

# Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados - MS

Alyne Lôdo Coca\*, Daniela Bittencourt Gripp\*, Ellen Cristina Verão Schinestzki\*, Kátia Gianlupi\*,  
Rafaela Liberali\*\*, Vanessa Fernandes Coutinho\*\*\*

## Resumo

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva. Seu objetivo foi traçar o perfil social, fatores de risco, hábitos alimentares e frequência alimentar dos pacientes hipertensos, bem como sua relação com a hipertensão arterial. Foram entrevistados 41 hipertensos de uma ESF em Dourados - MS, onde foi aplicado um questionário. Obteve-se um número maior de mulheres do que homens, cuja média de idade ficou entre 60 e 65 anos, e a maioria é analfabeta. Ambos os sexos relataram que a adição de sal na comida interfere de forma negativa na sua saúde. O consumo de caféina foi relatado por quase todos os homens e mulheres, ao passo que o álcool foi relatado por apenas 12,9% das mulheres e 30% dos homens; o tabaco apresentou diferenças consideráveis: 60% dos homens contra 25,8% das mulheres. Os participantes relataram, em sua maioria, não ter recebido informação

sobre alimentação. Em relação ao consumo de gordura saturada, apenas 10% dos homens e 12,9% das mulheres relataram consumi-la. Os participantes relataram que realizam de três a cinco refeições dia e que comem diariamente todos os grupos alimentares, exceto os homens, que quase não consomem vegetais. Apresentaram-se diferenças estatísticas apenas na quantidade de água ingerida pelos mesmos, pois homens ingerem de três a cinco copos/dia, e as mulheres, de seis a oito copos/dia. Em relação a fatores de risco, hábitos alimentares e frequência alimentar, não houve, segundo a análise, diferenças consideráveis. Conclui-se que é necessária a inclusão do nutricionista em saúde pública para informação sobre nutrição e prevenção das comorbidades nos hipertensos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Hipertensão. Fatores de risco. Consumo de alimentos.

\* Nutricionistas graduadas pela Centro Universitário da Grande Dourados. Especialistas em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho.

\*\* Graduada em Educação Física pela Universidade do Estado de Santa Catarina e Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do curso de Especialização em Nutrição Clínica da Universidade Gama Filho. Endereço para correspondência: Rua Raimundo Carlos Lopes, 153, bairro Campeche, CEP: 88063-088, Florianópolis - SC. E-mail: rafascampeche@ig.com.br

\*\*\* Nutricionista graduada pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura. Doutora em Ciências dos Alimentos pela Universidade de São Paulo, USP. Coordenadora do curso de Especialização em Nutrição Clínica: Fundamentos e Metabólitos, da Universidade Gama Filho.

↳ Recebido em abril de 2010 – Avaliado em abril de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2010.023

## Introdução

Estima-se que no Brasil, dos adultos acima de quarenta anos, 35% já estão com hipertensão, o que representa cerca de 17 milhões de hipertensos, dos quais 75% dependem do tratamento do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002). Atualmente, a ocorrência de hipertensão arterial em idosos brasileiros alcança o percentual de 65%, com a maioria apresentando elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. (BRITO et al., 2008).

Entre as patologias crônicas, as cardiovasculares (DCVs) representam a principal causa de óbito entre os idosos, de alto custo econômico e social, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente e aumenta progressivamente com a idade. (AMADO; ARRUDA, 2004). A hipertensão pode ser definida como a pressão sistólica igual ou superior a 140 mm/Hg ou a pressão diastólica igual ou superior a 90 mm/Hg ou ambas (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2003), apresentando diversos fatores de risco, como sexo, idade, sobrepeso, fumo, álcool e alimentação. (ORGANIZAÇÃO..., 2003). Também podem fazer parte de fatores de risco da hipertensão as questões socioculturais, ambientais, baixo nível de escolaridade e renda familiar, além de ingestão de sódio, por influência no aumento dos valores pressóricos. (JARDIM et al., 2005; SOCIEDADE..., 2005).

Existem três causas de efeitos letais na hipertensão: a primeira é quando o coração trabalha em excesso e, assim, desenvolve a doença cardíaca congestiva,

doença coronária, podendo resultar em ataque cardíaco ou ambos; a segunda é quando a pressão sobe frequentemente e se rompem vasos sanguíneos no cérebro, havendo infarto cerebral; a terceira é quando a pressão muito alta pode causar várias hemorragias renais, destruindo várias áreas dos rins e causando insuficiência renal, uremia e morte. (GUYTON, 1998).

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil varia de 10% a 44% dependendo da região. Portanto, estudos na área são importantes, pois avaliam o nível de conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial. (PEREIRA et al., 2007). Os objetivos da investigação clínica no tratamento da hipertensão são: identificar a etiologia da HAS; verificar o grau de comprometimento dos órgãos-alvo envolvidos e identificar outros fatores associados que possam interferir no diagnóstico e na orientação terapêutica. (CUPARRI, 1999).

Antes de iniciar o exame físico é importante ouvir a história do paciente e observar sua aparência física. Os exames bioquímicos são orientados para as causas primárias de HAS, encaminhando para a terapêutica adequada. (AUGUSTO et al., 1999). Como a maioria dos pacientes não apresenta sintomas significativos para o diagnóstico, a anamnese deve ser direcionada para o tempo da doença, os níveis pressóricos, tratamentos prévios e possíveis efeitos colaterais, uso de medicação que possa intervir no tratamento, sintomas indicativos de comprometimento de órgãos alvo e os antecedentes familiares. (CUPPARI, 2006).

A dietoterapia para hipertensos tem como objetivo oferecer uma dieta que reduza os níveis pressóricos, que elimine ou minimize a quantidade de medicamentos, que possa controlar o peso do paciente, evitando a obesidade ajudando a melhorar suas condições de vida. (AUGUSTO, 1999). Como coadjuvantes do tratamento dietético são necessárias medidas fundamentais, como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo, redução do peso corpóreo e prática de atividade física. (CUPPARI, 2006).

O objetivo do presente estudo é traçar o perfil social, fatores de risco, hábitos alimentares e frequência alimentar, bem como sua relação no controle da hipertensão arterial, de pacientes adultos e idosos hipertensos de ambos os sexos, na faixa etária entre 40 a 73 anos ou mais, que participam do programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde em Dourados - MS.

## Materiais e Métodos

### População e amostra

A população do estudo corresponde a quatrocentos pacientes hipertensos que participam do Programa de Atenção Básica. Deste selecionou-se uma amostra de  $n = 41$  pacientes, escolhidos segundo alguns critérios: ser hipertenso, participar regularmente do programa e todos terem assinado o formulário de consentimento livre esclarecido, conforme preconiza a resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

### Local da pesquisa e cuidados éticos

A instituição pesquisada foi uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atende os usuários do Sistema Único de Saúde no município de Dourados - MS. O trabalho foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município, por meio da Superintendência de Atenção à Saúde, em 12 de novembro de 2008. Após a autorização o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética Médica do Hospital Universitário de Dourados - MS, em 22 de dezembro de 2008.

### Instrumentos e procedimentos

O questionário utilizado para a pesquisa foi composto de perguntas abertas e fechadas versando sobre: perfil social (sexo, idade, renda familiar, escolaridade), fatores de risco para hipertensão arterial (consumo de sal, cafeína, bebida alcoólica, tabaco, informação sobre alimentação e consumo de gordura saturada), hábitos alimentares e estilo de vida (ingestão de água, número de refeições realizadas ao dia) e frequência alimentar (frequência de consumo dos grupos alimentares). Foi realizado um pré-teste para validação do questionário com dez nutricionistas e dez pacientes hipertensos que não participaram da pesquisa. O índice de validade foi 0,92 e o de clareza, 0,91.

Os amostrados responderam ao questionário ao chegar ao ESF, no período matutino, sem a interferência das pesquisadoras e sem tempo estimado para as respostas.

## Análise estatística

A análise descritiva dos dados serviu para caracterizar a amostra, com a distribuição de frequência, cálculo de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Após ter sido verificada a normalidade dos dados pelo teste Kolmogorov-Smirnov, foram utilizados o teste t de Student para amostras independentes; o teste de Correlação Coeficiente de contingência C, para verificar a associação entre as variáveis; para análise das variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado de independência ( $\chi^2$ ), com nível de significância  $p < 0,05$ . Para a análise de dados foram utilizados os *softwares* Bioestat versão 5,0, Statistic e SPSS versão 15.0.

## Resultados

Participaram do estudo 41 pacientes hipertensos, sendo 24,3% (n = 10) do sexo masculino e 75,6% (n = 31) do sexo

feminino. A faixa etária correspondeu a entre 40 e 73 anos de idade, com média de idade para o sexo masculino de  $63,7 \pm 11,6$  e, para o feminino,  $61,9 \pm 9,7$ . O teste t de Student para amostras independentes não mostrou diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias ( $t = 0,48$  e  $p = 0,63$ ). A maioria do sexo masculino (60%) possui idade de mais de 62 anos, vive com renda de um a três salários mínimos (90%) e é analfabeta (70%). No sexo feminino, a maioria se encontra na faixa etária entre 51 a 61 anos (41,9%), possui renda de quatro a sete salários mínimos (70,9%) e é analfabeta (80,6%). O teste de qui-quadrado de independência partição l x c demonstrou que os sexos masculino e feminino apresentam diferenças estatisticamente apenas na variável renda familiar ( $\chi^2 = 14,46$  e  $p = 0,000$ ), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil social dos pacientes hipertensos.

| Variáveis      | Categorias        | Masculino | Feminino   |
|----------------|-------------------|-----------|------------|
| Idade          | 40 a 50 anos      | 2 (20,0%) | 3 (9,7%)   |
|                | 51 a 61 anos*     | 2 (20,0%) | 13 (41,9%) |
|                | 62 a 72 anos*     | 3 (30,0%) | 12 (38,7%) |
|                | Mais de 72 anos   | 3 (30,0%) | 3 (9,7%)   |
| Renda familiar | 1 a 3 SM*         | 9 (90,0%) | 7 (22,6%)  |
|                | 4 a 7 SM*         | 1 (10,0%) | 22 (71,0%) |
|                | Mais de 8 SM      | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)   |
|                | Não informaram    | 0 (0,0%)  | 2 (6,4%)   |
| Escolaridade   | Analfabeto        | 7 (70,0%) | 25 (80,6%) |
|                | 1º grau completo  | 2 (20,0%) | 1 (3,3%)   |
|                | 2º grau completo  | 0 (0,0%)  | 2 (6,4%)   |
|                | Superior completo | 1 (10,0%) | 1 (3,3%)   |
|                | Não informaram    | 0 (0,0%)  | 2 (6,4%)   |

SM: salário mínimo; \* resultados estatisticamente significativos.

A Tabela 2 mostra que ambos os sexos – masculino (60,0%) e feminino (66,7%) – afirmam que adicionar sal à comida pronta altera sua pressão arterial. Quanto ao consumo de café, tererê ou chimarrão, 100% dos homens e 93,5% das mulheres afirmam que ingerem esse tipo de bebida. Quanto à ingestão de bebida alcoólica, os homens (70,0%) e as mulheres (83,8%) não costumam ingerir. O teste do qui-quadrado não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino nos fatores de risco para hipertensão arterial nas variáveis: sal na comida altera a pressão ( $\chi^2 = 1,89$  e  $p = 0,38$ ); toma café, chá, chimarrão e tererê ( $\chi^2 = 0,63$  e  $p = 0,41$ ); consumo de bebida alcoólica

( $\chi^2 = 1,79$  e  $p = 0,40$ ); informações sobre alimentos ( $\chi^2 = 1,47$  e  $p = 0,22$ ); quem informou ( $\chi^2 = 4,26$  e  $p = 0,23$ ) e uso de banha de porco ( $\chi^2 = 0,06$  e  $p = 0,80$ ). De acordo com a informação sobre alimentação para hipertensão, a tabela mostra uma proporção em relação aos homens que receberam informação (50,0%) e os que não receberam (50,0%). Nas mulheres houve uma diferença significativa, pois 70,9% relatam ter recebido algum tipo de informação, contra 29,0% que não receberam. A maioria dos entrevistados de ambos os sexos afirma que não utilizam banha de porco na preparação das refeições, 90,0% para o sexo masculino e 87,1% para o sexo feminino.

Tabela 2 - Fatores de risco para hipertensão arterial.

| Variáveis                                                    | Categorias      | Masculino | Feminino   |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|------------|
| Colocar sal na comida pronta pode alterar a pressão arterial | Sim             | 6 (60,0%) | 21 (67,7%) |
|                                                              | Não             | 4 (40,0%) | 7 (22,5%)  |
|                                                              | Não informaram  | 0 (0,0%)  | 3 (9,6%)   |
| Toma café, tererê ou Chimarrão                               | Sim             | 10 (100%) | 29 (93,5%) |
|                                                              | Não             | 0 (0,0%)  | 2 (6,4%)   |
| Costuma ingerir bebida alcoólica                             | Sim             | 3 (30,0%) | 4 (13,0%)  |
|                                                              | Não             | 7 (70,0%) | 26 (83,8%) |
|                                                              | Não informaram  | 0 (0,0%)  | 1 (3,2%)   |
| Já recebeu informação sobre alimentação para hipertensão     | Sim             | 5 (50,0%) | 22 (70,9%) |
|                                                              | Não             | 5 (50,0%) | 9 (29,1%)  |
| Caso afirmativo, quem informou                               | Nutricionista   | 3 (60,0%) | 5 (22,7%)  |
|                                                              | Médico          | 1 (20,0%) | 8 (36,4%)  |
|                                                              | Agente de saúde | 0 (0,0%)  | 7 (31,8%)  |
|                                                              | Outros          | 1 (20,0%) | 2 (9,1%)   |
| Você usa banha de porco na preparação da refeição?           | Sim             | 1 (10,0%) | 4 (12,9%)  |
|                                                              | Não             | 9 (90,0%) | 27 (87,1%) |

Em relação à variável sobre o risco de hipertensão arterial, “se fuma ou já fumou”, o teste do qui-quadrado de independência partição 1 x c demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino

( $\chi^2 = 3,93$  e  $p = 0,000$ ), visto que a maioria do sexo masculino fuma ou já fumou (60,0%), ao passo que o sexo feminino relata nunca ter fumado (74,1%), conforme demonstrado na Figura 1.

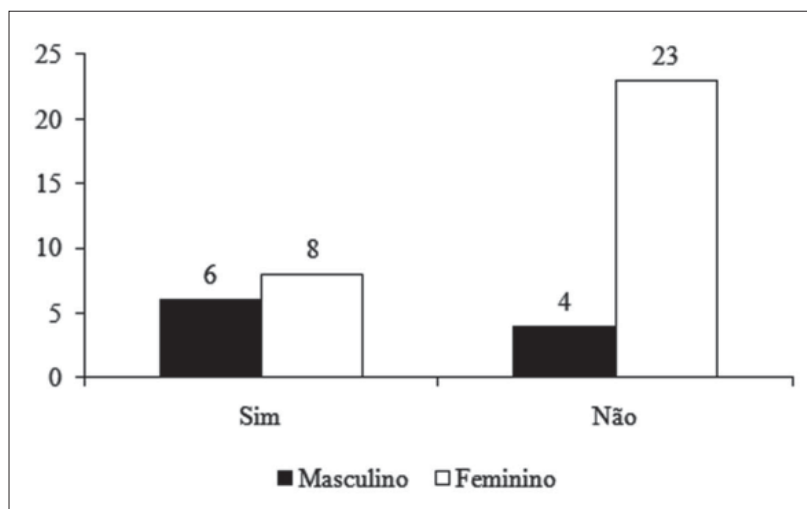


Figura 1 - Valores da variável “se fuma ou fumou”.

Em relação aos hábitos alimentares e estilo de vida, o teste do qui-quadrado mostra diferença estatisticamente significativa no consumo de água ( $\chi^2 = 9,72$  e  $p = 0,02$ ), pois a maioria do sexo masculino (70,0%) ingere de três a cinco copos de água por dia e a maioria do sexo feminino (45,1%), de seis a oito copos por

dia. Em relação a quantas refeições o paciente realiza, não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos, pois ambos (sexo masculino = 70,0%) e (sexo feminino = 80,6%) realizam de três a cinco refeições ao dia, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Hábitos alimentares e estilo de vida.

| Variáveis                       | Categorias          | Masculino | Feminino   |
|---------------------------------|---------------------|-----------|------------|
| Ingerir água                    | 1 a 2 copos/dia     | 1 (10,0%) | 2 (6,5%)   |
|                                 | 3 a 5 copos/dia*    | 7 (70,0%) | 7 (22,6%)  |
|                                 | 6 a 8 copos/dia*    | 0 (0,0%)  | 14 (45,1%) |
|                                 | Mais de 8 copos/dia | 2 (20,0%) | 8 (25,8%)  |
| Quantidade de refeições diárias | 3 a 5 refeições     | 3 (30,0%) | 5 (16,1%)  |
|                                 | 1 a 2 refeições     | 7 (70,0%) | 25 (80,6%) |
|                                 | 6 ou mais refeições | 0 (0,0%)  | 1 (3,2%)   |

\* resultados estatisticamente significativos.

Em relação aos grupos alimentares, a Tabela 4 mostra não existe diferença estatisticamente significativa entre os sexos, pois o sexo masculino consome diariamente os grupos carboidratos, proteínas e lipídios (80,0%) e, semanal-

mente, o grupo das vitaminas e minerais (60,0%). O sexo feminino consome diariamente todos os grupos: 90,3% para carboidratos, 93,5% para proteínas, 87,0% para lipídios e 67,7% para vitaminas e minerais.

Tabela 4 - Tabela de frequência alimentar “como estes alimentos são consumidos”.

| Variáveis                  | Categorias   | Masculino | Feminino   |
|----------------------------|--------------|-----------|------------|
| Arroz, macarrão e pão      | Diariamente  | 8 (80,0%) | 28 (90,3%) |
|                            | Semanalmente | 2 (20,0%) | 3 (9,7%)   |
|                            | Mensalmente  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)   |
|                            | Raramente    | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)   |
| Carne, leite e ovos        | Diariamente  | 8 (80,0%) | 29 (93,5%) |
|                            | Semanalmente | 1 (10,0%) | 2 (6,5%)   |
|                            | Mensalmente  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)   |
|                            | Raramente    | 1 (1,0%)  | 0 (0,0%)   |
| Óleo, margarina e azeite   | Diariamente  | 8 (80,0%) | 27 (87,1%) |
|                            | Semanalmente | 1 (10,0%) | 1 (3,2%)   |
|                            | Mensalmente  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)   |
|                            | Raramente    | 0 (0,0%)  | 1 (3,2%)   |
|                            | Não informou | 1 (1,0%)  | 2 (6,5%)   |
| Frutas, verduras e legumes | Diariamente  | 4 (40,0%) | 21 (67,8%) |
|                            | Semanalmente | 6 (60,0%) | 8 (25,8%)  |
|                            | Mensalmente  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)   |
|                            | Raramente    | 0 (0,0%)  | 1 (3,2%)   |
|                            | Não informou | 0 (0,0%)  | 1 (3,2%)   |

O teste de correlação de coeficiente de contingência C analisa o grau de associação de variáveis. A Tabela 5 apresenta o teste de correlação de contingência C, que avaliou se existe associação entre homens e mulheres com relação ao consumo de café, chá e chimarrão, consumo de álcool, fumo, refeições diárias, arroz,

macarrão e pão, carne, leite e ovos, óleo, margarina e azeite, frutas, verduras, legumes. Os resultados não demonstraram associação estatisticamente significativa, com exceção do consumo de água, que foi a única variável que apresentou a associação entre os sexos, ou seja, o sexo influencia no consumo de água.

Tabela 5 - Resultado do teste de correlação coeficiente de contingência C.

| Variáveis                        | Coeficiente C | p      |
|----------------------------------|---------------|--------|
| Consumo de água                  | 0,43          | 0,02** |
| Consumo de café, chá e chimarrão | 0,12          | 0,98   |
| Consumo de álcool                | 0,20          | 0,40   |
| Fumo                             | 0,30          | 0,11   |
| Refeições diárias                | 0,16          | 0,55   |
| Arroz, macarrão e pão            | 0,13          | 0,75   |
| Carne, leite e ovos              | 0,27          | 0,18   |
| Óleo, margarina e azeite         | 0,22          | 0,55   |
| Frutas, verduras e legumes       | 0,20          | 0,90   |

## Discussão

Neste estudo a maior prevalência de hipertensos é do sexo feminino, similar ao estudo de Celestini (2007), que comparou o perfil de hipertensos em diversas cidades de norte a sul do Brasil e também relatou maior número de mulheres. Contudo, difere do estudo de Simonetti e Batista (2002), que encontraram 50% dos pacientes hipertensos do sexo feminino e 50% do sexo masculino. O estudo de Pessuto e Carvalho (1998) mostra que os homens são os mais atingidos, mas há um crescente aumento de mulheres com hipertensão acima dos trinta anos, em virtude das mudanças nos hábitos de vida, do uso de anticoncepcional e fumo.

A média de idade dos amostrados gira em torno dos 60 a 65 anos, assemelhando-se aos estudos com hipertensos. Simonetti e Batista (2002) mostram em seu estudo que ambos os sexos se apresentam, na sua maioria, na faixa de 61 a 70 anos. Já Celestini (2007), em estudos de base populacionais nacionais e internacionais, revela que a maioria dos hipertensos encontra-se com mais de sessenta anos. Em relação à renda

familiar dos atendidos, a maioria dos homens vive, em média, com salário mínimo de um a três por mês, ao passo que a maioria das mulheres está na faixa de quatro a sete salários mínimos/mês. Pessuto e Carvalho (1998) observaram em seu estudo que os níveis mais baixos de hipertensão ocorrem nos grupos sociais mais privilegiados, enquanto os que nunca trabalham encontram-se na posição intermediária em relação à prevalência da hipertensão.

No quesito escolaridade, a maioria dos homens e das mulheres entrevistados é analfabeta. O mesmo acontece nas cidades de Salvador - BA, Pelotas e Porto Alegre - RS e Fortaleza - CE, conforme o estudo de Celestini (2007). Já Simonetti e Batista (2002) relatam que a maioria cursou o ensino fundamental (62,5%); os analfabetos equivalem a apenas a 28,2%; os demais (6,2%) cursam o ensino médio e 3,1%, o ensino superior. Pessuto e Carvalho (1998) revelam que há uma menor prevalência da patologia de acordo com o nível de escolaridade, dado que é importante para se obter melhor assimilação das orientações necessárias ao tratamento.

No estudo de Amodeo e Lima (1996) cita-se um dado epidemiológico internacional denominado INTERSALT, pelo qual se concluiu que há uma relação direta entre a quantidade de sal ingerida e a elevação nos níveis pressóricos, o que não foi relatado em populações nas quais a ingestão de sal é reduzida. No presente estudo analisou-se o uso do sal, pois, quando usado em grande quantidade, pode interferir negativamente na saúde, no aumento da pressão. Os valores do presente estudo mostram-se semelhantes aos do estudo de Celestini (2007), no qual 24,9% dos pacientes de Pelotas - RS revelaram não adicionar sal à comida.

A ingestão de cafeína presente no café, chimarrão e tererê foi relatada por 100% dos homens e 93,5% das mulheres. Sabe-se que o excesso do consumo traz malefícios à saúde de um modo geral, no entanto Dusseldorp et al. (1991) observaram que o efeito maléfico do café sobre a pressão está relacionado à sua forma de preparo. Seis copos de café ao dia, preparados com filtro, não modificavam a pressão, ao passo que seis copos preparados “fervidos” aumentaram a pressão em 64 homens e mulheres, acompanhados por 79 dias. No entanto, não há recomendações seguras de consumo dessas bebidas.

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 30% dos homens e 12,9% das mulheres. Celestini (2007) mostra em seu estudo com pacientes de ambos os sexos que o consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 40% dos entrevistados na cidade de Salvador - BA, 47,5% em Pelotas - RS e 37,4% em Porto Alegre - RS, o que mostra um consumo

acima do encontrado. Pessuto e Carvalho (1998) obtiveram resultados similares, pois 17% dos entrevistados relataram consumir algum tipo de bebida alcoólica, diferentemente do estudo de Simonetti e Batista (2002), que encontraram valores de apenas 9,4% de consumo em relação à população estudada. De acordo com as Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, o consumo de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial e a diminuição no consumo do álcool reduz, em média, 3,3 mmHg na pressão sistólica e 2,0 mmHg na pressão diastólica, mostrando, dessa forma, a importância do incentivo ao abandono do álcool pelo paciente hipertenso.

O uso de tabaco mostrou diferença estatisticamente significativa entre homens (60%) e mulheres (25,8%) no presente estudo, totalizando 34,1% dos entrevistados. Pessuto e Carvalho (1998) encontraram 25,8% da população que fumam até dez cigarros por dia e Simonetti e Batista (2002) obtiveram 15,6%. Esses dados mostram que, independentemente da população estudada, com resultados maiores ou menores, a utilização da nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, cabe ao profissional nutricionista a prescrição e orientação específica da dieta, considerando aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais, com ensinamentos que possibilitem preparações alimentares saborosas, práticas e saudáveis; iden-

tificação dos alimentos *diet* e/ou *light* e do teor de sódio existente nos alimentos processados. Isso ressalta a importância do nutricionista nos postos de saúde, de programas de assistência social, como o “Hiperdia”, orientando e acompanhando esses pacientes para a diminuição dos fatores de risco associados à HAS. No presente estudo, quando questionados sobre o recebimento de algum tipo de informação sobre alimentação específica para hipertensão, homens e mulheres responderam negativamente. Em relação a quem lhes informou, houve resultado idêntico quanto aos profissionais médico e nutricionista (32,1%).

A ingestão de gordura saturada por indivíduos portadores de hipertensão arterial deve ser reduzida, pois poderá haver aumento das complicações, como doenças coronárias e também obesidade, que, por si só, elevam os valores pressóricos. No presente estudo a banha de porco foi consumida por apenas 10% dos homens e por 12,9% das mulheres. No estudo de Pessuto e Carvalho (1998), 45,8% dos pacientes relataram o consumo de gordura saturada, sendo 4,3% na forma de banha de porco. Simonetti e Batista (2002) observaram em sua pesquisa que os fatores de risco não controlados pela maioria dos indivíduos com hipertensão são a alimentação gordurosa (75,0%) e vida sedentária (81,2%).

A maioria dos amostrados de ambos os sexos realiza de três a cinco refeições, semelhante ao estudo de Mano (2005), que comparou dois grupos de hipertensos, os que eram atendidos no programa tradicional e no Programa Saúde da Família (PSF), no município

de São Paulo - SP, constatando que mais da metade da população em estudo realizava três refeições ao dia. Amado, Arruda e Ferreira (2007), por meio de um estudo transversal realizado com idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal do Recife, identificaram que 87,7% e 43,4% realizavam três refeições diárias e dois lanches, respectivamente.

Outra pesquisa similar ao presente estudo, realizada por Martino et al. (2004), avaliou idosos cadastrados no Programa da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas Aberta à Terceira Idade de Alfenas - MG, tendo constatado que 45% dos idosos faziam quatro refeições diárias e 13%, seis refeições diárias. Bellio e Cezar (2006) observaram que a maioria dos indivíduos estudados (65,2%), compreendendo 23 pacientes hipertensos frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Cascavel - PR, também realizavam apenas três refeições ao dia. De acordo com Martino et al. (2004), a menor frequência de refeições leva a uma maior concentração de calorias em uma mesma refeição, e Bellio e Cezar (2006) afirmam que também interfere na digestão e absorção dos alimentos, não sendo adequado dentro dos planejamentos alimentares.

No quesito ingestão de água, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o consumo entre os sexos, diferentemente da pesquisa de Amado, Arruda e Ferreira (2007), os quais constataram que 62% das idosas avaliadas consumiam de um a quatro copos de água/dia e somente 34%, oito ou mais copos diariamente. Já Bellio e

Cezar (2006) averiguaram que 65,6% da população estudada referiram: “Bebo água só na hora que tomo remédio e quando sinto sede” e 30,4% ingerem mais de 2 L de água por dia.

A maioria das mulheres consome diariamente frutas e vegetais, situação semelhante ao estudo de Firmo e Uchoa (2004), que pesquisaram hipertensos idosos no Rio Janeiro - RJ e constataram que a maioria deles que tinha conhecimento de sua situação patológica consumia frutas e vegetais frescos. De acordo com Celestini (2007), o consumo de uma dieta rica em frutas, vegetais e laticínios *light* (dieta tipo DASH) reduz as pressões sistólica e diastólica em 5,5 mm/Hg e 3,0 mm/Hg, respectivamente. Por sua vez, Amado, Arruda e Ferreira (2007) mostraram não haver correlação entre o consumo de frutas, verduras, pães e cereais com os níveis de pressão arterial da população estudada.

Sobre o consumo de gorduras, a pesquisa mostrou que a maioria da amostra consome diariamente alimentos ricos em gorduras, similarmente a um estudo que pesquisou os hábitos de saúde de hipertensos internados em uma unidade clínica em Ribeirão Preto - SP, no qual 75,0% responderam que fazem ingestão de comida gordurosa e 25,0% que não o fazem. (SIMONETTI; BATISTA, 2002).

A maioria de ambos os sexos consome diariamente todos os grupos alimentares, com exceção do sexo masculino para o grupo das frutas, verduras e legumes, semelhante ao estudo de Martino et al. (2004), no qual se constatou que 65% dos idosos consumiam cereais; 78,7%, frutas; 72,3%, vegetais; 63,8%, leguminosas;

59,6%, leite e derivados; 74,5%, gorduras e 76,3%, açúcares uma vez ao dia. Este estudo ainda apresentou, em relação ao consumo de frequência semanal, uma diferença nos valores para o presente estudo quanto a carnes (44,6%), vegetais (100%) e ovos (21,3%).

Resultados diferentes foram observados no estudo de Amado, Arruda e Ferreira (2007) sobre aspectos alimentares com idosos de Recife - PE, das quais 69% eram hipertensas. Foi avaliada a frequência diária de consumo de todos os grupos alimentares, encontrando-se um maior consumo para o grupo dos carboidratos e menor ingestão para os grupos das leguminosas, frutas e legumes. É importante um maior consumo de frutas e verduras, uma vez que evidências indicam que dietas ricas em leguminosas, verduras e frutas estão associadas à proteção contra doenças cardiovasculares, mesmo que os mecanismos para essa associação ainda não estejam totalmente esclarecidos.

Em estudo de Cesarino et al. (2004), realizado no Ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, foram incluídos 204 clientes hipertensos cadastrados no Programa de Grupo de Hipertensão Arterial. Constatou-se que 82% dos clientes consomem um ou mais alimentos construtores diariamente e 44,3%, alimentos energéticos raramente, o que se diferencia do presente estudo, em que a proporção de consumo com frequência diária para os dois grupos de alimentos é a mesma, representando a maioria da amostra.

No que se refere ao consumo de vegetais, 67,7% das mulheres comem

diariamente e 25,8% os comem semanalmente; no grupo masculino, 40% ingerem vegetais diariamente e 60%, semanalmente. Num estudo de Casanova et al. (2008), com 94 indivíduos, também de ambos os sexos, o consumo de vegetais e frutas mostrou-se reduzido, com uma frequência baixa menor que três vezes na semana, e, diferentemente deste estudo, as mulheres é que tinham um baixo consumo de vegetais.

Pesquisa de Cabral et al. (2009), realizada em Pernambuco, os homens tiveram um consumo de 21 g de fibras diariamente e as mulheres, 19 g, não atingindo a RDA, que recomenda de 20 a 30 g de fibras. As fibras têm um papel de alteração no conteúdo de lipídios. Em comparação com o estudo presente, os homens apresentaram um consumo de fibras menor que os homens pernambucanos. Essa pesquisa mostrou também que os homens tinham uma ingestão de proteínas dentro da normalidade, consumindo 11% do VCT, ao passo que as mulheres consumiam 13,7%. No presente estudo, também se mostra um alto consumo de proteínas na dieta das mulheres (93,5% diariamente).

## Conclusão

Os resultados demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os sexos masculino e feminino na renda familiar, no aspecto do risco de hipertensão no uso de cigarros, não demonstrando diferenças nas variáveis idade e escolaridade. O teste de correlação de coeficiente de contingência C mostrou que não existe associação estatisticamente significativa entre sexo e

consumo alimentar; apenas o consumo de água é a única variável que tem associação estatisticamente significativa entre os sexos. Observou-se que, em relação aos fatores de risco, o consumo de cafeína é alto por parte da população estudada, já que café, tererê e chimarrão são produtos consumidos costumeiramente pela população da região do Mato Grosso do Sul.

Conclui-se que é necessária a inclusão do nutricionista em saúde pública para informação sobre nutrição e prevenção das comorbidades nos hipertensos, além da capacitação dos agentes de saúde em relação à alimentação. Destaca-se também a importância de mais estudos em relação à saúde dos hipertensos, para que se possam minimizar os riscos e melhorar a sua qualidade de vida.

## Food consumption and their influence on control of hypertension in women and men in a basic health unit in Dourados - MS

### Abstract

This study is characterized as a descriptive study. Its goals were mapping the social profile, risk factors, dietary habits and feeding frequency of hypertensive patients and its relationship to hypertension. We interviewed a 41 hypertensive ESF in Dourados - MS, where a questionnaire was applied. We obtained a higher number of women than men, the average age was between 60 and 65 and most are illiterate. Both sexes reported that addition of salt in food interfere in a negative way on their health. The consumption of caffeine was reported by almost all men and women, because the alcohol was reported by only 12,9% of women and 30% of men, tobacco showed considerable differences, 60%

of men against 25,8% of women. Participants reported on the most it had received information on nutrition. Regarding the consumption of saturated fat, only 10% of men and 12,9% of women reported consuming. The participants were carrying out 3 to 5 meals day, and they eat all the food groups each day, except the men who consume almost no vegetables. Showed statistical differences only in quantity of water consumed by them, men eat 3 to 5 cups by day, women have 6 to 8 glasses per day. For risk factors, dietary habits and food often was not according to the analysis, considerable differences. It is necessary that the inclusion of public health nutritionist for information on nutrition and prevention of comorbidities in hypertensive patients.

**Key words:** Aging. Hypertension. Risk factors. Food consumption.

## Referências

- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Pernambuco, v. 19, n. 2, p. 94-99, 2004.
- AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K.; FERREIRA, R. A. R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no núcleo de atenção ao idoso – NAI, Recife/2005. *Arch. Latino Nutrición*, v. 57, n. 4, p. 366-372, 2007.
- AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, p. 239-243, 1996.
- AUGUSTO, A. L. P. Avaliação nutricional. In: \_\_\_\_\_. *Terapia nutricional*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 28-37.
- BELLIO, A. A.; CEZAR, T. M. *Caracterização de um grupo de hipertensos atendidos em uma unidade básica de saúde da cidade de Cascavel – Paraná*. 2006. S. f. Monografia (Graduação em Nutrição) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília, 2002. p. 5-10.
- BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.
- CABRAL, P. C. et al. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 61-71, mar. 2003.
- CASANOVA, M. A. et al. Análise qualitativa e quantitativa do padrão alimentar de uma população hipertensa com síndrome metabólica. *Revista SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 205-211, jul./ago. 2008.
- CELESTINI, A. *Associação entre níveis pressóricos e o consumo alimentar de uma dieta tipo Dash em indivíduos adultos de Porto Alegre*. 2007. s. f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- CESARINO, C. B. et al. O autocuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 11, n. 3, p. 146-148, jul./set. 2004.
- CUPPARI, L. *Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto*. Barueri: Manole, 2006.
- DUSSELDOR, P. M. V. et al. Boiled coffee and blood pressure. A 14 week controlled trial. *Hypertension*, v. 18, n. 5, p. 607-613, 1991.
- FARIA, A. N. et al. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 137-142, 2002.
- FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 512-521, 2004.

GUYTON, A. C. *Fisiologia humana e mecanismos das doenças*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Pressão arterial: semiotécnica e avaliação clínica do paciente. In: PORTO, C. C. *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 504-509.

MANO, G. P. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul. Enferm*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MARTINO, H. S. D. et al. Avaliação e orientação nutricional de idosos cadastrados no programa EFOA aberta à terceira idade de Alfenas, MG. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2º, 2004. *Anais...* Belo Horizonte: Congrext, 2004.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP. S. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde: Brasília, 2003.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 533-541, 2007.

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

ROSA, E. C. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cardio-renal: uma revisão. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 196-204, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - IV DBHA. *Revista Sociedade Brasileira de Hipertensão*, v. 5, s. n., p. 123-63, 2002.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 5-18, 2002.