Hipertensão**. v.17, n.1, 2010. Disponível em: <www.anad.org.br/.../VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2011.

TACON, K.B.; SANTOS, H.C.O.; CASTRO, E.C. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em hospital público. **RevBrasClinMed**, São Paul, v. 8, n. 6 p. 486-489, nov./dez., 2010.

TOMAZONI, T.; SIVIERO, J. Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do Programa Hiperdia do município de Caxias do Sul, RS. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 16, 2009.

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

APÊNDICE A–Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1) Nome: _____

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Faixa etária:

() 20 aos 33 anos

() 34 aos 46 anos

() 47 aos 59 anos

() ≥ 60 anos

4) Estado Civil:

() Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Viúvo

() Outro. Qual? _____

5) Grau de instrução:

() não estudou

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() Ensino superior (in)completo

6) Renda:

() < 1 salário mín.

() 1 a 3 salários mín.

() 3 a 5 salários mín.

() Auxílio do Governo

() Nenhum

7) Hipertenso? () Sim () Não

8) Diabético? () Sim () Não

9) Tempo de ciência da pressão alta?

() < 1 ano

() 1 a 2 anos

() 2 a 3 anos

() > que 3 anos

10) Tempo de participação no programa Hiperdia?

() < 1 ano

() 1 a 2 anos

() 2 a 3 anos

() > que 3 anos

11) História de DCV na família? () Sim () Não

12) Tabagista? () Sim () Não () Ex-tabagista

13) Elitista? () Sim () Não () Ex-elitista

14) Prática de atividade física? () Sim () Não

15) Adiciona sal nas refeições prontas? () Sim () Não

16) Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

17) Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, etc.) (Exceto batata e macaxeira)?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

18) Frutas frescas ou salada de frutas?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

19) Feijão?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

20) Leites e derivados?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

21) Frituras?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

22) Biscoito salgado?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

23) Biscoito doce ou recheados, doces, balas, chocolates e açucares?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

24) Refrigerante e sucos industrializados?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

25) Embutidos (salsicha, presunto, salame, lingüiça)?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

26) Temperos prontos e conservas?

1 a 2 vezes/ semana
 Diariamente

3 vezes/ semana
 Raro/ Nunca

27) IMC: _____ **Diagnóstico:** _____

Peso: _____ **Altura:** _____

28) CC: _____ **Diagnóstico:** _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PERFIL NUTRICIONAL DE ADULTOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS
PELO PROGRAMA HIPERTENSÃO DE UM CENTRO DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO
LUÍS-MA.**

Prezado Sr (a), estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre o comparativo do peso para a altura, circunferência da cintura, perguntas sobre dados pessoais, socioeconômicos e sobre o consumo alimentar de adultos hipertensos acompanhados no Programa Hipertensão no Centro de Saúde Djalma Marques. Com o objetivo de conhecer o perfil nutricional desta população e gostaríamos de contar com a sua participação. Você colaboraria respondendo as perguntas do questionário aceitando que verifiquemos seu peso, sua altura e sua circunferência da cintura. Sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afetará a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr (a). quiser se retirar da pesquisa e será oferecido quaisquer esclarecimentos, em qualquer tempo, sobre os métodos e instrumentos a serem utilizados.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, consumo alimentar e dados encontrados, pois mediremos peso, altura e circunferência da cintura. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sr (a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, _____ de setembro de 2011.

Pesquisadora responsável

Sujeito da Pesquisa

PESQUISADORAS:

Gabrielle Vieira da Silva

Contato: (98) 8825-9992

Janaína Maiana Abreu Barbosa

Contato: (98) 82194375

Allanne Pereira Araújo

Contato: (98) 88013833