

PERFIL DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE UMA UBS DA ZONA DA MATA MINEIRA

Bruna de Oliveira Ferreira ^a

Letícia Vieira da Silva ^b *

Raissa Assis Oliveira ^c

Ricardo Furtado de Carvalho ^b

Lívia Beatriz Almeida Fontes ^b

Cristiane Ferrari Vieira ^b

Gustavo Leite Camargos ^b

Renato Gomes Pereira ^b

Wellington Segheto ^b

Jorge de Assis Costa ^b

^a Faculdade de Minas / Muriaé-MG

^b Faculdade Governador Ozanam Coelho / Ubá-MG

^c Universidade Federal de Viçosa / Viçosa-MG

RESUMO

A adoção de melhores hábitos de vida tem sido bastante discutida como método de prevenir doenças. A partir disso, aplicou-se um questionário a 20 indivíduos (5 homens e 15 mulheres) hipertensos atendidos em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) de Cataguases-MG, com o objetivo de traçar o perfil dos hábitos de vida, quanto ao estado nutricional, condições de saúde, prática de atividade física, consumo de álcool e cigarros, de acordo com V Diretriz da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Concluiu-se que 35%(7) dos hipertensos não monitoram com frequência a pressão arterial, 45%(9) não realizam atividade física, 5%(1) fumam, 5%(1) ingerem bebida alcoólica, 80%(16) têm história de hipertensão na família e 40%(8) apresentam outros problemas de saúde além da hipertensão. O índice de massa corporal (IMC) foi utilizado para medir estado nutricional, classificando-os como eutróficos 20%(4), sobrepeso grau I 60%(12) e sobrepeso grau II 20%(4). Concluiu-se que considerável parcela dos indivíduos estudados apresentava, além de inadequação da composição corporal e do comportamento alimentar, outros

Saúde

Revista
Científica
Fagoc

ISSN: 2448-282X

fatores de risco, como obesidade e sedentarismo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Índice de massa corporal. Razão Cintura Quadril e Comportamento alimentar

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível caracterizada pelo aumento sustentado da pressão arterial (PA), que se manifesta de forma multifatorial e pode, se não tratada, acometer órgãos vitais que pertencem ou não ao sistema cardiovascular, sendo considerada como fator de risco para outras morbidades, como a doença renal crônica e o infarto agudo do miocárdio (SBC 2006; SBC, 2010).

Na população brasileira, segundo dados de 2005 obtidos por Lotufo (2005), a hipertensão já era vista como uma doença comum, com a prevalência variando em torno de 20%. Dados mais atuais constatam que, nas últimas duas décadas, a prevalência mostrou-se acima de 30% (SBC, 2010). Segundo análises feitas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, a prevalência global parece ser de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC, 2010).

De acordo com o sistema de dados DATASUS, utilizando o programa Hiperdia, foram registrados em Cataguases, de janeiro de 2002 a dezembro de 2011, 9415 de pessoas

* E-mail: leticiavieiradasilva@gmail.com

com hipertensão arterial, das quais quase 72% tinham mais de 50 anos (BRASIL, 2011). Esse número que remete aos hipertensos que estão sendo acompanhados pode, entretanto, estar subestimado, uma vez que, segundo os estudos de Simonetti et al. (2002), cerca de 50% dos acometidos desconhecem sua condição; dos que sabem, 50% não se tratam; e, destes, 50% não têm sua pressão sob controle.

Vale ressaltar ainda que o descontrole da HAS é responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares tais como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e nefropatias crônicas (Lotufo, 2005), as quais levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo tanto para o indivíduo quanto para o Sistema de Saúde (Costa et al., 2006; SBC, 2010), exigindo uso constante de medicamentos, internações frequentes, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e transplante, devido às complicações renais (Costa et al., 2006).

A partir disso, modificações no estilo de vida devem ser preconizadas, a fim de que se reduza a necessidade de medicamentos e melhore a qualidade de vida (SBC 2006; SBC 2010), prevenindo a morbidade e a mortalidade, e reduzindo lenta e progressivamente a PA, para aliviar os sintomas e diminuir as complicações (Simonetti et al., 2002).

Dessa forma, órgãos como a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) preconizam mudanças nos hábitos de vida, em sua V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), como estratégia para prevenção e controle da doença (SBC, 2006). Outra forma de controle é estimular a adesão ao tratamento; nesse aspecto, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas de estimulá-la (Péres et al., 2003), visto que a falta de adesão ocorre em até 40% dos casos (Simonetti et al., 2002).

Assim sendo, este estudo buscou avaliar se os pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de Cataguases-MG seguiam as recomendações de melhores hábitos de vida preconizados pela

V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, por meio da análise do consumo alimentar obtida a partir do recordatório 24 horas dos pacientes da UBS, visando ainda orientá-los sobre o consumo adequado de sódio e de alimentos desencadeantes de picos hipertensivos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Aspectos que interferem no tratamento da HAS

Sabe-se que HAS é responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Lotufo, 2005), as quais têm figurado como principais causas de mortalidade, atingindo cerca de um terço do total de indivíduos na fase adulta (Costa et al., 2006). No período de 2002 a 2011, foram registradas 372.705 mortes no Brasil devido a doenças hipertensivas (CID I10-I15), como doenças cardíacas e renais, motivadas pela hipertensão (Brasil, 2011). Além disso, no mesmo período, 915.251 pessoas morreram por isquemia cardíaca. Em ambas as análises, a Região Sudeste figura como grande detentora de casos (Brasil, 2011).

Dessa forma, percebe-se a necessidade do tratamento e da prevenção da hipertensão como forma de evitar suas consequências. A partir disso, foram pontuados dois aspectos que interferem no tratamento da HAS: adesão ao tratamento e informação sobre a saúde e hábitos de vida.

Adesão ao tratamento e informação sobre a saúde

Mesmo se evidenciando que a hipertensão arterial constitui um dos principais problemas de saúde, o número de hipertensos tratados e/ou controlados ainda é pequeno: estima-se que somente 10% a 30% deles são tratados efetivamente ou mantêm a pressão sob controle (Simonetti, 2002; Mano, Pierin, 2005). Esse percentual é baixo devido a vários fatores, dentre os quais: característica assintomática da doença; tratamento prolongado; alto custo

medicamentoso e seus efeitos colaterais; e relação médico-paciente insatisfatória (Simonetti et al., 2002).

Nesse sentido, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento. Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença que possui. Acredita-se, por exemplo, que as crenças que as pessoas adotam interfiram diretamente sobre o conhecimento que elas têm sobre a doença, o tratamento e outras práticas de saúde (Péres et al., 2003).

Isso se dá, muitas vezes, em virtude de os costumes, os valores e as percepções do paciente em relação aos procedimentos de saúde serem diferentes daqueles pensados pelos profissionais da área, visto que se trata de dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Logo, torna-se necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento (Péres et al., 2003).

Para aumentar a adesão às condutas preconizadas pelo tratamento, o paciente e seus familiares devem receber orientações sobre a doença. Os conteúdos educativos devem ser simples e objetivos, para maior entendimento do paciente. Outras medidas que também podem aumentar a adesão ao tratamento são: simplificação dos regimes terapêuticos; informações escritas sobre dose e efeitos colaterais; envolvimento de equipe multidisciplinar; manutenção de registros permanentes das cifras tensionais e da ingestão de drogas; envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação e das medidas dietéticas e outras mais (Simonetti et al., 2002).

Promover adesão ao tratamento da HAS, para Simonetti et al. (2002) e Peres et al. (2003), inicia-se na obtenção de informações que promovam a diminuição da desistência. Tais estratégias elevam o controle da doença, trazendo como benefícios, além do bem-estar do indivíduo, o aumento na disponibilidade de vagas nas instituições terciárias, a partir da redução de acometimentos pelas complicações decorrentes da falta de controle da enfermidade (Mano,

Pierin, 2005).

Hábitos de vida

Existem evidências suficientes sobre o benefício do tratamento precoce da hipertensão arterial, o qual pode ser baseado em quatro medidas gerais, dentre as quais destacam-se as não farmacológicas ou mudanças no estilo de vida, assim como a remoção da causa, quando for identificada, e dois pontos já discutidos: tratamento farmacológico e adesão ao mesmo (Simonetti et al., 2002).

Para Jardim et al. (1996), modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. Uma modificação dessa magnitude é muito importante, pois baseia-se na concepção de saúde formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada um, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos (Péres et al., 2003).

Após a Revolução Industrial, as pessoas passaram a necessitar de refeições cada vez mais práticas e rápidas (Tirapegui, 2005), o que resultou em uma alimentação com aumento de sódio e gorduras e diminuição de fibras, pois passaram a comprar mais comidas artificialmente enriquecidas, em detrimento das frutas e hortaliças (Lopes, 1999; Molina et al., 2003), fato que tornou a população mais suscetível à obesidade, a doenças cardiovasculares e ao diabetes (Tirapegui, 2005).

Embora a atividade física seja um fator de proteção para morbidades psicológicas e crônico-degenerativas (Oehlschlaeger et al., 2004), o estilo de vida provindo com a globalização tem como característica o sedentarismo (Oliveira; Fisberg, 2003), a cuja redução os países desenvolvidos têm dado ênfase, através da construção de planos que visam à adoção da atividade física regular como meio de melhoria da saúde individual e coletiva, uma vez que esta atuará na prevenção a várias doenças como as coronarianas e hipertensão (Oehlschlaeger et al., 2004).

Assim sendo, com a finalidade de elucidar métodos de prevenção baseados em hábitos

saudáveis, foi publicada a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006).

A primeira recomendação prioritária citada nessa publicação é o controle do peso, visando evitar complicações, como a obesidade, e doenças ligadas a seu excesso, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipercolesterolemia, as quais potencializam as chances de ocorrência de doenças cardiovasculares. Considera-se ideal buscar adequar e manter o peso na faixa eutrófica, com o índice de massa corporal variando entre 18,5 a 24,9 kg/m² (OMS, 2000).

A segunda consiste na realização de atividades físicas, as quais devem ser realizadas, preferencialmente, sob orientação de profissional habilitado, reeducando o indivíduo na prática de atividade física aeróbica, como caminhadas, hidroginástica por pelo menos 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes por semana, reduzindo a inatividade física.

Por fim, as últimas medidas preconizam evitar ou limitar o consumo de álcool a 30 g/dia para os homens (o equivalente a 2 latas de cerveja ou 2 taças de 150 ml de vinho) e 15 g/dia para mulheres (o equivalente a 1 lata de cerveja ou 1 taça de 150 ml de vinho), e investir em uma dieta rica em frutas e vegetais, evitando alimentos com alto valor calórico e ricos em gorduras saturadas e totais, além da redução do consumo de sal, com ingestão de no máximo 4 colheres (de café) rasas de sal = 4g + 2g de sal próprio dos alimentos, ou seja, 6g. Logo, a nutrição deve ser vista como uma forma de melhorar a qualidade de vida, inclusive apresentando bons resultados no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) (Leão et al., 2008).

Em suma, a importância dessas medidas provém do fato de que a prevenção primária da elevação da PA pode ser obtida através da prática de atividade física e do controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal e do hábito de fumar (Feijão et al., 2005). A mudança na alimentação provoca alterações significativas no peso corporal, pode prevenir a morbidade e a mortalidade e reduzir lenta e progressivamente a PA para aliviar os sintomas e diminuir as complicações (Mano; PIERIN, 2005). Em contrapartida, o aumento

progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade, adicionado à baixa frequência da prática de atividades físicas e às condições de saúde atreladas a maus hábitos de vida, torna-se uma bomba relógio (Jardim et al., 2007).

METODOLOGIA

Casuística

O presente estudo foi realizado com pacientes hipertensos de uma UBS do Bairro Bandeirantes na cidade de Cataguases – MG, no período de junho a julho de 2010, com a finalidade de avaliar a ingestão alimentar e hábitos de vida para melhor controle da PA. Foi entrevistado um total de 20 pacientes: 5 homens e 15 mulheres. O critério de seleção utilizado foi indivíduos portadores de HAS adultos encaminhados ao ambulatório da UBS. A entrevista era composta por uma fase inicial de coleta de dados sociodemográficos e clínicos, tais como sexo, idade, escolaridade e nível de PA.

Avaliação Antropométrica e da Composição Corporal

Para a avaliação antropométrica, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) que relaciona o peso (kg) e a altura (metros ao quadrado). O peso foi obtido em balança eletrônica digital, com capacidade de 150 kg e subdivisão de 50g. A altura foi determinada utilizando-se um antropômetro portátil vertical, com extensão de 2 m e escala de 0,5 cm (Jelliffe, 1968). Para a determinação do peso e da altura, os voluntários foram posicionados em pé, em posição firme, com os braços relaxados e cabeça no plano horizontal. O IMC de cada voluntário foi calculado (Bray; Gray, 1988) e classificado, considerando-se com excesso de peso aqueles voluntários com IMC >25 kg/m² (WHO, 2000).

A classificação utilizada foi a recomendada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000). A relação cintura/quadril (RCQ) foi calculada procedendo-se à divisão da circunferência da

cintura pela circunferência do quadril. Foram considerados adequados os voluntários que apresentavam medida circunferência da cintura < 102 cm para homens e < 88 cm para mulheres (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2004). A relação cintura quadril (RCQ) foi considerada adequada quando < 1,00 para homens e < 0,85 para mulheres (WHO, 2000).

Avaliação da ingestão alimentar

A ingestão habitual dos participantes foi avaliada utilizando o método de recordatório 24 horas, que é o mais frequentemente utilizado tanto em nutrição clínica como em estudos populacionais, com o qual se obtém informação completa sobre os alimentos (sólidos e líquidos) ingeridos pelo indivíduo em um período de 24 horas (dia anterior ou as 24h precedentes), através de uma entrevista.

A entrevista possibilitou estimar as quantidades de alimentos ingeridos, utilizando-se utensílios (conchas, colheres, escumadeiras, xícaras, copos dentre outros) de cozinha de vários tamanhos, para facilitar a indicação das porções dos alimentos ingeridos. As medidas caseiras dos alimentos ingeridos foram então convertidas em gramas, enquanto a ingestão calórica e a de macronutrientes foram analisadas utilizando o software AVANUTRI.

Avaliação dos hábitos de vida

Para avaliar os hábitos de vida, utilizou-se um questionário semiestruturado cujas perguntas visaram evidenciar se o paciente segue ou não as recomendações de hábitos de vida saudáveis preconizadas pela V Diretrizes Brasileiras sobre Hipertensão Arterial (2006). A participação dos voluntários se deu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Retorno aos indivíduos

Ao final da pesquisa, todos os voluntários receberam recomendações nutricionais e esclarecimentos sobre sua dieta, assim como

Tabela 1 – Idade e características antropométricas apresentadas pelos voluntários

Variáveis	Média \pm desvio padrão n=20	Mediana (mín./máx.) n=20
Idade (anos)	55,1 \pm 11,1	56 (27-74)
Peso (kg)	69,1 \pm 8,4	70 (53-85)
IMC (kg/m ²)	28,1 \pm 3,4	28,0 (20,2-33,2)
CC (cm)	84,1 \pm 14,6	89 (65,00-102)
CQ (cm)	101 \pm 9,2	104,00 (75-111)
RCQ	0,84 \pm 0,08	0,86 (0,63-0,95)

IMC: Índice de massa corporal; CC: Circunferência de cintura; CQ: Circunferência do quadril; RCQ: Relação cintura quadril

quanto à importância de se adotarem hábitos saudáveis para melhoria da qualidade de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliações antropométricas

As características antropométricas dos voluntários se encontram na Tabela 1. Todos os voluntários eram procedentes de zona urbana; pertenciam, em sua grande maioria, à classe de baixa renda; e possuíam baixo grau de escolaridade.

Conforme se verifica nos dados acima, ainda que a avaliação pôndero-estatural tenha revelado uma média elevada, somente 20% apresentaram o esperado para seu peso e altura. Tal resultado demonstra a importância da análise da composição corporal para um diagnóstico nutricional preciso desse grupo.

O índice de massa corporal tem sido associado à morbidade e à mortalidade. Câncer, doenças infecciosas e pulmonares têm sido associadas ao baixo peso; entretanto, qualquer grau de excesso de peso e também a deposição de gordura abdominal se associam a diabetes e doenças cardiovasculares (Afonso; Schieri, 2002).

Independentemente do grau de sobrepeso, o excesso de gordura abdominal pode ser avaliado através da razão das medidas

de cintura e quadril (RCQ). Medidas de depósito de gordura abdominal aumentados constituem um importante fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis, mostrando uma associação positiva com níveis de PA sistólica e diastólica; além disso, também predizem, melhor do que a massa corporal total, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a diabetes (Afonso; Schieri, 2002).

Quanto à RCQ, 10% dos homens e 46% das mulheres mostraram valores típicos de obesidade andróide ($RCQ > 1,0$ e $0,85$, respectivamente), a qual, como foi visto anteriormente, possui maior valor preditivo de morbimortalidade que a quantidade total de gordura (Cabral et al., 2003).

Avaliação da ingestão alimentar

Tabela 2 - Teor de macronutrientes proteínas, carboidratos e lipídios e densidade calórica coletados através do recordatório 24h dos voluntários

Variáveis	Média + desvio padrão n=20	Média de distribuição de macronutrientes (%)
Proteínas (g)	$76,68 \pm 42,32$	18,56
Carboidratos (g)	$196,62 \pm 63,12$	47,60
Lipídio (g)	$62,09 \pm 36,22$	33,82
Densidade calórica (kcal/g)	$1652,18 \pm 627,04$	

g: gramas; kcal/g: kilocalorias por grama. Dados apresentados em média + desvio padrão e em mediana (mínimo e máximo).

A análise dos dados apresentados na Tabela 2 evidencia que os voluntários apresentaram ingestão de macronutrientes bem diversificada. E a ingestão de Lipídios (33,82%), Carboidratos (47,60%) e Proteínas (18,56%) estava dentro dos padrões recomendados, 25-35%, 45-65% e 10-35%, respectivamente (IOM, 2002).

Em que pese a ingestão de macronutrientes estar dentro do recomendando, o presente estudo constatou a falta de hábitos saudáveis na alimentação. Dentre os hábitos alimentares obtidos no recordatório 24h, observou-se um baixo consumo de frutas, hortaliças e legumes, alimentos estes que contribuem para o controle da obesidade e da HA.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, por meio da V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2006), deve ser enfatizado o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. O consumo de tais alimentos, associado à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos (SBC, 2006).

Outro ponto relevante observado no recordatório 24h foi a constatação de que os pacientes não realizavam refeições devidamente fracionadas, sendo que a maioria dos entrevistados informou realizar no máximo quatro refeições diárias.

Quantidades equilibradas de nutrientes são fundamentais, pois o hábito alimentar inadequado está associado ao aparecimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas não transmissíveis. Um plano alimentar que proporcione um aporte nutritivo balanceado é importante, visto que cada nutriente tem função específica a ser desempenhada no organismo (Soares et al., 2010).

Hábitos de vida e convívio com a enfermidade

Tabela 3 – Hábitos de vida relatados pelos 20 voluntários de acordo com sexo

Variáveis	Homens (n=5)	Mulheres (n=15)
Monitoram com frequência a pressão	5	8
Praticam alguma atividade física	1	8
Faz uso de bebidas alcoólicas	1	0
Tabagistas	0	1
História de hipertensão na família	4	12
Outros problemas de saúde	3	7
Consumo elevado de sal	3	8

A partir dos dados obtidos com a pesquisa, observou-se que os principais problemas enfrentados pelos entrevistados são: obesidade; alimentação inadequada; falta ou baixa prática de atividades físicas; falta de orientação acerca dos cuidados com a saúde; alto consumo de sal; histórico de HAS na família; e outros problemas de saúde associados à hipertensão.

No que se refere à prática de atividade física, observou-se que apenas 45% dos pacientes praticavam atividade física, exercitando-se no máximo duas ou três vezes por semana. Tais números já traduzem um relevante fator de risco para o desenvolvimento e controle da HA (SBC, 2006).

Conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em sua V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2006), todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias da semana, o que de fato não foi encontrado no atual estudo. Dessa forma, os dados demonstram

a necessidade do incentivo à prática orientada de atividade física entre essa população, buscando-se, assim, evitar o sedentarismo.

Corroborando o que foi obtido no presente trabalho, o estudo de Monteiro et al. (2003), que avaliou a frequência da prática de atividades físicas na população adulta, encontrou uma baixa prevalência de atividade física no lazer (13,0%), sendo que somente 3,3% da população estudada acumulavam 30 minutos diários de atividades físicas em 5 ou mais dias da semana.

Grande parte dos voluntários (80%) apresentou história familiar de HAS; assim, segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, a predisposição genética, associada a outros fatores ambientais, pode contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Além disso, 55% dos pacientes relataram problemas cardiovasculares, uma vez que, em nossa sociedade, o consumo de sal é elevado: mais de 6g sal/dia. O restante não soube informar a quantidade ingerida (SBC, 2006).

O alto consumo de sal, atualmente, é utilizado como preditor de doenças na preparação e na conservação de alimentos, estando presente em grande quantidade em produtos industrializados, e isso coincide com o aparecimento de altos percentuais de hipertensão, se comparados às populações primitivas ou rurais, que o utilizavam pouco ou nada (Molina et al., 2003).

As dificuldades são grandes para se estimar as quantidades de sal acrescentadas ao preparo dos alimentos, e o gasto diário de sal pode ser um indicativo desse consumo. No presente estudo, foram observadas diferenças no consumo diário de sal, e alguns voluntários não sabiam estimar a quantidade exata, principalmente homens que têm sua alimentação preparada pelo cônjuge.

Segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, a redução no consumo diário de sal deve ser observada por toda a população, especialmente pelos portadores de HAS. Dentre os benefícios trazidos, o estudo demonstra que a diminuição no consumo

contribui significativamente para a redução da PA, para a menor prevalência de complicações cardiovasculares e para a prevenção do aumento da HAS (SBC, 2006).

Outro fator de risco verificado no atual estudo é o fato de grande parte dos entrevistados, cerca de 50%, possuir, além da há, outras doenças associadas. As mais comuns foram o diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares, o que indica a necessidade de um melhor padrão alimentar e maior prática de atividades físicas, não só para o controle da hipertensão, mas também para prevenir o agravamento das demais.

Outro aspecto encontrado foi que 65% dos entrevistados informaram que monitoram com certa frequência a pressão, numa média semanal de 3 a 5 aferições. Verificou-se, assim, que parcela importante dos pacientes (35%) não se preocupava com tal hábito, o que é um dado preocupante, pois o monitoramento da pressão se constitui em um cuidado básico e essencial para o controle da HA.

Um ponto positivo encontrado foi que apenas 10% (1) dos entrevistados consumiam bebidas alcoólicas e eram adeptos do tabagismo.

Em que pese a falta de consciência para pontos importantes como o consumo elevado de sal e o sedentarismo, verificou-se grande preocupação dos entrevistados com os males causados pelo consumo de álcool e tabaco, tendo sido relatada por alguns dos participantes a decisão por abandonar o consumo de tais drogas.

Nesse sentido, a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2006) alerta que o tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado, e para isso hipertensos podem usar com segurança terapias reposicionais com nicotina. Eventual descontrole de peso observado com a abolição do tabaco, embora transitório e de pequeno impacto no risco cardiovascular, não deve ser negligenciado.

Vale reforçar que o consumo de álcool, quando verificado, deve se limitar a, no máximo, 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso. Aos pacientes que não se enquadram nesses limites de consumo, sugere-se o abandono (SBC, 2006).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam a influência do excesso de peso como fator de risco para a hipertensão, conforme constataram outros autores, pois mais de 80% da amostra foi classificada dessa forma. Quanto aos fatores dietéticos, destaca-se o elevado consumo de sódio, o qual, juntamente com o excesso de peso, “pode” e “deve” ser trabalhado em campanhas preventivas visando o controle desse mal.

Por outro lado, o consumo energético na amostragem não se mostrou elevado, sugerindo que a falta de atividade física pode estar contribuindo para o excesso de peso e, consequentemente para a hipertensão.

Durante a pesquisa, os voluntários relataram uma grande preocupação com a saúde, principalmente com a alimentação – um dos fatores determinantes de um estilo de vida saudável. Os resultados apontam para um provável desequilíbrio da dieta, considerando-se a não existência de uma ingestão adequada dos alimentos dos vários grupos. Os erros alimentares, o estilo de vida adotado, principalmente após a constatação da hipertensão, e a história de doenças familiares contribuem como fatores de risco à saúde desse grupo.

Por fim, diante da pesquisa realizada e dos resultados obtidos, algumas medidas podem ser implementadas no sentido de se incrementar a qualidade de vida dos entrevistados, bem como da comunidade na qual eles estão inseridos, dentre as quais, a conscientização sobre a importância da alimentação e da prática de atividade física, focando na prevenção da doença e na promoção da saúde. Além disso, é importante incentivar o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, estimulando o processo de educação em saúde.

Ressalta-se, por fim, que a adoção de um estilo de vida mais saudável, com mudança de alguns hábitos alimentares e combate ao sedentarismo, não é algo inatingível e deve, portanto, ser estimulada por todos os profissionais de saúde envolvidos com estratégias de prevenção primária da hipertensão arterial.

Nesse aspecto, vale ressaltar que apenas o Nutricionista pode intervir diretamente na melhora dos hábitos alimentares desta população, seja com o tratamento dietoterápico ou com a educação nutricional nesses grupos; portanto, esse profissional deve ser inserido nas UBS.

REFERÊNCIAS

- Afonso FM, Sichieri R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/ quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; 5 (2).
- Bray GA, Gray DS. Obesity I: Pathogenesis. *Western Journal of Medicine* 1988; 149 (4): 429-41.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Hipertensão segundo Município: Cataguases, no período de 2002-2011 [acesso em 05 out 2016].
- Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Óbitos por residência segundo a região: Mortalidade por doenças hipertensivas no período de 2002-2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Óbitos por residência segundo a região: Mortalidade por doenças isquêmicas do coração no período de 2002-2011 [acesso em 05 out 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
- Cooper RS, Kaufman JS. Race and hypertension: science and nescience. *Hypertension* 1998; 32:813-16.
- Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML et al. Prevalência de hipertensão arterial em um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, 2007; 88(32) [acesso em 15 mar. 2010]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br>.
- Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, 2007; 20:2.
- Feijão AM, Gadelha FV; Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Fortaleza CE, 2005; 84(1).
- Institute of Medicine. Food and Nutrition Board, National Academies, 2002.
- Garcia R, Diez W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição, Campinas*, 2003; 16(4).
- Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações teóricas versus contrastes sociais. *Revista de Nutrição, Campinas*; 2007; 20(6).
- Jardim PC, Gondim MR, Monego ET et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, Goiânia, 2007; 88(4).
- Jelliffe DB. Evolución del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1968.
- Leão LS, Gomes MC. Manual de nutrição clínica: para atendimento ambulatório do adulto. 8a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
- Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Medicine Journal*, São Paulo; 2005; 123:3-4.
- Mano GM, Pierin AM. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enfermagem*, São Paulo, 2005; 18(3).
- Martins IS, Coelho LT, Mazzilli RN et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 1993; 27(4).
- Molina MCB, Cunha RS, Herkenhoff F, José Geraldo MI. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 2003; 37(6).
- Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti, C; Santana, P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes da área urbana. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, abr. 2004; 38(2).
- Oliveira CL; Fisberg M. Obesidade na infância e na adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, abr. 2003; 47(2).
- Péres DS, Magna, JM, Vianab, LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, Ribeirão Preto, 2003; 37(5).
- Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, maio-jun. 2002; 10(3).
- Soares TS, Carvalho CM, Vieira BA, Pauli S, Piovesan CH,

Macagnan FE, Feoli AMP. Avaliação da adequação do consumo de macronutrientes antes e após um programa de modificação do estilo de vida em indivíduos com Síndrome Metabólica. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 09-12 ago. 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006 [acessado em 15 mar. 2010]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br>. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 95, n.1, 2010, 51p.

Tirapegui J. Nutrição, metabolismo e suplementação na atividade física. São Paulo, SP: Atheneu; 2005.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contribuições para o estudo do comportamento alimentar. Análise Psicológica, 2002; 4:611-624.

World Health Organization. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a Who Consultation. Geneva; 2000. p. 241-243.